

# ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

**16**

ANO IV · PRIMAVERA 2011

**EDITORIAL**

A Coordenadora Editorial apresenta as actividades científicas a decorrer no primeiro semestre de 2011.

**ENTREVISTA COM...**

Esta nova secção da Onco.News tem como objectivo dar a conhecer os colegas e as dinâmicas próprias das unidades de oncologia portuguesas. Neste número entrevistamos a colega Ana Maria Mota Soares, Directora do Centro Hospitalar Lisboa Central.

**CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA**

O envelhecimento populacional é um fenómeno mundial, conseqüente ao aumento da esperança média de vida, visto por um lado como uma manifestação de progresso e por outro como um desafio social, médico e financeiro para as sociedades. Neste artigo de investigação o autor tenta analisar a relação entre a idade do cuidador informal e as dificuldades financeiras relacionadas com o apoio profissional; as dificuldades sentidas pelos cuidadores e o apoio profissional prestado; e a relação entre as dificuldades do cuidador e o grau percebido de dependência do idoso. As conclusões apontam para uma relação positiva.

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

Através de uma aprofundada análise histórica, num artigo dividido por duas partes, o autor descreve o percurso que o “risco de cancro” teve em Portugal, e de que modo se fez 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>**

carcinoma do cólon estágio III



**XELODA®  
É EFICIENTE:  
POUPAR CUSTOS,  
PARA INVESTIR  
MELHOR<sup>1,5</sup>**

carcinoma gástrico avançado, carcinoma colo-rectal



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

**VIVER MAIS<sup>(3,4)</sup> CUSTA MENOS<sup>(1,4,5)</sup>**

carcinoma mama e carcinoma cólon estágio III

carcinoma colo-rectal e carcinoma gástrico



**Xeloda 150 mg comprimidos revestidos por película. Xeloda 500 mg comprimidos revestidos por película.** Cada comprimido contém 150 mg ou 500 mg de capecitabina. **Excipientes:** lactose anidra, croscarmellose sódica, hipromelose, celulose microcristalina, estearato de magnésio, hipromelose, dióxido de titânio (E171), óxido de ferro amarelo e vermelho (E172), talco. **Indicações terapêuticas:** a) Tratamento adjuvante, após cirurgia, dos doentes com cancro do cólon estágio III (estádio Dukes C). b) Tratamento do carcinoma colorectal metastático. c) Tratamento de primeira linha do carcinoma gástrico avançado, em associação com um regime baseado em plátina. d) Em combinação com o docetaxel é indicado no tratamento de doentes com cancro da mama localmente avançado ou metastático. A quimioterapia anterior deverá ter incluído uma antraciclina. Em monoterapia, no tratamento de doentes com CM localmente avançado ou metastático, após falha de um regime de quimioterapia contendo taxanos e uma antraciclina ou para quem não esteja indicada terapêutica adicional com a **Psicológia e modo de administração:** Só deverá ser prescrito por um médico qualificado e com experiência na utilização de fármacos antineoplásicos. Os comprimidos devem ser deglutidos com água, nos 30 minutos que se seguem a uma refeição. O tratamento deve ser descontinuado caso se observe progressão da doença ou se a toxicidade for considerada intolerável. **Carcinoma do cólon, carcinoma colorectal e carcinoma da mama, em monoterapia:** 1250 mg/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 estágio III é recomendado para um total de 6 meses. **Carcinoma 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 corticoide oral, como a dexametasona, antes da administração do docetaxel. **Carcinoma colorectal e carcinoma gástrico, em associação:** 800-1000 mg/m<sup>2</sup>, duas vezes por dia, durante 14 dias seguida 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, entorpidosidade palmar-plantar). Os doentes com episódios graves de diarreia devem ser monitorizados. A desidratação deverá ser prevenida ou corrigida aquando do seu aparecimento. Os doentes com anorexia, astenia, náuseas, vômitos ou diarreia podem ficar rapidamente desidratados. Se ocorrer síndrome da mão-pé, de Grau 2 ou 3, deve interromper-se a administração até se ultrapassar este estado ou até à diminuição da sua intensidade para o Grau 1. Após a ocorrência de síndrome da mão-pé de Grau 3, as doses subsequentes devem ser diminuídas. Quando cisplatina é utilizada em associação, não é aconselhável a utilização de vitamina B6 para o tratamento sintomático ou profilático secundário do síndrome da mão-pé. Deve ter-se cuidado nos doentes com: antecedentes de doença cardíaca, arritmias ou angina de peito; hipo ou hipercalemia pré-existente, doença do sistema nervoso central ou periférico, por ex. metástases cerebrais ou neuropatia; diabetes mellitus ou alterações electrolíticas. Os doentes tratados concomitantemente com anticoagulantes derivados da cumarina devem ser monitorizados quanto à resposta anticoagulante e a dose do anticoagulante deve ser ajustada em conformidade. A utilização deverá ser monitorizada em doentes com disfunção hepática ligeira a moderada, podendo levar à interrupção do tratamento. A incidência de 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 fenpropumol). Fenilolína. Ácido folínico. Sorivudina e seus análogos quimicamente relacionados, como a brivudina. Anticídios, incluindo hidróxido de alumínio e hidróxido de magnésio. Allopurinol. Interferão alfa. Radioterapia A administração com alimentos diminui a velocidade de absorção da capecitabina. **Efeitos indesejáveis: Reacções adversas (RAS) mais frequentes:** doenças gastrointestinais (especialmente diarreia, náuseas, vômitos, dor abdominal, estomatite), entorpidosidade palmo-plantar, fadiga, astenia, anorexia, cardiotoxicidade, agravamento da disfunção renal em doentes com compromisso pré-existente da função renal, e trombose/embolia. Neutropenia, leucopenia, anemia, febre neutropénica, trombocitopenia, diminuição do apetite, alterações do paladar, parestesia e disestesia, neuropatia periférica, neuropatia sensitiva periférica, disgeusia, cefaleia, aumento do lacrimejo, edema dos membros inferiores, hipertensão arterial, embolia e trombose, faringite, disestesia da faringe, obstipação, dispepsia, alopecia, alterações ungueais, mialgia, artralgia, dores nas extremidades, pirexia, fraqueza, letargia, intolerância a temperatura. **RAS graves e/ou potencialmente fatais ou consideradas medicamentamente relevantes:** Septicemia, infecção do tracto urinário, celulite, tonsilite, faringite, candidíase oral, gripe, gastroenterite, infecção fúngica, infecção, abscesso dentário, lipoma, neutropenia febril, pancitopenia, granulocitopenia, trombocitopenia, leucopenia, anemia hemolítica, relação normalizada internacional (INr) aumentada/tempo de protrombina prolongado, hipersensibilidade, diabetes, hipocalcemia, alteração do apetite, má nutrição, hipertiglicidemia, estado de confusão, ataques de pânico, humor depressivo, libido diminuída, afasia, alterações na memória, ataxia, síncope, perturbação do equilíbrio, alteração sensorial, neuropatia periférica, acuidade visual diminuída, diplopia, vertigens, dor de ouvidos, angina instável, angina de peito, isquémia do miocárdio, fibrilhação auricular, arritmia, taquicardia, taquicardia sinusal, palpitações, trombose venosa profunda, hipertensão, petéquias, hipotensão, rubor, algidez periférica, embolia pulmonar, pneumotórax, hemoptise, asma, dispnéia de esforço, obstrução intestinal, ascite, enterite, gastrite, disfgia, dor abdominal baixa, esofagite, desconforto abdominal, afecção de refluxo gastroesofágico, colite, sangue nas fezes, icterícia, ulcera cutânea, erupção cutânea, urticária, reacção de fotossensibilidade, eritema palmar, cara inchada, púrpura, tumefação articular, dor óssea, dor facial, rigidez musculoesquelética, fraqueza muscular, hidronefrose, incontinência urinária, hematúria, nictúria, creatinemia aumentada, hemorragia vaginal, edema, arrepios, estado gripal, arrepios, aumento da temperatura corporal, bolha, sobredosagem. Estenose do canal lacrimal, insuficiência hepática e hepate coléstatia. Populações especiais - consultar RCM.

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

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



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

  
*Os doentes estão no centro  
de tudo o que fazemos*

**Xeloda®**  
capecitabina

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

## ONCO. NEWS

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  
Unidade de Investigação Clínica, IPO Porto  
mjorgefreitas@sapo.pt

### COORDENADOR EDITORIAL

Mónica Castro  
Oncologia Médica, IPO Porto  
Castron3@sapo.pt

### CONSELHO REDACTORIAL

Eunice Sá  
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa  
esa@escl.pt

Deolinda Lopes Duarte  
Gestão em Enfermagem, Lisboa  
deolindadp@gmail.com

Ana Pinto Fonseca  
Escola Superior de Enfermagem de Évora  
afonseca@uevora.pt

Marta Barbosa  
Hospital de Dia, IPO Porto  
malu.rb@gmail.com

Esmeralda Barreira  
Clínica do Pulmão, IPO Porto  
merbp@clix.pt

### CONSELHO EDITORIAL DESTA REVISTA

Ana Catarina Sanches Infante; Sara Margarida Rodrigues Gomes; Ana Catarina Sanches Infante; Sara Margarida Rodrigues Gomes; Rui Manuel Pinto Costa; Ana Filipa Pascoinho.

### COORDENADORES WORKGROUPS

- EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: Ana Paula Figueiredo
- DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO: Pedro Cardoso
- DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO: Ana Paula Moreira
- DOENTE COM CANCRO MAMA: Elisabete Valério
- DOENTE COM CANCRO PULMÃO: Susana Silva
- DOENTE COM CANCRO UROLÓGICO: José Fernando Silva
- DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO: Rosa Romão

### COORDENADOR PÁGINA WEB

Bruno Magalhães  
Oncologia Cirúrgica, IPO Porto

### DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Medesign, Lda

### PERIODICIDADE

Trimestral

### IMPRESSÃO

Tipografia Nunes, Lda

### TIRAGEM

600 exemplares

### DEPÓSITO-LEGAL

262108/08

## ÍNDICE

### 02 EDITORIAL

Mónica Castro, Coordenadora Editorial

### 06 ENTREVISTA COM...

Ana Maria da Mota Soares, Enfermeira Directora do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE

### 10 4.ª REUNIÃO NACIONAL AEOP

Apresentação do programa provisório

## ARTIGOS

### 14 CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE COPING NO PROCESSO DE CUIDAR

Ana Filipa Pascoinho

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

Rui Manuel Pinto Costa

## INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

29 ENCONTROS DA PRIMAVERA 2011 • PARCERIA AEOP - PULMONALE • 4.ª REUNIÃO NACIONAL AEOP • FORMAÇÃO EM BOAS PRÁTICAS EM ENSAIOS CLÍNICOS • LANÇAMENTO AEOP • ASSEMBLEIA-GERAL DA AEOP

## INVESTIGAÇÃO

31 PROJECTO SUPROC: SUPPORT PATIENTS RECEIVING ORAL CHEMOTHERAPY  
ESTUDO POSER: PORTUGUESE OBSERVATIONAL STUDY OF EMETIC RISK  
ESTUDO CTE: CAPECITABINE TOXICITY EVALUATION  
ESTUDO NACIONAL PIGART: PATIENT INFORMATION ABOUT GIST AND RENAL CARCINOMA TREATMENT  
TARGET: INICIATIVA EDUCACIONAL DA EONS

## DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

### 34 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em [www.aeop.net](http://www.aeop.net)

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 Informação 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

Comunicar é das principais actividades diárias, estejamos nós no papel de simples cidadão ou de profissional, e está de tal forma banalizada que não reflectimos que poderá ser um dos nossos melhores instrumentos para alcançarmos os objectivos pretendidos tanto no que respeita ao doente como à equipa com quem trabalhamos diariamente. Habitualmente quando falamos de comunicação em saúde cingimos a sua aplicação no sentido de informar e influenciar as decisões de indivíduos ou comunidades no contexto da prevenção, tratamento ou manutenção da saúde. Nestes casos, investimos na divulgação da nossa mensagem e apostamos na clareza, pertinência e amplitude do que queremos transmitir. No entanto, quando a comunicação se faz entre pares, nomeadamente na partilha de conhecimentos de forma mais alargada que a nossa equipa diária de trabalho, já se denota alguma dificuldade na adesão por parte dos enfermeiros. Atendendo às exigências da sociedade actual, é do nosso interesse ultrapassar esta barreira, uma vez que a acessibilidade à informação especializada é escassa, o tempo disponível para pesquisa é limitado e não é possível experienciarmos as diferentes vivências próprias da oncologia. Uma vez que a enfermagem oncológica é uma área tão rica e encarada sob distintas filosofias nas diferentes unidades dentro e fora do país, seria interessante que fizessem desta revista e de outros possíveis momentos de encontro um espaço de partilha de ideias, preocupações e problemas comuns. Como exemplo da relevância da comunicação para a sociedade e para os diferentes intervenientes no campo da saúde, apresento os artigos publicados nesta revista. No primeiro artigo, a comunicação é certamente o cerne da questão do trabalho investigacional, uma vez que o objectivo da autora foi averiguar as necessidades dos cuidadores informais de idosos com patologia oncológica e verificar as estratégias de coping utilizadas para fazer face ao processo de cuidados ao idoso. No segundo artigo temos uma descrição histórica da evolução do cancro, onde a comunicação de certos fundamentos e experiências permitiram comprovar teorias e

acrescentar um degrau no caminho para a melhoria de algumas áreas, como são as do diagnóstico e tratamento.

A entrevista publicada nesta edição, com a Colega Anabela Gama, Presidente da 4.<sup>a</sup> Reunião da AEOP e Enfermeira-Directora do Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital dos Capuchos, é importante porque nos permite saber um pouco mais sobre como está organizada uma instituição, que não sendo puramente da área da oncologia, tem uma estrutura departamental de doença oncológica, onde os enfermeiros têm uma especificidade de trabalho com abrangência diferente de uma instituição especializada.

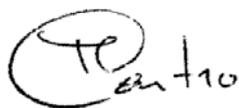
Como novidade, já lançada no número anterior da Onco.news, a AEOP disponibiliza a sua revista em formato electrónico *on-line*, permitindo a todos os visitantes da nossa página electrónica terem acesso à revista em tempo real. Será certamente mais uma ferramenta importante de divulgação de informação especializada, permitindo, tanto para quem escreve como para quem lê, um bom momento interactivo comunicacional.

Relembro a participação da AEOP nos Encontros de Oncologia da Primavera em Évora, que este ano decorreu no Hotel Évora nos dias 31 de Março a 3 de Abril. Foram discutidas linhas de consenso na área do cancro do pulmão e da mama, tivemos duas sessões científicas sobre cancro da cabeça e pescoço e lançamos um novo projecto – Projecto SUPROC – através da discussão alargada em metodologia de Focus Group. Tivemos uma boa adesão da classe, que assim contribuiu para o sucesso de mais este Encontro, onde estiveram presentes cerca de 800 congressistas.

Por último, uma nota especial para a 4.<sup>a</sup> Reunião Nacional da AEOP, em Coimbra, entre 3 e 4 de Junho. O programa científico da Reunião, o boletim de inscrição e o regulamento de apresentação de trabalhos estão disponíveis no nosso site – [www.aeop.net](http://www.aeop.net). Aqui encontrará também informação sobre o local da reunião, possibilidades de estadia e transportes.

À margem desta Reunião, teremos no dia 2 Junho, no final da tarde, entre as 17h e as 21h uma formação em Boas Práticas Clínicas, promovida pela Keypoint, onde contamos com a presença de 20 enfermeiros que trabalham especificamente nesta área. Teremos informação no nosso site de como os interessados devem proceder para efectuar a sua inscrição. Chamo a atenção também para a importância da presença dos sócios activos na assembleia-geral do próximo dia 3 Junho, pelas 19 horas, onde um dos pontos será a eleição dos novos corpos sociais para o biénio 2011-2013. Para poder participar nesta assembleia terá de ter as suas quotas actualizadas, conforme os nossos estatutos assim o obrigam.

Utilizem estes raros momentos de encontro para trazer o que de melhor e mais inovador produzem em oncologia, apresentem e participem nos debates que se irão realizar. Teremos paralelamente um bom programa social onde os colegas podem aproveitar para bons momentos de comunicação. Será certamente uma excelente ocasião de crescimento pessoal e profissional que desejo desde já seja bem aproveitada por todos. Contamos convosco na 4.ª Reunião da AEOP em Coimbra para partilharmos conhecimentos e contribuirmos para a consolidação da Enfermagem como uma arte feita de e com saberes.

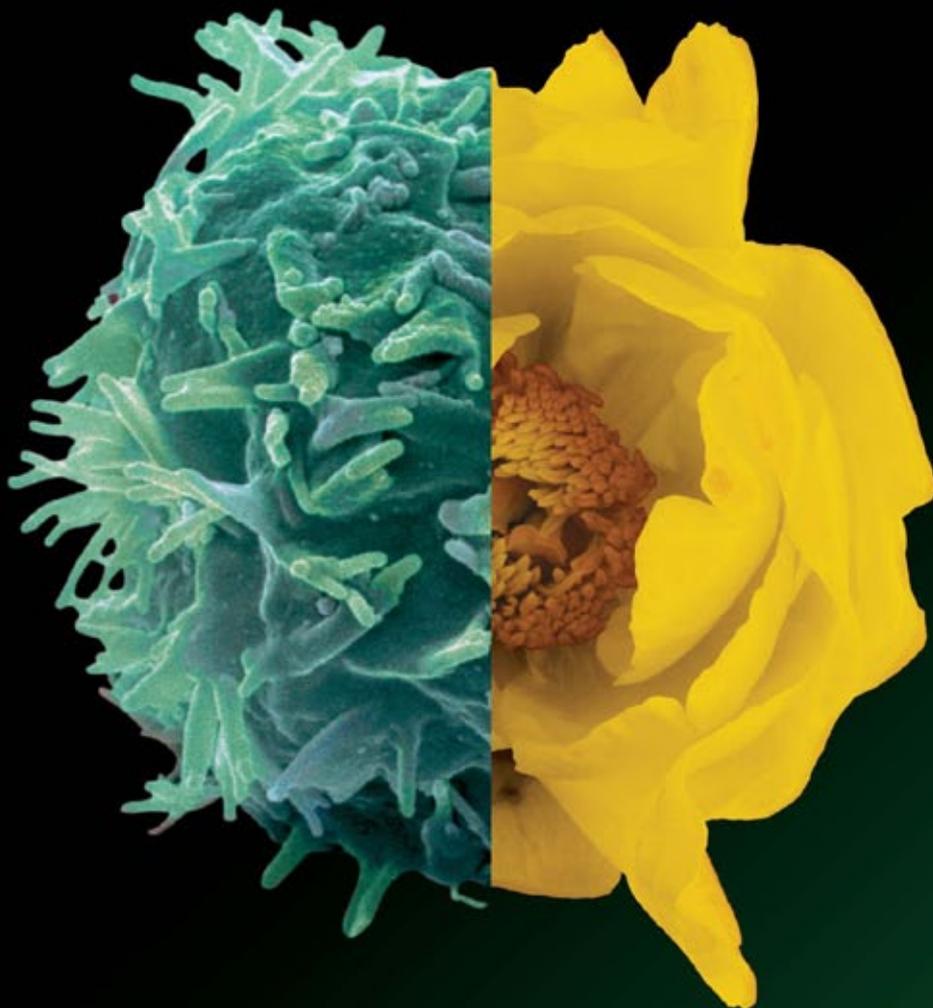


Mónica Castro  
Coordenadora da Revista  
([castrom3@sapo.pt](mailto:castrom3@sapo.pt))

**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 antracilinas e taxanos e terapêutica com trastuzumab, em contexto metastático; - em associação com um inibidor da aromatase para mulheres pós-menopáusicas com doença metastizada com receptores hormonais positivos, não elegíveis no presente para quimioterapia. Os doentes no estudo de registo não foram previamente tratados com trastuzumab ou com um inibidor da aromatase. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento com Tyverb só deverá ser iniciado por um médico com experiência na administração de medicamentos antineoplásicos. Os tumores que apresentem sobre-expressão do HER2 (ErbB2) são definidos por IHC3+, ou IHC2+ com amplificação do gene ou amplificação do gene isolado. O status HER2 deve ser determinado por métodos exactos e validados. A dose diária de Tyverb não deve ser dividida. Tyverb deve ser tomado pelo menos uma hora antes, ou pelo menos uma hora após a refeição. Para minimizar a variabilidade individual do doente, a administração de Tyverb deve ser padronizada em relação à ingestão de alimentos, por exemplo ser sempre tomado uma hora antes de uma refeição. As doses esquecidas não devem ser compensadas e a posologia deve ser retomada na próxima dose diária habitual. Consultar o RCM completo do medicamento administrado em associação para mais informações sobre a sua posologia, incluindo reduções de dose, contra-indicações e informação de segurança. **Posologia da associação Tyverb/ capecitabina:** A dose recomendada de Tyverb é 1250 mg (5 comprimidos) uma vez por dia de forma contínua. A dose recomendada de capecitabina é 2000 mg/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/pneumonia:** Tyverb deve ser descontinuado nos doentes que apresentem sintomas pulmonares de grau 3 ou superior segundo o NCI CTCAE. **Outras toxicidades:** A descontinuação ou interrupção da administração de Tyverb pode ser considerada quando um doente desenvolve toxicidade de grau 2 ou superior segundo 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/pneumonia. **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. **Diarréia:** Ocorreu diarréia em aproximadamente 65% dos doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina, e em 64% dos doentes que receberam o lapatinib em associação com letrozol. A maioria dos casos de diarréia foi de grau 1 ou 2 e não causaram descontinuação do tratamento com lapatinib. A diarréia responde bem ao tratamento pró-activo. **Erupções cutâneas:** Ocorreram erupções cutâneas em aproximadamente 28% dos doentes que receberam lapatinib em associação com capecitabina, e em 45% dos doentes que receberam lapatinib em associação com letrozol. As erupções cutâneas foram de uma maneira geral de baixo grau e não causaram descontinuação do tratamento com lapatinib. Os médicos prescritores são aconselhados a examinar a pele antes do tratamento com lapatinib e depois regularmente durante o tratamento. Os doentes que apresentem reacções cutâneas devem ser encorajados a evitar a exposição solar e aplicar um protector solar de largo espectro com Factor de Protecção Solar (SPF) ≥30. Se ocorrer uma reacção cutânea deverá examinar-se todo o corpo em cada consulta médica, até um mês após a resolução. Os doentes com reacções cutâneas extensas ou persistentes devem ser referenciados a um dermatologista. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Glaxo Group Limited Berkeley Avenue Greenford Middlesex UB6 0NN Reino Unido. **DATA DA AIM:** 10/06/2008 **Data da última renovação:** 12/06/2009 **DATA DA REVISÃO DO TEXTO:** 06/2010 **Informação pormenorizada sobre este medicamento está disponível na Internet no site da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>.**

TYVERB2010/009 Validade: 20/07/2011



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



Ana Maria da Mota Soares\*, em entrevista à ONCO.NEWS

# “ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIA É UMA ABORDAGEM IMPERATIVA”

\*Enfermeira Directora do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE – Hosp. Capuchos. Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica. Mestre em Ciências de Enfermagem.

[ONCO.NEWS] – **Como está estruturado o serviço de oncologia do Hospital dos Capuchos? Quantos doentes assistem, quais as patologias de maior evidência? Qual a área de abrangência de Lisboa?**

[ANA SOARES] – O Hospital de Santo António dos Capuchos está desde 1 de Março de 2007 integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE (CHLC), tendo nessa mesma data sido integrados os Hospitais de S. José, Santa Marta e D. Estefânia, instituições de grande prestígio que têm desempenhado um importante papel assistencial no Serviço Nacional de Saúde. A mudança ou reestruturação ocorrida ao longo destes quatro anos não se limita apenas à alteração do seu estatuto jurídico, mas centra-se essencialmente num modelo que procura a melhoria contínua da qualidade assistencial da Ins-

tituição em todas as suas valências, de acordo com as melhores práticas e de modo a assegurar de forma integrada o conhecimento do doente/família e das diferentes patologias.

É nesta filosofia de cuidar que se insere a Área Hemato-Oncológica, que inclui as Especialidades de Hematologia Clínica, Oncologia Médica e Imuno-hemoterapia, tendo como missão diagnosticar e tratar as doenças oncológicas e hematológicas e organizar a terapêutica transfusional de todo o CHLC, integrando a abordagem multidisciplinar do cancro, a transplantação hematopoiética, o diagnóstico laboratorial das hemopatias malignas e benignas, assim como a investigação clínica e laboratorial, a formação contínua e o ensino pré e pós-graduado dos vários estratos profissionais da área. As duas primeiras especialidades e, respondendo à questão, estão basicamente estruturadas por unidades de internamento e atendimento em ambulatório. A especialidade de hematologia, com

uma unidade de internamento de 24 camas, dá ainda respostas ao doente em situação de urgência, através de um atendimento referenciado a funcionar 24h, com espaço de atendimento próprio. Salienciamos ainda a existência de uma unidade de transplantes de células progenitoras hematopoiéticas com quatro quartos de isolamento. Esta unidade é considerada como unidade de referência no tratamento de doentes portadores de leucemias agudas, sendo esta a patologia mais frequente.

Em novas instalações, o Hospital de Dia, integra a centralização da preparação dos medicamentos antineoplásicos, contando com uma equipa de Farmacêuticos e Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica, permitindo uma articulação multidisciplinar centrada no doente.

Esta unidade de tratamento ambulatorio expressa um grande volume de doentes em tratamento, cerca de 2135 doentes tratados em 2010, sendo um valor significativo num Hospital Geral na área de Lisboa. Não podemos identificar uma patologia de maior evidência, uma vez que pelas características assistenciais do CHLC e de todas as valências que o constituem predominam a patologia colo-rectal, mama, pulmão e cancro gástrico. Quer a nível da especialidade de hematologia clínica, quer a nível da oncologia médica, a proveniência dos doentes situa-se na região de Lisboa, Sul e Ilhas.

Estando o CHLC em processo de acreditação, com dois Hospitais já acreditados, esta Área encontra-se não só em processo de certificação exigido pela ASST (Autoridade para os Serviços de Sangue e da Transplantação) mas também em processo de acreditação pelo CHKS, do Reino Unido.

**Não sendo o vosso Hospital direccionado puramente para as valências de Oncologia, o doente com patologia oncológica é diferente dos outros doentes com outras patologias? Em que sentido?**

## «Para o CHLC a vertente investigação é indispensável»

Não consideramos que o atendimento ao doente com doença oncológica seja diferente, porque não consideramos este doente diferente. A especificidade na abordagem técnica e relacional aplica-se também aos doentes com outras patologias de carácter específico – pneumologia, infecciologia, etc. A vocação do CHLC e dos seus profissionais centra-se no atendimento ao doente e família preservando os princípios de carácter holístico no cuidar.

**Sente que os enfermeiros que trabalham nos serviços direccionados para a oncologia necessitam de formação específica? Sente essa necessidade?**

A aprendizagem ao longo da vida é um princípio fundamental para todos os que vivem neste século, e particularmente para os profissionais de saúde constituir-se como uma necessidade, uma vez que estes precisam de estar solidamente preparados para de forma eficiente prestarem cuidados aos cidadãos. No CHLC desenvolvem-se programas clínicos de cuidados/tratamentos que são únicos no país o que proporciona a necessidade de aquisição de saberes, habilidades e motivação por parte dos seus profissionais, de modo a responderem adequadamente às necessidades dos doentes e aos novos desafios, técnicos e científicos, com que diariamente são confrontados.

A prestação de cuidados de excelência obriga à existência de equipas dotadas de competências e saberes específicos no âmbito das especialidades. Esta área, como já referi, tem como missão a investigação, a formação contínua e o ensino pré e pós-graduado, formando e especializando de forma dinâmica todos os seus profissionais.

**Como considera a Enfermagem baseada na evidência? Acha importante que os enfermeiros produzam novas abordagens baseadas na Investigação? Como pode melhorar as nossas práticas? É realizável nos contextos actuais de gestão?**

A necessidade de cuidados de saúde baseados na evidência é uma realidade unanimemente reconhecida. Embora o conceito não seja novo, é importante que o compromisso face a este esteja hoje mais fortemente estabelecido nas Instituições e nos profissionais. Contudo, a Enfermagem baseada na evidência obriga a uma mudança de cultura e de comportamentos, que não acontece de forma mágica mas antes tem de ser trabalhada na esfera individual, no âmbito das equipas e da própria organização, para que possa ter sucesso. É necessário um bom trabalho prévio de diagnóstico dos factores que possam promover este tipo de abordagem, que nos nossos dias é imperativa.

A prática baseada na evidência exige um maior investimento na construção do saber e na compreensão dos fenómenos e intervenções dos enfermeiros de modo a que os cuidados sejam identificados, medidos e avaliados quanto ao seu impacto. Em simultâneo esta prática conjuga aspectos cognitivos e aspectos sociais proporcionando a utilização de toda a informação utilizada na interacção com o doente/família e, neste contexto, quer a experiência pessoal quer a experiência profissional constituem uma fonte inestimável de conhecimentos. A importância de lidarmos com o saber é a de incluirmos na discussão as capacidades que cada um de nós utiliza na sua prática, bem como os indicadores de cuidados de enfermagem que consideramos essenciais para uma prestação de qualidade.

Presentemente e no âmbito do Programa dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem estamos a trabalhar não só os indicadores de qualidade mas também projectos de melhoria a nível de todo o CHLC. A implementação deste programa tem promovido momentos de discussão e de reflexão das práticas pelas diversas equipas. Temos um grupo de 4 enfermeiros que transversalmente é responsável por este Programa e nas Unidade de Internamento, Cuidados Intensivos, Bloco Operatório, Consulta, Hospital de Dia existem elos dinamizadores.

**Os enfermeiros têm tempo e motivação para a Investigação? O Hospital dos Capuchos tem estruturas de apoio e de fomentação da investigação?**

Para o CHLC a vertente investigação é indispensável para que a Instituição seja cada vez mais dinâmica e adequa a sua intervenção numa perspectiva não só de garante de melhoria contínua da qualidade dos cuidados aos doentes mas também de melhores práticas. Assim, para além de termos estabelecido protocolos com Instituições do Ensino Superior temos uma estrutura de investigação (Centro de Investigação) para apoio a todos os profissionais que pretendam dar corpo a novos projectos.

Neste momento o Centro de Investigação está a realizar o levantamento da produção científica realizada pelos enfermeiros no ano de 2010. Com este levantamento pretende-se ter uma “fotografia” dos trabalhos de investigação realizados pelos colegas, seja em contexto académico ou integrados em equipas pluridisciplinares.

**O diagnóstico está traçado há algum tempo: os doentes oncológicos vão ser cada vez mais e vão viver até mais tarde. Em consequência, os cuidados paliativos serão cada vez mais importantes. Como estão organizados os vossos cuidados paliativos?**

No CHLC existe uma Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos que diariamente promove o apoio intra-hospitalar ao doente e sua família bem como às diversas equipas clínicas, respondendo às necessidades de uma maior e melhor adequação das terapêuticas e realizando também uma actividade de consultoria. A Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos é constituída por uma médica a tempo inteiro, uma médica a tempo parcial e dois enfermeiros. As actividades

desenvolvidas têm um carácter transversal pois a equipa desloca-se aos vários Hospitais que integram o CHLC, promovendo assim uma melhoria substancial na qualidade dos cuidados prestados aos doentes internados nas diferentes Especialidades. O âmbito da sua intervenção abrange também visitas domiciliárias a doentes e suas famílias, articulando-se para tal com a Equipa de Gestão de Altas.

«É essencial que o acesso a cuidados diferenciados seja determinado em função da prioridade clínica»

**Para o cidadão comum é importante saber que unidades hospitalares prestam melhores cuidados para poderem decidir onde se dirigirem em caso de necessidade. Acha actualmente possível? O que pensa do actual benchmarking efectuado entre os hospitais?**

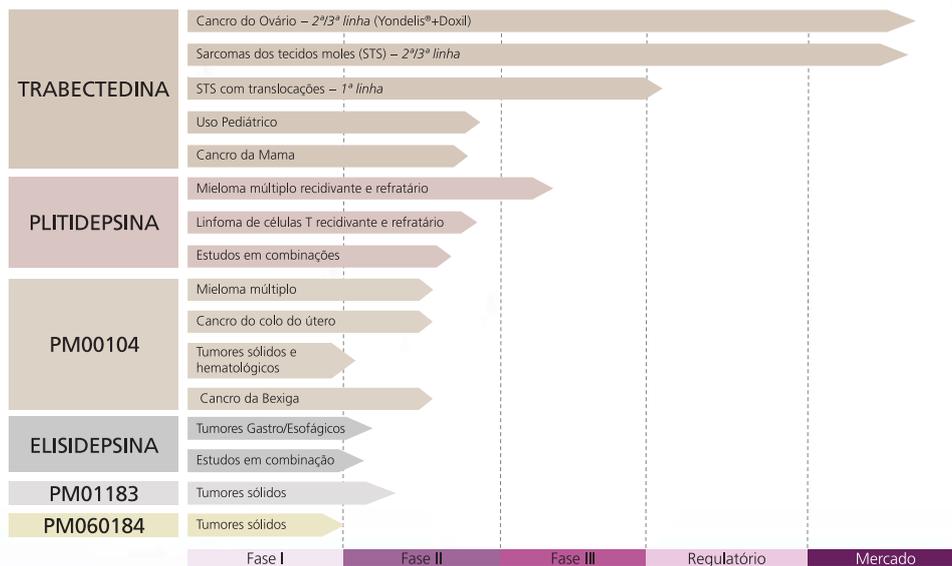
Na área da prestação dos cuidados de saúde vivemos hoje um cenário de crescente competitividade, tornando-se por isso necessário realizar diagnósticos de desempenho e de factores críticos de modo a fazer mais e essencialmente melhor e, neste contexto, o benchmarking constitui-se não só como um processo contínuo e sistemático mas também como um instrumento para a avaliação da complexidade, eficiência e qualidade dos serviços prestados, relativamente a outros Hospitais/Serviços semelhantes.

Como processo contínuo e sistemático promove um ambiente de reflexão a nível institucional e de auto reflexão dos principais intervenientes, os profissionais prestadores de cuidados, uma vez que permite identificar áreas de melhoria, as causas potenciais de um menor desempenho e as medidas a adoptar. A comparação da informação própria com grandes bases de dados visa e promove a identificação e análise de problemas concretos. Considero fundamental que as diversas instituições prestadoras de cuidados de saúde, os profissionais e os cidadãos conheçam estes dados e possam escolher a instituição que lhes permita uma melhor

e maior garantia de resultados, contudo o acesso a estas instituições pode ser condicionado pela capacidade instalada. O essencial é que o acesso a cuidados diferenciados seja determinado em função da prioridade clínica e que o doente seja encaminhado sempre ao nível de cuidados adequado à sua situação.

# Todo o poder do mar, agora contra o cancro

## Seis compostos em desenvolvimento clínico



Para mais informações por favor contacte a PharmaMar.

# 4<sup>a</sup> reunião nacional da associação de enfermagem oncológica portuguesa

3 e 4  
JUNHO 2011  
HOTEL VILA GALÉ COIMBRA

## COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente: Anabela Gama | CHLC  
Ana Paula Figueiredo | IPOP  
José Fernando | IPOP  
Madalena Aparício | IPOL  
Abílio Santos | HUC  
João Moreira | IPOC

## COMISSÃO CIENTÍFICA

Bruno Magalhães | IPOP  
Domingos Reis | CLISA  
Isabel Félix | ESEL  
Fernanda Dantas | HFF

## APOIOS:

### OURO

GSK  
PFIZER

### PRATA

EUSAPARMA  
NOVARTIS  
MEDICAMENTA  
MSD  
PHARMAMAR  
RÓCHE

### BRONZE

BAYER SHERING PHARMA  
CODAN  
DOCE & SWEET  
EISAI  
KEYPOINT  
MERCK SERONO  
PIERRE FABRE

CONFERÊNCIAS - SESSÕES PLENÁRIAS - SIMPÓSIOS

## APOIO:



LIGA PORTUGUESA  
CONTRA O CANCRO  
NÚCLEO REGIONAL DO NORTE

## PROGRAMA PROVISÓRIO



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa

## SECRETARIADO EXECUTIVO

Veranatura - Conference Organizers

R. Augusto Macedo, 12D, Esc. 2- 1600-503 Lisboa

Tel.: 217 120 778 Fax: 217 120 204 cidaliampacheco@veranatura.pt

[www.aeop.net](http://www.aeop.net)



# 4 reunião nacional da associação de enfermagem oncológica portuguesa

17h00\_21h00

## CURSO PRÉ-REUNIÃO

Limitado a inscrição prévia

Boas Práticas em  
Investigação Clínica

Organização: Keypoint  
Formadora: Inês Moital



# 4 reunião nacional da associação de enfermagem oncológica portuguesa

08h30

Abertura Secretariado

09h00\_09h30

## SESSÃO ABERTURA

Anabela Gama  
Presidente Reunião

09h30\_10h00

## CONFERÊNCIA ABERTURA

A definir  
Moderação | Isabel Félix | ESEL

10h00\_11h00

## SESSÃO PLENÁRIA I: A PESSOA COM CANCRO UROLÓGICO

10h00\_10h10

Introdução  
José Fernando | Coordenador AEOP Grupo Cancro Urológico

10h10\_10h25

Estudo Pigart: Apresentação Resultados  
M. Jorge Freitas | Coordenador do Estudo

10h25\_10h40

Processo de Transição do Doente Prostatectomizado  
Jorge Carvalho | HGSA

10h40\_10h50

Doente com Cancro Testículo: Caso Prático  
Eduardo Soares | IPOP

10h50\_11h00

Discussão

11h00\_11h30

Intervalo para Café

11h30\_12h00

## SIMPÓSIO ROCHE

Apresentação resultados do estudo CTE: Avaliação Toxicidade  
Dermatológica do Doente em Quimioterapia com Capecitabina  
Elisabete Valério | Coordenadora do Estudo  
Moderação | João Moreira, IPOC



# 4 reunião nacional da associação de enfermagem oncológica portuguesa

12h00_13h30	<b>SESSÃO PLENÁRIA II: DOENTE COM SARCOMA: DIFERENTES PERSPECTIVAS</b>
12h00_12h05	<b>Introdução</b> Abílio Santos   <i>HUC</i>
12h05_12h20	<b>No Hospital Universidade Coimbra</b> Rosa Beja   <i>HUC</i>
12h20_12h35	<b>No IPO Porto</b> Emília Magalhães   <i>IPO Porto</i>
12h35_12h50	<b>No IPO Lisboa</b> Vasco Lopes   <i>IPO Lisboa</i>
12h50_13h10	<b>Novas terapêuticas</b> Marta Soares   <i>IPO Porto</i>
13h10_13h30	<b>Discussão</b>
13h30_15h00	<b>Almoço de Trabalho</b>
15h00_16h30	<b>SESSÃO PLENÁRIA III: EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO EM ONCOLOGIA</b>
15h00_15h10	<b>Introdução</b> Ana Paula Figueiredo   <i>Coordenadora AEOP Grupo Educação</i>
15h10_15h30	<b>Papel do Cuidador na Transição do Doente</b> Isabel Moreira   <i>ESE Coimbra</i>
15h30_15h45	<b>Rastreio do Cancro Ginecológico</b> Sónia Raposo   <i>IPO Lisboa</i>
15h45_16h00	<b>Consulta de Cessação Tabágica</b> Esmeralda Barreira   <i>IPO Porto</i>
16h00_16h15	<b>Contexto da Prevenção nos Cuidados de Saúde Primários</b> Ana Isabel   <i>ACES Grande Porto II-Gondomar</i>
16h15_16h30	<b>Discussão</b>
16h30_17h00	<b>Metastização Óssea no doente com Cancro</b>
	<i>Cristina Lacerda   IPO Lisboa</i> <i>Moderação: Fernanda Dantas   HFF</i>
17h00_17h15	<b>Intervalo</b>
17h15_17h45	<b>Simpósio GSK</b>
	<b>Papel do Enfermeiro nas Terapêuticas Alvo Orais</b>
17h45_18h15	<b>Apresentação Resultados do estudo POSER: Avaliação do Risco de Emese nos Doentes Submetidos a Quimioterapia</b>
	<i>Assunção Moreira   CH Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real</i>
18h45	<b>Assembleia-Geral AEOP</b>
21h00	<b>Jantar Reunião</b>



# 4 reunião nacional da associação de enfermagem oncológica portuguesa

09h00\_10h30

## **SESSÃO APRESENTAÇÃO 4 MELHORES TRABALHOS**

---

Moderação: Bruno Magalhães | Vice-Presidente AEOP

10h30\_11h00

## **SIMPÓSIO EUSAPARMA**

---

A definir

11h00\_11h30

Intervalo para Café

11h30\_12h50

## **SESSÃO PLENÁRIA IV: GRAVIDEZ E CANCRO DA MAMA**

---

11h30\_11h40

Introdução  
Domingos Reis | *CLISA*

11h40\_12h00

Sexualidade, Gravidez e Cancro  
Ivone Patrão | *ISPA, Lisboa*

12h00\_12h20

Abordagem Ético-Profissional  
Teresa Tomé Ribeiro | *ESESJ*

12h20\_12h40

A vivência da Mulher Grávida: A Experiência na Primeira Pessoa  
Uma doente

12h40\_12h50

Discussão

---

12h50\_13h00

## **FINAL DA REUNIÃO**

---

Entrega Prémios dos trabalhos

Encerramento

TODA A INFORMAÇÃO EM  
[www.aeop.net](http://www.aeop.net)

# CUIDADORES INFORMAIS DE IDOSOS COM PATOLOGIA ONCOLÓGICA: DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE COPING NO PROCESSO DE CUIDAR

Ana Filipa Pascoinho

Enfermeira no Centro Hospitalar de Coimbra, EPE  
Mestre em Gerontologia Social

Actualmente o envelhecimento populacional é um fenómeno mundial, sendo o aumento da esperança média de vida simultaneamente vista como uma manifestação de progresso e um desafio social, médico e financeiro. Com o aumento do número de idosos aumentam também as patologias crónicas características da idade, sendo uma delas a patologia oncológica, que se constitui como um factor de crise que afecta o idoso doente e o seu sistema familiar.

Este estudo teve como objectivo averiguar quais as necessidades dos cuidadores informais de idosos com patologia oncológica da área de abrangência do Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE e as estratégias de coping que mobilizam para fazer face ao processo de cuidados ao idoso. É um estudo descritivo-correlacional, quantitativo, em que foi estudada uma amostra de 65 cuidadores informais de idosos seguidos em ambulatório no HDFF, EPE. Aos cuidadores foram realizadas entrevistas semi-estruturadas tendo como base um instrumento de colheita de dados que inclui um questionário sócio-demográfico, as escalas CADI e CAMI, que pretendem avaliar respectivamente as dificuldades sentidas pelo cuidador e as estratégias de coping utilizadas. Dos resultados obtidos pode concluir-se que os cuidadores destes idosos percebem poucas dificuldades no âmbito do processo de cuidados. As mais evidenciadas são as relacionadas com exigências físicas, financeiras e deficiente apoio profissional. As estratégias de coping utilizadas não são muito eficazes, sendo as mais úteis as relacionadas com acções que visam lidar com os acontecimentos/resolver problemas. Há relação entre a idade do cuidador informal e as dificuldades financeiras e as dificuldades relacionadas com o apoio profissional. E há relação entre as dificuldades sentidas pelos cuidadores e o apoio profissional prestado. Também existe relação entre as dificuldades do cuidador e o grau percebido de dependência do idoso.

**PALAVRAS-CHAVE:** cuidador informal; cuidar; idoso; doença oncológica; estratégias de coping.

*ABSTRACT: Nowadays the population ageing process is understood as a world phenomenon and the increase in life expectancy is seen both as a sign of progress and as a social, medical and economic challenge. With the large increase in the number of old people it becomes obvious that the chronic diseases typical of old age also expand. One of those diseases is the oncologic one that is a crisis factor that affects not only the old patient but also all his family structure.*

*This study aimed at finding out the needs of the informal caregivers of the old people who suffer from oncologic disease in the area of Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE and the coping strategies used to continue the caring process. This is a descriptive, co-relational and of quantitative nature study in which a sample composed by 65 old people's informal caregivers was analyzed. Those old people are followed by the ambulatory care service, in HDFF, EPE. Semi-structured interviews to the*

*caregivers were made. These interviews were based on a socio-demographic enquiry and the CADI and CAMI scales which aim at evaluating the caregivers' difficulties and the coping strategies they use. From the results available we may conclude that the old patients' caregivers feel/find few difficulties in the caring process. The most evident difficulties are those related to financial problems, physical demands and deficient professional support. The coping strategies used are not very efficient and the most useful ones are those related to actions that have the objective of dealing with the situations and solving the problems.*

*There is a clear relationship between the informal caregiver's age, the economic difficulties and the difficulties connected with deficient professional support. The difficulties felt by the caregivers and the professional support given is also related. There is also a clear relationship between the informal caregiver's difficulties and the old patient's degree of dependence perceived.*

**KEYWORDS:** *informal caregiver; caring; old people; oncologic disease; coping strategies.*

## INTRODUÇÃO

Como descrito por vários autores, o envelhecimento deixou de ser um problema individual para passar a tomar contornos de um problema social (Gil 2006). Com o aumento da longevidade através dos avanços da medicina e da melhoria das condições sanitárias e sociais, torna-se cada vez mais premente que a sociedade disponha de soluções sociais adaptadas a esta faixa etária da sociedade.

Os encargos que se prendem com os idosos são a nível do suporte social, económico e a nível de saúde, uma vez que, com o aumento progressivo da idade existem patologias que tendem a aparecer e as que já existiam tendem a agravar, o que origina para o agregado familiar mais encargos com recursos assistenciais (internamentos recorrentes, faltas ao emprego para dar assistência ao idoso doente, consultas médicas, dispêndio de tempo nos cuidados em casa no pós-alta clínica, entre outros).

A família é ainda hoje considerada como principal suporte do indivíduo idoso, pelo que, como refere Pimentel (2001), é necessário equacionar os condicionamentos que envolvem as famílias das sociedades contemporâneas para perceber até que ponto estas podem ser responsabilizadas pelo procedimento de determinadas formas de solidariedade (solidariedades intergeracionais).

Este trabalho foi motivado pelo facto de os idosos, que pelo aumento normal da idade já apresentam alguns problemas de saúde, quando se encontram na

presença de uma doença crónica ficam bastante mais vulneráveis, passando a estar dependentes dos cuidados de terceiros.

Reconhecendo as necessidades dos cuidadores informais destes idosos, pensa-se que os profissionais de saúde conseguirão dar uma resposta mais adequada aos mesmos, de modo a ajudá-los a ultrapassar mais facilmente as suas dificuldades no processo de cuidar, tentando que estes não cheguem a fases deste processo em que se encontrem exaustos, acusando sinais de sobrecarga por cuidarem de um idoso que lhes é próximo.

## 1. ESTUDO EMPÍRICO

### Finalidades e objectivos

A pesquisa realizada teve como finalidade fazer uma caracterização das necessidades/dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos com cancro no concelho da Figueira da Foz, e das principais estratégias de coping utilizadas, para assim poder auxiliar estes cuidadores a terem respostas mais precisas e eficazes para as suas necessidades e, caso o enfermeiro por si não consiga colmatar essas necessidades, poderá fazer o diagnóstico das mesmas e encaminhar o cuidador para os serviços competentes. Quanto aos objectivos que se pretenderam atingir foram: conhecer as dificuldades sentidas pelos cuidadores informais; conhecer as estratégias de coping adoptadas por estes cuidadores informais; relacionar as dificuldades sentidas pelos cui-

dadores informais no decorrer do processo de cuidar com as estratégias de coping adoptadas pelos mesmos; conhecer a auto-avaliação que os cuidadores de idosos com doença oncológica fazem da sua saúde; e identificar as necessidades que os cuidadores destes idosos desejam que as instituições sociais/de saúde supram relativamente ao processo de cuidados.

### Hipóteses

Relativamente às hipóteses que se pretenderam testar com a realização deste estudo, elas foram:

H1 – A idade do cuidador informal está relacionada com as dificuldades deste no processo de cuidar do idoso doente.

H2 – O sexo do cuidador influencia o tipo de dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos com cancro.

H3 – O apoio profissional influencia o tipo de dificuldades sentidas pelo cuidador informal.

H4 – O tempo como cuidador informal tem relação com as dificuldades sentidas pelo mesmo no processo de cuidar.

H5 – O grau de dependência do idoso portador de doença oncológica influencia o tipo de dificuldades sentidas pelo cuidador no processo de cuidar do mesmo.

H6 – A “conspiração do silêncio” influencia as estratégias de coping adoptadas pelos cuidadores informais de idosos com patologia oncológica.

H7 – As estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores informais estão relacionadas com as dificuldades sentidas por estes no decurso do processo de cuidar.

Quanto às variáveis em estudo consideraram-se as seguintes:

**Variáveis dependentes:** estratégias de coping e dificuldades do cuidador.

**Variáveis independentes:** grau de dependência, partilha de responsabilidades/tarefas, tempo como cuidador, idade, sexo, apoio profissional e conspiração do silêncio;

**Variáveis atributo:** idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, tempo como cuidador, grau de parentesco com o doente idoso, partilha de responsabilidades/tarefas, co-habitação com o idoso, área de residência e tipo de tumor.

### Tipo de estudo

Este trabalho insere-se quanto à metodologia, nos estudos de corte transversal, pois foi realizado num período de tempo pré-estabelecido (25 Janeiro a 28 de Fevereiro de 2010), em que os dados foram colhidos apenas uma vez. Para além disso, é ainda um estudo de cariz quantitativo pois os dados foram obtidos através de escalas e de um questionário sócio-demográfico.

### População e amostra

Para colocar a investigação em prática optou-se por seleccionar como população todos os cuidadores informais de doentes oncológicos com 65 ou mais anos de idade a serem seguidos em ambulatório no concelho da Figueira da Foz.

Como amostra foram seleccionados os cuidadores informais de doentes oncológicos com 65 ou mais anos de idade a serem seguidos no Hospital de Dia de Oncologia e em consultas da mesma especialidade no Hospital Distrital da Figueira da Foz, EPE entre o final de Janeiro e Fevereiro de 2010. Para serem considerados na amostra os cuidadores deviam ter como critérios de inclusão: aceitar participar na investigação, apresentar-se com capacidade manifesta para ler e interpretar e dar respostas por escrito aos questionários aplicados.

### Procedimentos de recolha de dados

Inicialmente, respeitando os princípios éticos, foi solicitada informalmente à Directora do Serviço do Hospital de Dia de Oncologia e à Enfermeira Chefe do mesmo serviço da instituição supracitada a autorização para aplicar os questionários, esclarecendo os objectivos do estudo a realizar. Seguidamente solicitou-se a autorização formal para recolha de dados ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital.

Após ter sido obtida a autorização das entidades dirigentes da instituição foi solicitada à Enfermeira Chefe do Hospital de Dia a lista de doentes que iriam realizar consultas de oncologia ou tratamentos durante os meses de Janeiro/Fevereiro de 2010. Seleccionaram-se os doentes identificando apenas os que tinham idade igual ou superior a 65 anos. Procedeu-se ao preenchimento dos questionários pelos cuidadores informais dos idosos com patologia oncológica que possuíam

critérios de inclusão, esclarecendo as dúvidas que colocassem e obtendo *a priori* o seu consentimento informado formal (esclarecendo os objectivos e finalidade do estudo em questão).

### **Instrumento de recolha de dados**

Para a recolha de dados utilizou-se um instrumento que conjuga três partes fulcrais que se passam a descrever:

**I – Questionário sócio-demográfico**, composto por 28 questões que se referem a alguns dados socio-demográficos dos cuidadores e idosos e alguns aspectos gerais que permitem caracterizar o contexto/situação de prestação de cuidados, nomeadamente coabitação com o idoso doente, tempo de prestação de cuidados, partilha de responsabilidades na prestação de cuidados e percepção do cuidador informal sobre o grau de dependência do idoso de quem cuida.

**II – Índice para avaliação das dificuldades do prestador de cuidados** (versão portuguesa da Carer's Assessment of Difficulties Index – CADI) de Barreto e Brito (2001). Escala tipo Lickert que tem como objectivo facilitar a identificação do tipo de dificuldades mais frequentes nas situações de prestação de cuidados informais, bem como a maneira como em cada caso os prestadores de cuidados percebem e vivenciam essas dificuldades.

O conjunto de trinta potenciais dificuldades listadas na CADI inclui questões acerca das implicações da prestação de cuidados na sua vida social, sobre a sua saúde, as repercussões económicas da situação, os problemas de relacionamento com o idoso de quem cuida e outros membros da família e também sobre a forma como o apoio profissional e da família são encarados pelo cuidador informal. Os itens da escala são agrupados em oito dimensões que correspondem às diferentes dificuldades no processo de cuidar, e são: Problemas relacionados com o idoso dependente; Reacções à prestação de cuidados; Exigências de ordem física na prestação de cuidados; Restrições na vida social; Deficiente apoio familiar; Deficiente apoio profissional; Problemas financeiros e Outros.

**III – Índice para avaliação das maneiras como o prestador de cuidados enfrenta as dificuldades** (versão portuguesa da Carer's Assessment Managing Index

(CAMI), validada por Brito (2001). Esta escala tem como fundamento conhecer a forma como cada cuidador informal lida com as dificuldades percebidas, que mecanismo de coping utiliza e quão adequados e eficazes eles se mostram perante as situações. A escala mencionada, tipo Lickert, inclui 38 afirmações relacionadas com diversos mecanismos de coping. Para cada uma delas os cuidadores devem indicar se utilizam ou não essa estratégia, e em caso de resposta afirmativa deverão também indicar a sua opinião acerca da eficácia do procedimento.

Os itens da escala supracitada são agrupados em quatro dimensões que englobam estratégias de coping como: Lidar com os acontecimentos/Resolução dos problemas; Percepções alternativas sobre a situação; Lidar com os sintomas de stress e Outros aspectos referidos pelos cuidadores informais.

Aquando da realização de um pré-teste a 10 elementos com características idênticas às da amostra em questão, verificou-se que, em virtude de muitos dos cuidadores serem idosos com dificuldades de visão e alguns não possuírem habilitações literárias que lhes permitissem ler e escrever, dever-se-ia alterar o método de colheita de dados. Assim, passaram a colher-se os dados através do método de entrevista estruturada em vez do inicialmente pensado, ou seja por questionário.

### **Tratamento estatístico de dados**

Procedeu-se ao tratamento de dados através do programa informático Statistical Program for the Social Science (SPSS, versão 17.0.0) para Windows, versão XP. De acordo com o tipo de teste utilizado, as variáveis consideradas e tamanho da amostra, os testes estatísticos utilizados foram a dois níveis:

– **Análise estatística descritiva:** frequências absolutas e relativas; medidas de tendência central (média e mediana); medidas de dispersão (desvio padrão) e coeficientes alpha de Cronbach.

– **Análise estatística inferencial:** com a finalidade de seleccionar os testes de hipóteses recorreu-se previamente ao teste de Kolmogorov-Smirnov para as escalas CADI e CAMI com o intuito de verificar se a escala seguia uma distribuição normal para a amostra, o que foi confirmado (níveis de significância superiores a 0,05). Em seguida foi aplicado o teste de homogenei-

dade das variâncias, que revelou um valor superior ao nível de significância, não se devendo portanto rejeitar a hipótese nula (H0), pelo que foi assumida a igualdade das variâncias (sendo o valor prova inferior a 0,001). Mediante estes resultados, foi eleita para o estudo a utilização de testes estatísticos paramétricos: o coeficiente de correlação de Pearson, o teste t de Student para diferença de médias com grupos independentes e o teste de análise de variância Anova.

O nível de significância utilizado foi de 5%, sendo o critério de não-aceitação de H0 uma significância inferior a 0,05.

### Dificuldades do cuidador principal

Pode afirmar-se que o nível médio global das dificuldades percebidas pelos cuidadores foi 54,09 (oscilando os valores entre 30 e 116). Uma vez que o valor médio observado é inferior à linha de corte (72,5), pode concluir-se que os cuidadores informais destes idosos perceberam poucas dificuldades ao cuidar do idoso com doença oncológica. As **dificuldades mais sentidas** foram: as exigências de ordem física (x CADI 3 = 11,83; valor de corte 9), seguidas das restrições na vida social (x CADI 4 = 6,63; valor de corte 4,5), os problemas financeiros (x CADI 7 = 4,69; valor de corte 3), o deficiente apoio profissional (x CADI 6 = 4,06; valor de corte 3) e, por fim, o deficiente apoio familiar (x CADI 5 = 3,89; valor de corte 3). Das **dificuldades menos sentidas** destacam-se: as reacções à prestação de cuidados (x CADI 2 = 13,63; valor de corte 14) e os problemas relacionais com pessoa dependente (x CADI 1 = 9,35; valor de corte 14). Os cuidadores mencionaram ainda dificuldades relacionadas com difícil acesso a ajudas técnicas e o regime de faltas ao trabalho pouco flexível.

### Estratégias de coping mais utilizadas

No que se refere às estratégias de coping mais utilizadas pelos cuidadores pode verificar-se que as estratégias utilizadas **não são muito eficazes**. No entanto, das estratégias de coping adoptadas por estes cuidadores, a maioria dos inquiridos afirmou utilizar e considerar úteis as estratégias relacionadas com acções que visam lidar com os acontecimentos e/ou resolver os problemas, assim como acontecia no estudo de Brito (2002)

e Nolan et al. (1996). De entre estas estratégias as mais mencionadas foram: procurar obter toda a informação sobre o problema; pensar no problema e encontrar forma de lhe dar solução; e confiar na minha própria experiência e na competência que tenho adquirido.

O facto da informação sobre a doença e o seu curso, tratamentos e seus efeitos secundários estarem cada vez mais difundidos, leva a que cada vez mais os cuidadores (familiares) se tornem interventivos nesta procura, tentando através de várias fontes pesquisar mais sobre o tema. Já Lopes e Pereira (2002) referiam a procura de informação acerca de sintomas, do que esperar do futuro, prognóstico, tipo e extensão da doença, tratamento e efeitos secundários, recursos da comunidade, medicação e efeitos secundários da mesma, necessidades físicas do doente, formas de encorajamento do doente, como uma necessidade do prestador de cuidados para que este melhor conseguisse fazer face aos problemas com que se depararia no processo cuidativo. Como os cuidadores tendem a ser pessoas já com alguma maturidade, propendem a confiar nas suas experiências prévias adquiridas para que estas lhe sejam úteis no cuidar do seu familiar.

### Hipóteses estudadas

Durante a análise inferencial, foram testadas sete hipóteses de investigação, efectuando-se aqui a discussão destes resultados.

#### **H1 – A idade do cuidador informal está relacionada com as dificuldades deste no processo de cuidar do idoso doente.**

Relativamente a esta hipótese apenas foi possível confirmar que a idade do cuidador informal está relacionada com as dificuldades financeiras ( $p=0,001$ ) e com as dificuldades relativas ao apoio profissional ( $p=0,042$ ). Tal pode estar relacionado com o facto de que os cuidadores eram essencialmente pessoas de idades compreendidas entre 45 a 65 anos e idosas, logo com baixos recursos financeiros, como afirma Bandeira (2009). Também Lage (2005) refere que está comprovado que a manutenção de uma actividade profissional é um factor positivo para a prestação de cuidados ao idoso visto que o cuidador informal, ao ser profissionalmente activo, encara a sua carreira como um escape/

libertação da prestação de cuidados, fazendo com que mantenha relações sociais no seu campo laboral. Assim sendo, quanto mais velhos forem os cuidadores maior a probabilidade de serem pessoas que já não possuem uma vida profissional activa, ou seja, serem reformados. Por esse facto se compreende que evidenciem maiores dificuldades a nível financeiro (por não terem um rendimento salarial) e maiores dificuldades a nível profissional (por verem a sua rede social mais reduzida, ou seja, menores contactos com o meio exterior).

O facto dos cuidadores mais velhos terem maiores dificuldades relacionadas com o apoio profissional pode estar directamente relacionado com o facto de terem mais dificuldades de acesso aos locais onde podem solicitar esse apoio, apesar de não haver estudos efectuados que comprovem este facto. Muitos dos cuidadores idosos desconhecem a que instituições podem recorrer para solicitar apoio, tanto a nível psicológico como técnico ou social.

## **H2 – O sexo do cuidador influencia o tipo de dificuldades sentidas pelos cuidadores informais de idosos com cancro.**

Esta relação não foi verificada ( $p=0,512$ ), sendo que homens e mulheres sentem as dificuldades de cuidar do idoso de forma semelhante. Como refere Barber (1999), citado por Figueiredo (2007), apesar do domínio das mulheres como cuidadoras principais a participação do homem é cada vez mais notória, sendo que a maioria dos cuidadores informais são os cônjuges e estes podem ser homens ou mulheres.

Segundo evidências de estudos de Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) sobre a qualidade de vida e bem-estar de idosos com 75 ou mais anos de idade numa amostra portuguesa, sugere-se uma tendência para que as mulheres destas idades sejam mais acometidas por limitações funcionais, manifestando também mais doenças crónicas que os homens. Sendo assim, entende-se que os homens, sendo menos acometidos por esse tipo de patologias, se enquadrem como principais cuidadores destas idosas.

É de referir ainda que muitos dos homens cuidadores do estudo sob o qual se incide são também eles idosos, pelo que já Kaye e Applegate (1994), citados por

Ribeiro (2007), afirmavam que os homens à medida que envelhecem se tornam mais centrados nas relações familiares e na proximidade afectiva. Por esse facto se compreende que não haja muitas diferenças relativas ao sexo do cuidador no que se refere às dificuldades no processo de cuidar.

## **H3 – O apoio profissional influencia o tipo de dificuldades sentidas pelo cuidador informal.**

A relação entre apoio profissional e a tipologia de dificuldades sentidas pelo cuidador informal foi verificada ( $p=0,036$ ) o que denuncia o facto de os cuidadores informais precisarem de ser apoiados pelas equipas de saúde/social (apoio profissional) para que assim fortaleçam as suas competências para cuidar do idoso que têm ao seu cuidado. Apesar da aparente incoerência dos resultados, uma vez que os cuidadores que possuem apoio profissional foram os que referiram mais dificuldades, isso poderá estar relacionado com o facto de esses cuidadores terem a seu cargo idosos mais dependentes, pelo que mesmo com apoio profissional mantêm necessidades superiores no âmbito do cuidar.

Como mencionado por autores como Soares e Lunardi (2002), ainda não há uma relação simétrica entre cuidador informal e equipa multiprofissional (formal), a qual deveria existir, favorecendo assim o empowernent do cuidador informal para que ele possa mais cabalmente cuidar de modo mais eficaz do idoso que tem a seu cargo. Assim sendo, o apoio profissional deverá ser proporcionado de modo a colmatar as necessidades mais prementes dos cuidadores, apesar dos resultados obtidos não apontarem nesse sentido.

## **H4 – O tempo como cuidador informal tem relação com as dificuldades sentidas pelo mesmo no processo de cuidar.**

Através dos resultados obtidos não se pode concluir que o tempo como cuidador informal tivesse relação com as dificuldades sentidas pelo cuidador no processo cuidativo ( $p=0,648$ ). Estes resultados contradizem as evidências enunciadas por alguns autores, como Hebert e Shulz (2006), que referem que quanto maior for o tempo de cuidados maior o risco de exaustão do cuidador informal por sobrecarga do mesmo.

No caso dos resultados obtidos neste estudo é de salientar que, devido ao baixo grau de dependência dos idosos a cargo, não há uma sobrecarga sentida ao longo dos anos de cuidados. E sendo que a maioria dos cuidadores são cônjuges, pode afirmar-se que estes encararam o processo de cuidados como uma continuidade da relação conjugal de ajuda e afectividade para com o esposo. Pode referir-se ainda que o facto de na cultura portuguesa, assim como nos países da Europa do Sul, as solidariedades informais de apoio aos familiares idosos terem desde sempre assumido um carácter de afectividade e não de dever/obrigação (Gil, 2007) pode explicar os resultados obtidos no estudo, sendo que os cuidadores informais não sentem que o tempo passado a cuidar do seu familiar idoso seja um “fardo” na sua vida. O facto do estudo de Hebert e Shulz (2006) ter sido realizado com cuidadores oriundos do Norte da América, com diferenças culturais relativamente aos cuidadores deste estudo, poderá estar na origem dos resultados divergentes neste ponto.

O facto de grande parte dos cuidadores informais inquiridos assumir que têm ajuda de cuidadores secundários para cuidar do idoso a cargo (61,5%) também é um mecanismo facilitador para que a duração do tempo de cuidados não se assuma como uma potencial dificuldade sentida.

#### **H5 – O grau de dependência do idoso portador de doença oncológica influencia o tipo de dificuldades sentidas pelo cuidador no processo de cuidar do mesmo.**

Pelos resultados obtidos pode salientar-se que há, aparentemente, evidência para afirmar que o grau de dependência do idoso (percepção pelo cuidador informal) influencia as dificuldades sentidas pelo cuidador informal no processo de cuidar ( $p < 0,001$ ). Sendo que os cuidadores de doentes com maior grau de dependência percebido detêm mais dificuldades no processo de cuidar do mesmo. Segundo os resultados obtidos pode afirmar-se que as dificuldades que têm correlação directa com o grau de dependência do idoso são: restrições na vida social ( $p = 0,034$ ), exigências de ordem física ( $p < 0,001$ ) e reacções à prestação de cuidados ( $p < 0,001$ ). Este resultado é compreensível, pois

quanto mais dependente fisicamente for o idoso menos possibilidades o cuidador tem de sair de casa para poder estar com amigos/família e realizar as suas actividades lúdicas e de convívio. Para além disso, uma pessoa mais dependente exige mais cuidados de ordem física, implicando mais dificuldades para o cuidador nesse âmbito, como já referiam Pavaniri e Neri (2005).

Quanto às reacções à prestação de cuidados, também é evidente que se trata de uma das dificuldades mais notadas por cuidadores de idosos com maior grau de dependência, pois isso favorecerá que estes cuidadores possuam menos tempo para si, o que tenderá a fazer com que se sintam mais nervosos/irritados por ficarem com a sensação que não conseguem ter tempo para realizar todas as tarefas que desejariam. Para além disso, o sentimento de impotência para ajudar mais o seu idoso dependente tende também a aumentar nos casos em que o grau de dependência é maior, pelo que é muitas vezes nestas situações que se torna necessária a intervenção do apoio formal nos cuidados ao idoso, como refere Gil (2007).

#### **H6 – A “conspiração do silêncio” influencia as estratégias de coping adoptadas pelos cuidadores informais de idosos com patologia oncológica.**

Conclui-se que não há evidência para afirmar que a “conspiração do silêncio” influencie as estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores informais de idosos portadores de doença oncológica ( $p = 0,815$ ). Um dos factos pelo qual isso poderá ocorrer é que grande parte dos cuidadores destes doentes afirmam conversar abertamente sobre a doença, diagnóstico, prognóstico, tratamentos e seus efeitos secundários com o idoso de quem cuidam (69,2%), pelo que ao não omitirem essas informações do idoso que têm a seu cargo não utilizam a “conspiração do silêncio” como um recurso de forma a “proteger” o doente idoso.

Como é notório quando surge uma doença grave no seio familiar, muitas vezes, como refere Novellas et al. (1996) a família evita comunicar com o doente negando-lhe o direito de ser informado sobre a sua situação e de estar com os próprios membros, reduzindo assim a possibilidade de manifestarem a sua labilidade emocional. Este facto não ocorreu no caso deste estudo

em particular, provavelmente porque os idosos doentes ainda são pessoas com um grau de dependência ligeiro e que por si próprios questionam os profissionais de saúde sobre a evolução da sua patologia. Os resultados obtidos não vão no sentido das investigações realizadas por Marques (1991) que indicam que os doentes oncológicos apresentam dificuldade na manutenção de relações interpessoais e que sofrem com a falta de comunicação aberta com a família, daí resultando a documentada “conspiração do silêncio” em que os familiares não desvendam o prognóstico/diagnóstico do idoso perante o mesmo para que ele não sofra.

#### **H7 – As estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores informais estão relacionadas com as dificuldades sentidas por estes no decurso do processo de cuidar.**

Relativamente a esta hipótese de investigação apenas foi possível verificar que as estratégias de coping utilizadas pelos cuidadores se relacionavam parcialmente com as dificuldades por eles sentidas, uma vez que apenas se pode constatar que os cuidadores que possuíam mais dificuldades relativas aos “problemas relacionais com a pessoa dependente” apresentavam o uso de estratégias de coping relativas a “percepções alternativas sobre a situação” ( $p=0,030$ ). Já os cuidadores que detinham mais dificuldades relativas a “exigências de ordem física” no cuidado ao idoso usavam geralmente estratégias para “lidar com os sintomas de stress” ( $p=0,026$ ). E os cuidadores que possuíam mais dificuldades relacionadas com o “deficiente apoio profissional” utilizavam todas as estratégias de coping (CAMI global) ( $p=0,006$ ), incidindo mais no uso de estratégias relativas a “percepções alternativas sobre a situação” ( $p=0,002$ ). O facto de o doente oncológico ter características diferentes dos outros tipos de doentes (pessoas mais vulneráveis emocionalmente pelo carácter negativo da doença) pode fazer com que os cuidadores optem por usar estratégias de enfrentamento/coping (como lembrar bons momentos que passaram na companhia do seu familiar idoso, agarrar-se à fé/religião e pensar que a pessoa idosa não tem culpa da situação que enfrenta) relativas a percepções alternativas sobre a situação quando o idoso que têm a seu cargo se torna uma

pessoa difícil de cuidar, que não colabora nos cuidados tanto quanto poderia, que não dá valor ao facto do seu cuidador ser dedicado.

Pode verificar-se que os cuidadores que referem dificuldades de ordem física adoptam geralmente estratégias de coping que lhes permitam lidar com os sintomas de stress, tentando assim libertar-se em alguns momentos da exaustão a nível físico que a tarefa de cuidar um idoso pode potenciar. Estes comportamentos estão relacionados com actividades de lazer/extra cuidados que ainda conseguem ser realizadas pelos cuidadores tendo em conta que os idosos possuem um baixo grau de dependência percebido e, para além disso, existem (na maioria dos casos) cuidadores secundários que podem dar algum apoio facultando ao cuidador principal algum tempo para executar outras actividades.

Neste caso, o mecanismo de coping é centrado no problema, como refere Oliveira (1998), ou seja, o cuidador tenta alterar o problema ou a situação de stress, antecipando potenciais problemas que surjam no processo de cuidar, preparando-se para os solucionar antecipadamente, modificando as condições da habitação caso veja que isso irá ser necessário tendo em conta a evolução da situação. Este tipo de estratégias de coping são mais utilizadas pelos cuidadores estudados dado que a maioria convive há longos anos com o idoso de quem cuidam. Logo, o cuidador informal já possui experiências prévias (de outras situações de crise familiar vivenciadas com o idoso em questão), o que lhe permite lidar de forma adequada com a situação de stress sem que essa lhe traga quaisquer transtornos de natureza psicopatológica ou física. Quanto aos cuidadores que apresentam mais dificuldades relacionadas com o deficiente apoio profissional, eles mobilizam todas as estratégias de coping, sendo predominantes as que remetem para percepções alternativas sobre a situação. Esta evidência pode fazer-se sentir devido às características dos cuidadores em estudo, que por serem maioritariamente idosos, com poucos recursos económicos e sem ajuda de profissionais da área social/saúde que os auxiliem na tarefa de cuidar acabam por tentar solicitar ajuda na fé/religião.

## 4. CONCLUSÕES

Do estudo podem retirar-se algumas conclusões pertinentes, por exemplo que os cuidadores informais admitem poucas dificuldades no cuidado ao idoso com doença oncológica, mas uma das mais referenciadas é o deficiente apoio profissional, pelo que os profissionais da área social e da saúde têm de colmatar essas lacunas. Deve tentar-se que haja uma melhor articulação entre a tríade cuidador informal / cuidador formal / idoso. E deve fomentar-se uma maior interação entre os cuidadores de saúde primários e diferenciados, promovendo a troca de informação entre hospitais e centros de saúde da área de residência destas famílias (cuidador informal e idoso), para que possa haver um acompanhamento mais personalizado por parte da equipa de saúde familiar.

Constatou-se que as carências financeiras são ainda das maiores dificuldades enfrentadas pelos cuidadores (pensões de velhice baixas/baixos rendimentos dos cuidadores). E há uma ausência de campanhas de divulgação de apoios sociais/financeiros junto da população idosa, o que limita acesso a ajudas técnicas e financeiras.

### REFERÊNCIAS

1. ABOIM, S. (2003) – Evolução das estruturas domésticas. Sociologia, problemas e práticas. Nº 43, pp. 13-30.
2. BANDEIRA, A. (2009). Estudo de Avaliação das necessidades dos Sêniores em Portugal. In Fundação Calouste Gulbenkian, Fórum Gulbenkian de Saúde sobre o envelhecimento 2008/2009. O tempo da vida. Cascais. Principia, pp. 135-149.
3. BRITO, L. (2001) – A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos. Quarteto. Coimbra.
4. DECRETO - LEI n.º 118/92. D.R. I Série A. 144. (92-06-25) 3025-3027.
5. DECRETO - LEI n.º 79/2008. D.R. I Série A. 89. (2008-05-08) 2509-2510.
6. FIGUEIREDO, D. (2007) – Cuidados familiares ao idoso dependente. 1.ª ed. Climepsi Editores. Lisboa.
7. GIL, A. (2006) – Redes de solidariedade intergeracionais na velhice. In Cadernos de Política Social, N.º 1, Junho, pp. 92-113. Lisboa.
8. GIL, A. (2007) - Heróis do quotidiano: dinâmicas familiares na dependência. Tese de Doutoramento, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
9. HEBERT, R.; SHULZ, R. (2006) – Caregiving at the end of life. In Journal of palliative medicine. N.º 9 (5), pp. 1174-1187.
10. HENRIQUES, A. (2006) – A sobrecarga do cuidador informal do idoso com doença oncológica. Relatório final de estágio da Licenciatura em Serviço Social: ramo da saúde. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.
11. IPOPGF (2008) – Registo Oncológico Nacional (2001). Região Centro Portaria 35/88 de 16 de Janeiro de 2008.
12. LAGE, I. (2005) – Cuidados familiares a idosos. In Paul C. & Fonseca A. (Coord.): In Envelhecer em Portugal. Manuais Universitários. Climepsi Editores. Lisboa.
13. LOPES, C.; PEREIRA, M. (2002) – O doente oncológico e a sua família. Climepsi Editores. Lisboa.
14. MARQUES, A. (1991) - Reações emocionais à doença grave: como lidar. In Psiquiatria Clínica. pp.146, Coimbra.
15. MIRANDA, P. (2007) – Avaliação da sobrecarga do cuidador informal a idosos dependentes. Relatório final de estágio da Licenciatura em Serviço Social: ramo da saúde. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.
16. NOVELLAS, A. [et al.] (1996) – Atención en la familia. In Gómez – Batiste, X. [et al.] Cuidados paliativos en Oncología. Barcelona: Editorial JIMS.
17. OLIVEIRA, C. (1998) – O stress e o coping: e a formação em enfermagem? In Servir, vol. 46, Nº6.
18. PAVANIRI, M.; NERI, A. (2005) – Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In Duarte, Y. e DIOGO, M. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu.
19. PIMENTEL, L. (2001) – O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias. Coimbra: Quarteto.
20. REBELO, A. (1996) – Prestadores de cuidados informais a idosos com 80 e mais anos, na freguesia de Moreira da Maia In Geriatria. Ano 9, N.º 81 Janeiro, pp. 22-28.
21. RIBEIRO, O. (2007) – O idoso prestador informal de cuidados: estudo sobre a experiência masculina do cuidar. Tese de Doutoramento em Ciências Biomédicas. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
22. SOARES, N.; LUNARDI, V. (2002) – Os direitos do cliente como uma questão ética. In: Revista Brasileira de Enfermagem, Vol. 55, N.º 1 Jan./Fev. pp. 64-69. Brasília.
23. SOUSA, L., FIGUEIREDO, D., CERQUEIRA, M., (2006) – Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice. Porto. Âmbar.
24. VALÉRIO, P. (2007) – A sobrecarga do cuidador informal do idoso em situação de dependência. Relatório final de estágio da Licenciatura em Serviço Social: ramo da saúde. Instituto Superior Miguel Torga. Coimbra.

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

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

Rui Manuel Pinto Costa

Enfermeiro do STMO (Serviço de Transplante de Medula Óssea), IPOFG Porto  
Investigador do CITCEM - Centro de Investigação Transdisciplinar: Cultura, Espaço, Memória

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.

Pensar a oncologia enquanto objecto de investigação histórica, analisar o modo como foi compreendida, exercida e disseminada, requer necessariamente a compreensão do pensamento sanitário enquanto saber cientificamente elaborado. O estudo de representações sociais pressupõe não só uma análise do contexto em que são criadas, bem como da formação do mesmo, uma vez que as representações se constroem através de uma realidade pré-existente.

Por antigo que fosse o seu conhecimento, o cancro não partilhava as características das doenças contagiosas: não se manifestava como uma epidemia, não aparecia directamente ligada a nenhum ilícito moral ou de comportamento, incidindo sobretudo sobre a po-

pulação adulta mais idosa, se bem que se sabia que podia sobreviver em qualquer idade e/ou condição social.

Pelo menos até finais do século XIX estava ausente das preocupações sanitárias dominantes na mente das populações, bem longe do peso que as epidemias tradicionalmente ocupavam no imaginário social de então.

Contudo, a partir de meados desse século, a apreensão relativa à aparente progressão do cancro foi reforçada por um conjunto de novos dados estatísticos que faziam pensar que a taxa de mortalidade pela doença estava a aumentar nas nações ditas civilizadas. Restava saber se este aumento seria a tradução viva de uma realidade patológica em expansão, ou devido apenas a um diagnóstico mais preciso.

A publicação dos primeiros periódicos médicos dedicados ao cancro começa a realizar-se numa base regular desde o final do século XIX, contribuindo para lançar estas e outras dúvidas, mas também para lhe dirigir o olhar dos médicos e da sociedade. A influência destas revistas no tecido médico português seria determinante para a galvanização de um pequeno conjunto de clínicos, particularmente daqueles ligados às áreas da cirurgia, anatomia patológica e investigação. Uma delas seria a *Révue des Maladies Cancéreuses*, publicação que desde 1895 se tornou presença habitual nos estabelecimentos de ensino médico e nos principais hospitais do país.

Apesar da permanência das múltiplas incertezas, aos olhos de muitos parecia ser uma doença nascida no seio da civilização, um fenómeno patológico capaz de afectar a todos de igual forma, se bem que o grau de resposta das diferentes sociedades na luta contra a doença dependesse do grau de desenvolvimento de cada uma. Independentemente dos esforços esparsos e mais ou menos incipientes desenvolvidos no século XVIII, seria apenas no século XX que começaria a era da verdadeira luta contra o cancro, pelo menos dentro dos padrões de prevenção, investigação e tratamento que actualmente nos servem de referência. Atrevemo-nos mesmo a afirmar que é apenas nessa altura que se passa a introduzir a noção de risco do cancro, denotando a sua transformação em “categoria” científica e política. Entenda-se por “categoria” um conceito muito geral que exprime as diversas relações que podemos estabelecer entre as ideias e os factos, isto é, entre as ideias sobre a doença e os factos do seu efeito real ou potencial na saúde das populações.

### **Uma origem microbiana para o cancro?**

Quando os trabalhos de Louis Pasteur revelaram a natureza infecciosa de uma multiplicidade de doenças, como o carbúnculo, a tuberculose, a febre tifóide, a lepra, entre outras, também se pensou na hipotética origem microbiológica do cancro. Reapareceram antigas ideias de transmissão, de Sydenham e Van Swieten, ressurgindo as denominadas teorias parasitárias, também conhecidas por microbianas ou infecciosas. De facto, desde que se pensou ter demonstrado que

os tumores de natureza tuberculosa e sifilítica tinham uma origem microbiana, surgiu de imediato a ideia que o cancro podia ser igualmente devido à presença e desenvolvimento de algum ignoto microrganismo. Chegou a acreditar-se piamente na sua contagiosidade, tendo-se-lhe apontado toda uma série de agentes eventualmente causadores da nefasta patologia. E realizaram-se vários estudos baseados nesta possibilidade, embora nenhum deles tenha descoberto um microrganismo inequivocamente responsável.

O impacto de Pasteur e da Microbiologia nos meios médico-científicos portugueses foi enorme, determinando e balizando a orientação microbiológica dos trabalhos entretanto realizados sobre o carácter parasitário da doença. Nos seus discursos, alguns dos renovadores da ciência médica portuguesa, como eram Miguel Bombarda ou Sousa Martins, não tinham qualquer dúvida em colocar Pasteur e a teoria pasteuriana no vértice da revolução médica do seu tempo<sup>2</sup>.

Aqueles poucos médicos portugueses que por esta altura se dedicaram ao cancro partilhavam da verosimilhança da teoria microbiológica, sem que no entanto detectassem o agente causador. Isso não impediu que se afirmasse e sustentasse com toda a fé que “*A heteromorfia determinando o parasitismo, é a causa da malignidade.*”, ou ainda, como António de Lencastre pretendeu demonstrar, que era “*(...) perfeita a analogia da infecção cancerosa com as doenças chamadas infecciosas, que por outras razões muito diferentes chegamos, supomos nós, a provar.*”<sup>3</sup>

Fazendo uso de técnicas experimentais em voga na Alemanha e em França, o médico brasileiro Domingos Freire também o pretendeu demonstrar em 1887, ao ensaiar a natureza microbiana do cancro. Baseado nas hemoculturas de uma mulher cancerosa, pretendeu encontrar o micróbio específico num conjunto de “*(...) pequenos bacilos aglomerados, (...)*” no seio da amálgama de bactérias isoladas. Inoculando de seguida as culturas em porquinhos-da-índia, desenvolveu-se um tumor, o que seria consentâneo com a natureza microbiana da doença. Freire referiu ainda “*(...) ter conseguido atenuar o vírus canceroso fazendo-*

–o passar por uma série de aves, e os animais vacinados com este vírus atenuado, adquiriram a imunidade para o vírus forte<sup>4</sup>. Vista como uma concepção legítima, e que se pensava vir a ser comprovada a curto ou médio prazo, a ideia da origem neoplásica ser de natureza parasitária ficaria deste modo demonstrada, o que reduziria a sua prevenção a uma questão de tempo e de auto-inoculação.

Na Alemanha, em comunicação lida na Sociedade de Medicina de Berlim em 1887, também Scheurlen concluía da existência de um bacilo sempre presente nos tumores cancerosos, assim como da presença de esporos do mesmo em todas as preparações microscópicas das ditas afecções cancerosas. Com base nas suas experiências com cães, a inoculação das culturas do dito bacilo daria lugar à produção de tumores, pelo que existiria uma relação de causa e efeito entre este agente microbiano e o próprio cancro<sup>5</sup>.

### Os ecos das teorias parasitárias em Portugal

De facto, na mente e no discurso científico de muitas eminências médicas de finais do século XIX e início do século XX, como era o caso de Miguel Bombarda ou do higienista Ricardo Jorge<sup>6</sup>, permanecia um certo sentido de expectativa no progresso da medicina inaugurada pela revolução pasteuriana. Era o fruto lógico de uma fé aparentemente inabalável na bacteriologia e na possibilidade real de desenvolver uma vacina capaz de eliminar o risco de contrair essa doença ainda mal estudada, mas certamente passível de resolução, caso houvesse um forte investimento na investigação científica. Imbuídos das teorias microbianas e dos relatos e estudos que nos finais do século XIX faziam pensar e acreditar na sua origem infecciosa, a opinião de vários médicos portugueses sobre a provável origem microbiológica, incluindo a de Carlos França e do bacteriologista Câmara Pestana, era inicialmente consentânea com a de outros especialistas europeus coevos, sobretudo franceses e alemães.

O entusiasmo e inspiração de vários dos professores da Escola Médico-Cirúrgica de Lisboa, incluindo Sousa Martins, Silva Amado e Miguel Bombarda, levaram Câmara Pestana a proclamar em 1889 a esperança proporcionada pelos estudos microbiológicos,

na sua dissertação inaugural intitulada “O micróbio do carcinoma”:

*“O micróbio! Haverá nada de mais fecundo, de maior alcance, do que o estudo destes infinitamente pequenos? Quando comparamos a cirurgia de hoje à cirurgia de ontem, quando vemos o poder da Higiene e da profilaxia, é que compreendemos o altíssimo valor dos trabalhos modernos.”<sup>7</sup>*

Mas este exemplo não era único no panorama do ensino médico português. Muitos outros documentos coevos permitem igualmente aquilatar do forte impacto da teoria microbiana entre nós, testemunhando uma aceitação relativamente generalizada no seio universitário, se bem que ainda algo reticente em vários aspectos. Mesmo assim, foi uma teoria dominante e promotora de uma forma muito própria de encarar a doença oncológica na sua etiologia. Na Escola Médico-Cirúrgica do Porto, os reflexos deste modo de pensar, bem como dos argumentos em prol ou contra esta teoria, estão bem patentes em muitas das dissertações dedicadas a temas oncológicos, não só na última década do século XIX, mas também nos primeiros anos do século XX:

*“Emfim, para mim, é crença que a bacteriologia decidirá em breve que o primun movens d’esta affecção, esse mysterioso factor que determina tumefacções enormes e persistentes, não pode deixar de ser um organismo vivo inimigo, única força que eu julgo capaz de enterter, durante tanto tempo, essa lucta ingente de exterminio.”<sup>8</sup>*

Este eventual carácter germinal, de transmissibilidade, e até mesmo de endemismo, encontra reflexos em periódicos médicos nacionais, onde se chegava a pedir aos clínicos que relatassem casos semelhantes aos descritos em periódicos franceses<sup>9</sup>. Um dos que mais acerrimamente defendeu esta ideia foi o francês Alfred Filassier, que sustentava a ideia de as casas impregnadas pelo germe causador da doença serem os responsáveis pela elevada frequência de doenças oncológicas dos que nelas habitavam. Também o norte-americano Roswell Park lançara desde 1899 o alarme, ao invocar o carácter infeccioso do cancro, com o que conseguiu pouco depois ver fundado o New York Skin and Cancer Hospital, ao que se seguiram, pou-

cos anos depois, o Cancer Department do Rockefeller Institute, e a George Crocker Special Research Fund da Universidade de Columbia.

Em 1904, no XVII Congresso francês de cirurgia discutiram-se sobejamente as ideias parasitárias de Doyen sobre a etiologia e tratamento do cancro, que o próprio atribuía a uma micróbio que denominou *micrococcus neoformans*, e para o qual elaborou uma suposta vacina anticancerosa<sup>10</sup>. Postas em causa por todos os oradores do congresso, a seu tempo as doutrinas de Doyen acabariam por ser rejeitadas, pelo simples facto de apenas o próprio conseguir observar o pretendido agente tumoral. Mesmo assim, a questão Doyen prolongou-se por alguns anos, com provas e contra-provas, passando pelo crivo de diferentes comissões de avaliação. Provocou violentas discussões no seio da opinião pública e na própria imprensa política de Paris, fruto de um duplo interesse despertado junto da sociedade e da comunidade médica, não só pela doença oncológica em si, mas também pela eventual possibilidade profilática de uma vacina.

Os ecos da questão Doyen chegaram a Portugal, caso acompanhado com algum interesse pela imprensa médica, que dele fez actualizações sucessivas, chegando mesmo a justificar a publicação de alguns artigos. Em 1906, no XV Congresso Internacional de Medicina realizado em Lisboa, os resultados da imunização contra o agora denominado *micrococcus Doyeni*, nos casos de neoplasmas malignos, mostrou a sua ineficiência em 90% dos casos tratados<sup>11</sup>, pressagiando o fim da vacina anticancerosa preconizada por Doyen, mas não a hipótese da teoria parasitária. Com efeito, foram muitos os médicos e cientistas que acreditaram na teoria parasitária, e que dela fizeram profissão de fé até ao fim. Da Europa às Américas, esta crença colheu numerosos e convictos seguidores, que só muito tarde abandonaram tais crenças, o que no caso de alguns nunca chegou sequer a acontecer. Como Mark Athias constataria em 1929:

*“O Prof. Blumenthal não abandonou de todo a velha hipótese parasitária dos tumores, que tem tradições na Alemanha. Foi partindo da ideia de que o cancro era devido a agentes microbianos que von Leiden, antecessor de*

*Blumenthal e um dos fundadores, em 1900, do Deutsches Komitee für Krebsforschung, instituiu a luta anti-cancerosa, depois de ter feito no seu país um recenseamento dos cancerosos referente ao ano anterior.”*<sup>12</sup>

Tão duradouros foram os resquícios da teoria parasitária que em 1950 ainda tinha defensores, mesmo quando essa possibilidade estava quase totalmente enterrada<sup>14</sup>. A existência de tumores em alguns animais directamente provocados por vírus, manteve intermitente e residual a possibilidade remota de uma origem microbiológica do cancro nos seres humanos<sup>13</sup>.

As teorias infecciosas (ou parasitárias) tiveram, pois, um importante papel no desencadear de uma espécie de receio, ou mesmo de angústia colectiva face ao cancro nas primeiras duas décadas do século. Estas teorias, que eram o derivado da omnipresença de um qualquer micróbio patogénico ainda por identificar, colocam a doença oncológica no mesmo plano infeccioso e transmissível de outras doenças, como era o caso da então prevalente tuberculose. É nos EUA e na Alemanha que estas ideias se mostram na base do que poderíamos denominar como o início da luta social contra o cancro, pelo facto de o colocarem no registo das patologias passíveis de serem prevenidas e/ou evitadas pelo recurso a medidas de cariz higienista. Com efeito, investigadores como Roswell Park, Leyden, Paul Ehrlich, Vincenz Czerny ou o microbiologista Metchnikoff, entre outros, todos sugeriram teorias infecciosas. No congresso internacional de cirurgia de Bruxelas em 1908, Roswell Park afirmava sem reboço que o cancro devia “(...) ser tratado como uma doença infecciosa, sobretudo quando ulcerada. A cremação é preferível à inumação. Os pensos e ligaduras sujas, as secreções devem ser destruídas pelo fogo. As habitações (dos doentes) devem ser desinfectadas a fundo, no curso da doença e após a morte.”<sup>15</sup>.

Entretanto, Claudius Regaud<sup>16</sup>, num inquérito de numerosos casos de cancerosos, não logrou apurar, entre variadíssimos hospitais, um único caso de transmissão entre doentes nem a pessoas saudáveis. Por seu lado, em 15 anos de trabalho no Institut du Cancer de Villejuif, Gustave Roussy nunca constatou nenhum caso que permitisse sequer suspeitar de contagiosidade.

De facto, tardaria até que a incapacidade em detectar um agente patogénico específico deitasse por terra as teorias e experiências que pretendiam mostrar o seu carácter infeccioso. No entanto, esta convicção permaneceu bem viva no discurso científico de alguns dos seus mais eminentes defensores. A própria ideia subliminar do gérmen canceroso não se esvaiu tão depressa da mentalidade colectiva, mais ainda quando em 1911 o norte-americano Peyton Rous<sup>17</sup> demonstrou a existência de um vírus responsável por vários cancros do tecido conjuntivo de uma espécie de galinhas, e quando o dinamarquês Johanes Fibiger recebeu o Prémio Nobel da Medicina em 1926, por um estudo sobre a influência cancerígena da *spiroptera neoplasica* nos ratos<sup>18</sup>. Em 1930, e no decurso de uma hipótese estabelecida sobre um conjunto de factos de ordem experimental e clínica, Léon Bouveret apoiava a existência de um vírus canceroso, cuja origem não seria exógena, mas sim um produto da própria célula cancerosa, em consequência de um estado infeccioso anterior<sup>19</sup>.

Se a validade da teoria e dos resultados de Rous ainda hoje se mantêm, a de Fibiger caiu por terra ao fim de quarenta anos de cátedra. Contudo, as observações de Rous não catapultaram de imediato o entusiasmo da maioria dos especialistas sobre o cancro, que apesar de tudo se mostravam algo reticentes a aceitar uma eventual origem infecciosa.

Apesar disso, rapidamente se firmava a ideia que o cancro representa uma séria ameaça à sociedade e ao género humano, fruto da sua incidência crescente. Era a incógnita de uma equação que mostrava ser um permanente desafio. Os termos empregues pelos médicos ao referirem-se-lhe são sobejamente belicosos, resultado de uma convicção profunda sobre a sua inexorabilidade, largamente inculcada pelo discurso científico coevo. Alguns termos tornam-se habituais na definição da “praga”, “doença traiçoeira”, “flagelo” ou do “flagelo social”, apenas debelável por um esforço colectivo que não é mais do que uma: “cruzada”, “cruzada santa”, “luta”, “combate”, “guerra”, feita com recurso a terapêuticas que não são senão “armas” ou “armas modernas”.

## As campanhas anti-cancerosas

A justificação das campanhas que se desenhavam, insistam sempre na situação hipoteticamente catastrófica para a sociedade, dimensão habitualmente sublinhada pelo carácter de inevitabilidade que o discurso médico conferia às condições de morbidade determinantes da eventual situação cancerosa.

A caracterização como problema social fez-se a partir do momento em que se tornou mais claro o incremento da sua incidência, do seu impacto em faixas etárias mais produtivas e dos défices assistenciais, tudo isto agravado por factores demográficos e pelo tenebroso significado psicológico que lhe estava associado, elementos cientificamente suportados pelas teorias etiológicas do momento. É sobretudo a compreensão de um risco, o risco de contrair uma doença, transmitido cada vez mais pela força dos números de uma cada vez mais apurada e fiável estatística. Esta noção do risco é o derivado directo da execução de estudos epidemiológicos dirigidos à mortalidade e morbidade.

Pelos finais de oitocentos, a estatística torna-se num dos elementos de uma nova abordagem das doenças, que passa agora pelo estabelecimento de relações entre estas e os factores de natureza geográfica, demográfica, geológica, orográfica e humana. Esta abordagem, que ainda hoje mantém a sua actualidade, procurava descortinar de forma científica as relações entre as epidemias, ou surtos de doenças, e os factores geográficos específicos das áreas onde surgiam. Para que o cancro assumisse visibilidade como problema social foi necessário dispor de dados sobre a incidência relativa das diferentes causas de morte. Neste sentido, pode-se dizer que o reconhecimento da dimensão social do cancro passou pelas instituições de registo estatístico desenvolvidos pelos Estados modernos no decurso do século XIX.

No devir do discurso médico e das teorias parasitárias, os primeiros estudos epidemiológicos de fôlego sobre a morbidade e mortalidade do cancro repetiram-se um pouco por todo o mundo. Desde 1890 que o problema começou a ser colocado em termos estatísticos, tendo-se-lhe dedicado numerosos estudos, muitos deles com dados incompletos e parcela-

res. Outros, assentavam cada vez mais em informação mais coerente e confiável, que incluía os achados patológicos que resultavam das autópsias efectuadas. Da Europa aos EUA, passando pela América do Sul e Japão, mostrava-se e apregoava-se, por vezes de forma exagerada, o desenhar de uma tendência mundial comum, tecida em consonância com um problema de saúde de natureza aparentemente global<sup>20</sup>. Em 1906, e no seguimento dos trabalhos da primeira comissão encarregada do estudo do cancro em Portugal, foi publicado por Azevedo Neves o primeiro relatório estatístico abrangente sobre o tema<sup>21</sup>.

Em certa medida, a classe médica utilizou o poder das estatísticas e a plausibilidade biológica destes métodos de análise matemática no sentido de transmitir aos seus colegas, ao público e ao poder político as preocupações sobre uma doença de facto antiga, mas emergente e de frequência inusitada nos tempos modernos. Mais do que promover um amplo debate científico sobre a validade destes estudos, assiste-se à firme tomada de consciência de um problema sanitário novo, incontornável, que ameaçava a própria civilização.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Cf. SILVA, Júlio Joaquim da Costa Rodrigues da - "O Imaginário Social das Epidemias em Portugal no Século XIX." Lusíada. Série II, n.º 1 (2004), p. 95-125.
2. Cf. BOMBARDA, Miguel - "Pasteur" A Medicina Contemporânea. Ano 13. N.º 40 (1895), p. 314-323, e MARTINS, José Tomás de Sousa - Commemoração de Louis Pasteur - Discurso feito na Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa em sessão de 12 de Outubro de 1895. Lisboa: Tipografia Castro Irmão, 1895.
3. D. António de Lencastre cit. por Sílva Carvalho, in A Medicina Contemporânea. Ano V. N.º 7 (13 de Fevereiro de 1887), p. 51.
4. O microbio do cancer." Ano V. A Medicina Contemporânea (1887), p. 86 - 87.
5. Cf. "Os microbios dos tumores malignos." Ano V. A Medicina Contemporânea. (1887), p. 403- 404.
6. Médico higienista portuense, é justamente considerado o pioneiro da saúde pública em Portugal. Em 1885 publicou um tratado onde define a política higienista a implementar em Portugal. Inaugurava-se dessa maneira uma nova era da saúde pública no país, mais de quarenta anos depois de Edwin Chadwick (1800-1890) publicar o Relatório sobre as Condições Sanitárias da População Trabalhadora na Grã-Bretanha, documento que lançara as bases do movimento sanitarista inglês. Cf. JORGE, Ricardo - Higiene Social aplicada à Nação Portuguesa. Conferências de 1884. (A Higiene em Portugal, A evolução da sepultura, Inhumação e cemitérios. A cremação) 1885.
7. Cf. a investigação de Carlos França sobre o cancro no seu artigo de 1918, devidamente explanado em MIRA, M. B. Ferreira de - Notice sur l'oeuvre de Carlos França. Coimbra: Imprensa da Universidade, 1927.
8. ROCHA, José da - Breve estudo sobre lymphadenoma. Dissertação inaugural. Porto: Typographia Universal (a vapor), 1904, p. 50.
9. Cf. "Haverá casas cancerosas?" Porto Médico. 4.º Ano. N.º 11 (1907), p. 352.
10. FILASSIER, A. - "Ya-t-il des maisons cancéreuses?" Gazette médicale de Paris. 15 Août (1907), p. 1.
11. Cf. MATTOS, Álvaro - "Contribuição para o estudo do microbio de Doyen." Movimento Médico (1 de Abril de 1905)
12. Cf. KARWACKI, Léon - Résultats de l'immunisation active contre le micrococcus Doyeni dans le cas de néoplasmes malins. In Porto Médico. 3.º Ano. N.º 4 (1906), p. 127.
13. Cf. a hipóteses de um "ultra-micróbio" causador do cancro era defendida pelo médico francês Darmendrail, in Boletim do IPO. Vol. 17. N.º 4 (1950), p. 4.
14. Cf. a hipóteses de um "ultra-micróbio" causador do cancro era defendida pelo médico francês Darmendrail, in Boletim do IPO. Vol. 17. N.º 4 (1950), p. 4.
15. PARK, Roswell - The nature of Cancerous Process. II Congrès de la Société internationale de Chirurgie. Bruxelles: 1908, p. 321-328. (Tradução nossa)
16. Director do Institut du Radium em Paris, entidade que em 1922 se juntaria à Fondation Curie para dar corpo ao primeiro estabelecimento francês de tratamento e pesquisa especializada na luta contra o cancro. Cf. a biografia escrita pelo filho do próprio: REGAUD, Jean - Claudius Regaud. Paris: Maloine, 1982.
17. Investigador do Instituto Rockefeller em Nova York, mostrou em 1911 que um filtrado livre de células cancerosas podia transmitir o sarcoma de um galinha a outra. Sobre os trabalhos de Peyton Rous veja-se BÉCLÈRE, Antoine - "Le cancer est-il une maladie virulente?" La Presse Médicale. (8 mai 1935), pp. 737-739.
18. Cf. MAISIN, J. - Cancer, Radiations, Virus, Environnement. T. II. Paris: 1949, pp. 105-106. Fibiger dedicou-se a provar a existência de um agente neoplásico desde que em 1913 descreveu neoplasias do estômago de murganhos que comeram baratas infectadas com Gongylonema neoplasticum. A reprodução dos seus trabalhos nos EUA não se mostrou conclusiva, mas mesmo assim foi-lhe atribuído o Prémio Nobel da Medicina em 1926 por este estudo.
19. Cf. BOUVERET, Léon - Essai sur la pathogénie du cancer. Paris: J.-B. Baillière et Fils, 1930.
20. Foi-nos possível verificar a existência de estudos muito semelhantes, tanto nos métodos como nos objectivos, pelo menos em Portugal, EUA, Alemanha, Holanda, Espanha, Hungria, Suécia e Inglaterra.
21. Cf. NEVES, João de Azevedo - "O cancro em Portugal" A Medicina Contemporânea. Ano XXIV (1906), pp. 393-401. Porter, K.A., O'Connor, S., Rimm, E. e Lopez, M. Electrocautery as a factor in seroma formation following mastectomy. The American Journal of Surgery. 1998; 176: 8-11.
22. Somers, R.G., Jablon, L.K., Kaplan, M.J., Sandler, G.L. e Rosenblatt, N.K. The use of closed suction drainage after lumpectomy and axillary node dissection for breast cancer: A prospective randomized trial. Annals of Surgery 1992; 215: 146-149.
23. Barwell, J., Campbell, L., Watkins, R.M. e Teasdale, C. How long should suction drains stay in after breast surgery with axillary dissection?. Annals of The Royal College of Surgeons of England. 1997; 79: 435-437.
24. McCaul, J.A., Aslaam, A., Spooner, R.J., Loudon, I., Cavanagh, T. e Purushotham, A.D. Aetiology of seroma formation in patients undergoing surgery for breast cancer. The Breast. 2000; 9: 144-148.
25. Pogson, C.J., Adwani, A. E Ebbs, S.R. Seroma following breast cancer surgery. European Journal of Surgical Oncology. 2003; 29: 711-717.
26. Seeley, R.R., Stephens, T.D. e Tate, P. (2001). Anatomia e Fisiologia. 3.ª Edição, Lusodidacta. Lisboa.

*(Continua no próximo número)*

## PARCERIA AEOP – PULMONALE

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE LUTA CONTRA O CANCRO DO PULMÃO

No dia 26 Fevereiro foi publicamente assinada, nas instalações do IPJ do Porto, a parceria com a Pulmonale – Associação dos Doentes com Cancro do Pulmão.

O cancro do pulmão é a quarta doença oncológica com maior taxa de incidência, depois do cancro da próstata, da mama e do cólon, sendo no entanto a mais mortal. Em Portugal, os dados apontam para uma taxa de incidência anual de 3500 novos casos de cancro do pulmão. Sem fins lucrativos, a Pulmonale nasce para prestar aconselhamento e apoio a pessoas que sofram de cancro pulmão e seus familiares, promover a melhoria e alargamento dos cuidados médicos e a difusão de informação sobre esta doença para o público, facilitar a cessação tabágica e promover a investigação sobre as causas e tratamento desta doença.

Trata-se de mais uma importante



parceria no desenvolvimento das actividades da AEOP.

## ENCONTROS DA PRIMAVERA 2011

31 Março a 3 Abril, Évora

No final do passado mês de Março decorreu mais um Encontro da Primavera em Évora, onde esteve presen-

te o número recorde de 800 congressistas, fazendo desta reunião o maior evento nacional de Oncologia. Os enfermeiros participaram em grande número e apresentaram trabalhos de muito boa qualidade. A AEOP esteve presente com um programa científico paralelo às sessões médicas, cujas temáticas passaram por três áreas distintas: doente com Cancro da Cabeça e Pescoço, Cancro da Mama e Cancro do Pulmão.

Lançamos também o projecto SUPROC – Support Patients Receiving Oral Chemotherapy e foram discutidas as linhas de consenso sobre drenagem torácica no cancro do pulmão avançado.

Apresentamos as linhas de consenso finais do Seroma no Cancro da Mama que brevemente serão publicadas no nosso site. Foi mais um bom momento científico que contou com uma grande representatividade da enfermagem oncológica.

Brevemente publicaremos as seguintes linhas de consenso: Seroma no Cancro da Mama e Drenagem Torácica no Cancro do Pulmão avançado.

## 4.ª REUNIÃO NACIONAL AEOP

Hotel Vila Galé Coimbra,  
3 e 4 Junho 2011



Para a próxima Reunião Nacional da AEOP a decorrer no início de Junho, em Coimbra, está aberta

a submissão de trabalhos em forma de Poster. Neste ano decidimos seleccionar e atribuir prémios em duas categorias: aos melhores trabalhos de Investigação e sobre Boas Práticas Clínicas em oncologia. Damos assim mais valor à investigação e maior capacidade de avaliação por parte do júri.

Contamos com a sua colaboração. Para isso terá de submeter os abstracts até 24 de Maio directamente através do nosso site, em [www.aeop.net](http://www.aeop.net). Aguardamos a submissão dos seus trabalhos.

Aproveite para estar presente no melhor evento da enfermagem oncológica portuguesa. Organizamos uma reunião e um programa social paralelo para que sejam dois dias de qualidade científica e de bom convívio entre os colegas das diferentes unidades de oncologia nacionais. Relativamente à logística, em <http://www.aeop.net/index> poderá encontrar todas as informações referentes a transportes, estadia, inscrições e programa científico. Contamos consigo.

---

## **FORMAÇÃO EM BOAS PRÁTICAS EM ENSAIOS CLÍNICOS**

Coimbra, 2 Junho 2011

À margem da 4.<sup>a</sup> Reunião Nacional da AEOP a decorrer em Coimbra irá ser organizada, no próximo dia 2 Junho, uma formação de 4 horas em Boas Práticas em Ensaios Clínicos. Será uma formação apenas para 20 enfermeiros, promovida pela Keypoint, e as inscrições, para além de limi-

tadas, obedecem a critérios que serão disponibilizados brevemente no nosso site ([www.aeop.net](http://www.aeop.net)).

---

## **LANÇAMENTO AEOP**

GRUPO DOR



Face à necessidade de se fomentar a investigação e a actividade dos enfermeiros que trabalham com o doente oncológico nas suas especificidades e atendendo aos recentes avanços científicos que cada especialidade oncológica tem, a AEOP decide criar o Grupo de trabalho sobre Dor, denominado AEOP - Grupo Dor.

Os objectivos deste grupo de trabalho específico passam por: promover, apoiar ou colaborar em iniciativas de carácter educativo, técnico, científico, investigacional, deontológico e ético no âmbito da Dor em Oncologia; obter estudos, documentação e informação respeitantes a este sintoma e proceder à sua divulgação pelos meios adequados, nomeadamente através de publicação na revista *onco.news* da AEOP; divulgar as melhores práticas e partilha de informação entre os enfermeiros que lidam com o doente com Dor, utilizando a revista e o site da AEOP; promover e realizar sessões científicas, conferências, cursos e reuniões de trabalho; colaborar com outras entidades nacionais com fins análogos, nomeadamente constituindo grupos cooperativos ou associan-

do-se para a realização de projectos específicos e investigacionais no sentido de elevar o perfil de enfermagem, em especial destacando a importância e singularidade dos enfermeiros que trabalham junto de doentes que sofrem de Dor oncológica. Toda a informação disponível no nosso site.

---

## **ASSEMBLEIA-GERAL DA AEOP**

Coimbra, 3 de Junho de 2011

À margem da Reunião Nacional de 3 e 4 Junho, irá decorrer a Assembleia-geral da AEOP, no dia 3, às 19 horas, no Hotel Vila Galé. Será uma assembleia importante uma vez que serão eleitos os novos corpos sociais para o biénio 2011-2013. Irá ser apresentado o plano de actividades para o próximo mandato e serão apresentados os resultados do último mandato. Esta assembleia conta com todos os associados activos.

---

## **PRÉMIO EXCELÊNCIA 2010**

Entrega do prémio será efectuada no dia 3 de Junho

Em 2010 concorreram ao Prémio Excelência em Enfermagem Oncológica 4 trabalhos. O trabalho vencedor foi “A transição do homem portador de Carcinoma da Próstata submetido a Prostatectomia Radical” da autoria do enfermeiro Jorge Carvalho. O prémio será entregue em cerimónia a decorrer durante o jantar da Reunião Nacional de Junho.

## Projecto SUPROC



Um dos grandes desafios da equipe multiprofissional de assistência a doentes com patologia oncológica é obter a adesão ao tratamento com antineoplásicos por via oral.

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

Esta 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.

As doenças crónicas têm papel de destaque no perfil de morbimortalidade e a necessidade de tratamentos prolongados ou para toda a vida, como no caso do cancro, torna-se um desafio para os profissionais. Analisar o comportamento de adesão é necessário para planejar um tratamento eficiente e para garantir que as recomendações sejam seguidas. Não há fórmulas para medir o comportamento da adesão, mas a combinação de di-

versas estratégias pode auxiliar o enfermeiro a cuidar, no contexto das doenças crónicas.

O Programa Educacional SUPPORT – Support Patients Receiving Oral Chemotherapy está em fase de estruturação e discussão e o seu início ocorreu na última Reunião da Primavera em Évora, no passado dia 2 Junho, através da participação de vários enfermeiros numa estratégia de focus group. O objectivo será apresentar o projecto estruturado até final de 2011.

## Estudo POSER

**POSER**

Portuguese Observational Study on Emetic Risk

Portuguese Observational Study of Emetic Risk

Náuseas e vômitos podem resultar em sérios distúrbios metabólicos, desnutrição e anorexia, alteração do estado físico e mental dos pacientes, úlceras esofágicas, deiscência de feridas e, eventualmente, suspensão de tratamentos antineoplásicos potencialmente úteis e curativos. Felizmente, o progresso nesta área foi impressionante nas últimas décadas, muito graças ao melhor entendimento da fisiopatologia da náusea e vômito induzida por quimioterapia (CINV). Náusea ocorre com maior frequência do que vômitos mas é mais difícil tratar. O sucesso no manuseamento de um é fortemente correlacionado ao do outro. Estima-se que aproximadamente 70% dos pacientes submetidos a quimio-

terapia (QT) apresentarão CINV.

Por outro lado, a incidência das náuseas e vômitos em doentes a realizar quimioterapia está relacionada com o potencial emético das drogas administradas. O conhecimento desse potencial e das características desse efeito relativamente ao seu pico e intervalo de ocorrência é importante para os cuidados de enfermagem. O controlo das náuseas e vômitos é imprevisível para cada indivíduo, daí a necessidade de os tratamentos serem individualizados e adaptados a cada doente.

Num estudo desenvolvido recentemente, obtiveram-se respostas que indicam não haver diferença entre a presença de náusea aguda e tardia. Existem, no entanto, mais respostas positivas para vômitos tardios do que agudos.

Torna-se assim, fundamental, uma avaliação objectiva para identificar as causas e factores desencadeantes do fenómeno emético.

O estudo observacional prospectivo nacional de avaliação da Náusea e Vômito, denominado POSER (Portuguese Observational Study of Emetic Risk) assenta nos seguintes objectivos:

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

Este estudo teve como objectivo amostral o recrutamento competitivo de 200 doentes a nível

nacional, entre Janeiro e Dezembro de 2010. Os resultados serão apresentados no próximo dia 3 Junho, durante a Reunião Nacional da AEOP.

## Estudo CTE

**CTE** *Capecitabina  
Toxicity  
Evaluation*

Apresentação de resultados

Na maioria dos doentes, a quimioterapia com capecitabina pode causar alguns efeitos secundários, alguns comuns a toda a terapêutica com agentes citostáticos. Um dos efeitos mais significativos é a reacção na pele das mãos e pés (formigues, adormecimento, dor) chamado “síndrome de mão-pé”. Este consiste em “ressecamento” da pele das mãos e pés, algumas vezes causando rubor, corrosão da pele e descamação e esfoliação das unhas.

O síndrome mão-pé deixa a pele muito susceptível a agressões externas, fungos e bactérias e, por isso, é necessário manter essas regiões bem higienizadas e hidratadas. Estes efeitos provocam alterações na imagem corporal do doente, com implicações na sua qualidade de vida.

O estudo observacional CTE sobre “avaliação da toxicidade dermatológica (síndrome de mão-pé) dos doentes com Cancro da Mama a fazerem quimioterapia oral com capecitabina” tem um período de recrutamento de 12 meses, e está a ser aplicado pela equipa de enfermagem na Clínica de Mama do IPOP. Tratando-se de um estudo

de características exploratórias, a amostra foi definida tendo em consideração o número provável de doentes que cumprirão os critérios de inclusão, estimando-se que sejam 40. Foram definidos os seguintes objectivos:

- Avaliar a prática clínica utilizada na prevenção 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).

Validamos a Escala do Índice de Qualidade de Vida da Família – Dermatologia (The Family Dermatology Life Quality Index).

Durante a Reunião Nacional de Junho irão ser apresentados os resultados deste estudo e o próximo passo será a publicação dos mesmos em forma de artigo.

## Estudo Nacional PIGART



### Apresentação de resultados

O sunitinib é utilizado no tratamento de doentes com os seguintes tipos de cancro:

1. Tumores do estroma gastrointestinal (GIST). Trata-se de um tipo de cancro (sarcoma) do estômago e do intestino no qual se verifica um crescimento descontrolado das células dos tecidos de

suporte destes órgãos. O sunitinib é utilizado em doentes com GIST nos casos em que os tumores não podem ser removidos cirurgicamente ou quando estes se tenham propagado a outros órgãos, ou quando o tratamento com imatinib (outro medicamento anti-cancerígeno) tenha falhado ou não tenha sido tolerado pelo doente.

2. Carcinoma das células renais (RCC). Trata-se de uma forma de cancro renal que afecta as células dos túbulos renais. O sunitinib é utilizado quando o cancro se encontra num estado avançado ou se tenha propagado a outros órgãos.

O Estudo Pigart (Patient Information about GIST And Renal Carcinoma Treatment) é uma iniciativa da AEOP e conta com o apoio exclusivo da Pfizer. Visa avaliar o tratamento do GIST e RCC com novas terapêuticas dirigidas (sunitinib) e a sua interferência na qualidade de vida destes doentes.

Neste momento, estamos a tratar estatisticamente os resultados com a finalidade de os apresentar durante a Reunião Nacional da AEOP, em 3 de Junho próximo, na Sessão Científica sobre Cancro Urológico.



# target

### Projecto em fase de avaliação

O Curso Target é uma iniciativa Educacional da EONS para enfermeiros que trabalham em oncologia, especificamente com Terapêutica Dirigida anti-EGFR

(Receptor do Factor de Crescimento Epidérmico).

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.

Foram apresentados e aprovados 10 projectos de disseminação locais, dos quais 5 são dirigidos à Educação do doente/família e 5 dirigidos à formação dos profissionais que trabalham com estas terapêuticas.

Os centros participantes são: Oncologia Médica, IPO Porto; Clínica da Mama, IPO Porto; Hospital de Dia, IPO Porto; Hospital de Dia de Oncologia, Vila Real; Hospital de Dia, Setúbal; Clisa; Serviço de Oncologia, Garcia de Orta; Hospital de Dia, Hospital Militar, Porto; Hospital de Dia, Hospital de Faro.

Trata-se de mais uma iniciativa da AEOP, com o apoio da Amgen. Brevemente serão anunciados os melhores trabalhos.

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>

## METASTIZAÇÃO ÓSSEA

Descoberta proteína capaz de impedir a metastização do cancro



Uma equipa de investigadores internacionais, liderados por cientistas da University of Texas MD Anderson Cancer Center, nos EUA, revela que uma proteína conhecida por CDK1 é capaz de bloquear uma enzima envolvida no agravamento e progressão do cancro, dá conta um estudo publicado na Nature Cell Biology, citado pelo portal Saúde na Internet.

De acordo com o líder do estudo, Mien-Chie Hung, a enzima denominada por EZH2 “é sobreexpressa nos tumores sólidos agressivos e está associada à progressão do cancro e à sua metastização”.

Através da realização de várias experiências, os investigadores conseguiram demonstrar de que modo a CDK1 interfere com a EZH2. Esta enzima é capaz de silenciar a expressão de genes, através da ligação de um grupo metilo a locais específicos das proteínas que se encontram associadas ao ADN e a outras proteínas que constituem os cromossomas. Entre os genes silenciados encontram-se os genes supressores de tumores, que de outra forma poderiam evitar o

desenvolvimento do cancro e da sua disseminação.

Os investigadores mostraram que a CDK1 impede esta metilação através da ligação de uma molécula à EZH2, um processo conhecido por fosforilação.

O estudo revelou que nas células que apresentam a EZH2 mutada, este processo de fosforilação é impedido, verificando-se o dobro da migração celular e invasão das células cancerígenas, do que nas células em que a enzima não está mutada.

Estas descobertas poderão ajudar no desenvolvimento de um inibidor da EZH2 ou de um fármaco capaz de mimetizar a acção da CDK1. De acordo com Mien-Chie Hung, é necessário perceber primeiro “os detalhes moleculares da formação e progressão do cancro para desenvolver novas terapias que melhorem o tratamento e prevenção”.

POP, 10 JANEIRO 2010

## Proteína activa cascata de sinais moleculares

“Descobrimos que as amostras de doentes com cancro da mama, que se tinham espalhado para os ossos, tinham níveis de Jagged1 mais elevados”, comenta por seu lado Nilay Sethi, co-autor do trabalho, que foi o estudante que identificou a proteína como um dos componentes-chave da cadeia de acontecimentos moleculares que leva à desorganização do crescimento ósseo. O que a proteína Jagged1 faz, ao ligar-se a receptores presentes nas células responsáveis pela regeneração óssea, é activar uma cascata de sinais moleculares dentro dessas células (o chamado Notch

signalling pathway), que acabam por perturbar o seu normal funcionamento.

Jacqueline Bromberg, especialista de cancro da mama do Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nova Iorque, citada no mesmo documento, diz que estes resultados “demonstram a importância de desenvolver armas contra o ‘ambiente’ em que o cancro se desenvolve”. Ou seja, é preciso não apenas tentar destruir as células cancerosas, mas também travar as interações entre as células malignas e as células normais do organismo que as cancerosas possam subverter.

Theresa Guise, oncologista da Universidade do Indiana, concorda: estes resultados, salienta, “mostram que existem interações cruciais entre as células tumorais e as células ósseas. O trabalho da equipa de Princeton é importante, diz, porque “permitiu dissecar os contributos respectivos para o processo [de metastatização óssea] do tumor e do microambiente”.

POP, 7 FEVEREIRO 2011

### Amgen avança três fármacos oncológicos para fase tardia de testes

A Amgen pode aumentar a sua força na área da Oncologia, além do denosumab, o fármaco aprovado no ano passado para adiar as fracturas ósseas em pacientes com cancro, com três novos produtos oncológicos em testes avançados, avança a Bloomberg.

Os resultados de um estudo do motesanib, o medicamento mais avançado dos três, podem ser lançados no final deste ano, disse Sean Harper, director médico da Amgen. O motesanib está a ser desenvolvido em conjunto com a Takeda Pharmaceutical.

A Amgen está à procura de ampliar a utilização do denosumab e desenvolver outros medicamentos

para impulsionar o crescimento da empresa.

### Pipeline oncológica

O denosumab, designado Xgeva® quando usado no cancro, pode gerar 2,4 mil milhões de dólares em vendas anuais, nos próximos cinco anos, para reduzir as fracturas ósseas em doentes com cancro, disse Yaron Werber, analista do Citigroup, em Nova Iorque. Se o medicamento ganhar a aprovação dos EUA para prevenir a disseminação do cancro da mama e da próstata para os ossos, pode acrescentar 2 mil milhões de dólares às vendas por ano por cada indicação, disse Eric Schmidt, analista da Cowen & Co, em Nova Iorque.

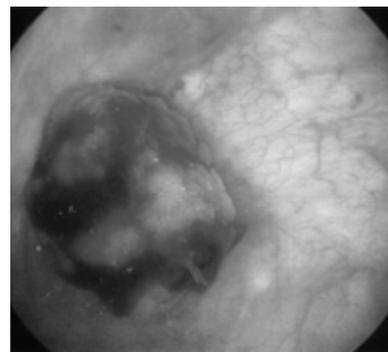
A Amgen e a Takeda esperam lançar este ano os resultados de um ensaio do motesanib em combinação com quimioterapia, em pacientes com cancro do pulmão de não-pequenas células não escamosas, revelou Harper. Se os resultados mostrarem que o medicamento é seguro e eficaz, as empresas podem pedir a aprovação dos órgãos reguladores dos EUA ainda este ano, o que pode levar à sua aprovação no final de 2012, acrescentou. A Amgen está a começar os ensaios clínicos de dois outros medicamentos oncológicos em associação com quimioterapia.

Um estudo com o AMG-386, em 900 mulheres com cancro do ovário e outros cancros ginecológicos, teve início em Outubro. Outro estudo com o AMG-479, em 825 pessoas com cancro do pâncreas, está previsto para começar no próximo mês. Ambos os estudos estão na última fase de desenvolvimento. Dois outros medicamentos oncológicos estão em fases iniciais dos testes em humanos.

POP, 12 JANEIRO 2011

## CANCRO UROLÓGICO

Lançadas orientações no tratamento do melanoma, cancro do ovário e próstata



Os pacientes com melanoma, cancro do ovário ou da próstata têm agora um novo recurso que tem a mesma informação credível que os médicos usam para determinar as opções de tratamento destas doenças, avança o site Medical News Today.

A National Comprehensive Cancer Network® (NCCN), uma aliança sem fins lucrativos de 21 centros mundiais de combate ao cancro, anunciou três novas adições à biblioteca das NCCN Guidelines for Patients™ (orientações para pacientes da NCCN). As normas para o tratamento do melanoma, cancro do ovário e da próstata estão disponíveis gratuitamente no site da organização.

Estas indicações são desenvolvidas para disponibilizar aos pacientes com cancro e aos seus cuidadores informação sobre os melhores tratamentos numa linguagem fácil de compreender.

Dada a prevalência do melanoma e do cancro da próstata – os tipos de cancro mais diagnosticados nos homens – e os desafios na detecção do cancro do ovário em mulheres, é fundamental que os pacientes tenham recursos para capacitá-los a assumirem um papel mais activo no seu tratamento.

As directrizes da National Comprehensive Cancer Network™ são

desenvolvidas por grupos multidisciplinares de especialistas de instituições da NCCN ou de “árvores de decisão”, e abordam todas as opções de tratamento adequadas desde o início até ao longo da doença.

As normas traduzem as diretrizes profissionais, de forma clara e passo-a-passo, para que os pacientes possam usar como base para tomarem decisões e discutirem as suas opções com os médicos.

Estas orientações estão disponíveis gratuitamente no site da NCCN (em inglês), que também possui outros artigos informativos para pacientes e cuidadores.

POP, 11 JANEIRO 2011

## Cancro da próstata: fármaco da Exelixis mostra-se promissor

Um ensaio intermédio revelou que o fármaco oncológico experimental cabozantinib, da Exelixis, eliminou as lesões ósseas, de forma parcial ou completa, em 85% dos doentes com cancro da próstata, de acordo com dados apresentados na semana passada, citados pela agência Reuters.

Dos 62 pacientes avaliados através de scan ósseo, 53 apresentaram regressão completa ou parcial das lesões ósseas metastáticas, que podem levar a fracturas ósseas, dor e eventualmente morte. Outros oito doentes (13%) tiveram a doença estabilizada. A patologia agravou-se num paciente. Além disso, os resultados provisórios mostram que os tumores encolheram em 61 dos 91 doentes com cancro que se espalhou para os tecidos moles, incluindo o fígado e os pulmões.

O medicamento também reduziu a dor óssea, bem como a necessidade de analgésicos narcóticos, e aumentou a hemoglobina em doentes com anemia, revelou a empresa, acrescentando que 168 pacientes foram incluídos no estudo, cujos resultados completos serão relatados em Junho.

“Estas descobertas são provocantes. A dupla actividade nos ossos e tecidos moles não foi observada antes”, disse Michael Morrissey, CEO da Exelixis. “Estamos a trabalhar no duro para levar às pessoas os dados em tempo real”, completou.

**Resultados** – Após 12 semanas de tratamento, alguns pacientes foram aleatorizados para receberem o cabozantinib ou placebo, mas o ensaio foi interrompido, quando ficou evidente que o fármaco era eficaz. No seguimento de 3,8 meses, os doentes tratados com placebo viveram por um período médio de 40 dias sem que a doença piorasse. Os resultados, de um número semelhante de pacientes tratados com o cabozantinib, ainda não estão disponíveis, porque 79% deles não tiveram progressão da doença e ainda estão a receber o medicamento.

Os doentes tinham cancro da próstata resistente à castração, ou seja, o tumor tinha parado de responder à terapia de privação hormonal.

O cabozantinib, também designado por XL184, é um medicamento oral desenvolvido para bloquear o factor de crescimento endotelial vascular, o mesmo alvo de fármacos como o Avastin®, da Roche.

POP, 24 FEVEREIRO 2011

## NICE recomenda o Votrient® da GSK para o cancro renal

Na orientação final publicada esta quarta-feira, o Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) recomenda a comparticipação do Votrient® (pazopanib), da GlaxoSmithKline (GSK), no Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido (NHS), como tratamento de primeira linha para pacientes com carcinoma de células renais avançado, avança o site FirstWord.

Carole Longson, directora do centro de avaliação tecnológica de saúde da agência, referiu que “o ac-

tual regime de acesso dos pacientes, proposto pelo fabricante, torna o Votrient® numa opção custo-efectiva para o NHS”.

Segundo este regime, que foi descrito pela primeira vez em Dezembro, a GSK irá fornecer o fármaco com um desconto de 12,5%, e também pode pagar um reembolso se os resultados do ensaio COMPARZ demonstrarem que o Votrient® não tem eficácia comparável à actual terapia padrão, o Sutent® (sunitinib), da Pfizer. Longson observou que o “ensaio que comparou os dois medicamentos está em andamento”, e a agência notou que os detalhes do reembolso serão fornecidos quando os resultados do estudo estiverem disponíveis.

A responsável acrescentou ainda que esta orientação, na qual se recomenda o Votrient® para pacientes com carcinoma de células renais avançado, que não receberam terapia prévia de citocinas e têm um performance status de 0 ou 1 no Eastern Cooperative Oncology Group, “irá oferecer aos pacientes uma opção adicional” ao Sutent®.

POP, 25 FEVEREIRO 2011

## Cientistas encontram novo alvo no cancro da próstata agressivo

Os investigadores da Universidade do Michigan - Comprehensive Cancer Center, nos EUA, identificaram um potencial alvo para o tratamento de um tipo agressivo de cancro da próstata. O gene SPINK1 pode ser para o cancro da próstata o que o HER2 é para o cancro da mama, escreve o portal Isaúde.

Tal como o HER2, o SPINK1 ocorre apenas num pequeno subconjunto de cancros da próstata - cerca de 10%. No entanto, o gene é o alvo ideal para um anticorpo monoclonal, do tipo Herceptin®, que combate o HER2 e melhorou muito o tratamento deste tipo

agressivo de cancro da mama. O facto de o SPINK1 poder surgir na superfície das células atraiu a nossa atenção enquanto alvo terapêutico. Aqui mostramos que um ‘bloqueio’ de anticorpos para o SPINK1 pode retardar o crescimento de tumores da próstata em ratinhos que foram positivos para a proteína”, explicou o autor do estudo, Azul Chinnaiyan, director do Centro para Patologia Translacional de Michigan, e investigador no Instituto Médico Howard Hughes.

Os cientistas descobriram ainda que o SPINK1 pode ligar-se a um receptor chamado EGFR. E testaram o fármaco cetuximab, aprovado pela FDA (Food and Drug Administration), que bloqueia o EGFR e leva à redução dos efeitos cancerígenos do SPINK1.

**Encolhimento dos tumores –** Os investigadores testaram em ratinhos um primeiro anticorpo monoclonal – um tipo de tratamento específico direccionado a uma molécula específica (neste caso, SPINK1). De seguida, testaram com o cetuximab. Os tumores tratados com o anticorpo SPINK1 encolheram 60%, enquanto que aqueles tratados com o cetuximab encolheram 40%. Ao combinar os dois medicamentos, os tumores tornaram-se 74% menores.

O efeito foi observado somente nos tumores que apresentam o SPINK1, que representa aproximadamente 10% dos pacientes com cancro da próstata. Estudos anteriores observaram a aplicação do cetuximab contra o cancro da próstata metastático, mas os resultados foram decepcionantes, apresentando algum benefício em apenas 8% dos doentes. Os dados recolhidos no presente estudo leva os cientistas a defenderem a hipótese de que o cetuximab é eficiente para os casos relacionados ao SPINK1.

Bushra Ateeg, cientista da Escola de Medicina da Universidade do Michigan, indica que “estes resultados deveriam estimular o desenvolvimento de tratamentos que se apoiem em anticorpos contra o SPINK1”.

O SPINK1 pode ser detectado na urina dos doentes com cancro, o que facilita a realização rotineira de exames. O estudo indica, no entanto, que os efeitos secundários foram limitados nos animais e que é necessária mais investigação para determinar se o tratamento afectaria o tecido normal nos humanos.

POP, 9 MARÇO 2011

## CANCRO PULMÃO

Aprovado novo medicamento para tratar cancro do pulmão

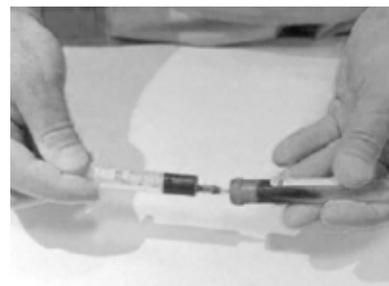
A Autoridade Nacional do Medicamento (Infarmed) aprovou a utilização hospitalar do pemetrexedo, um medicamento inovador com baixa toxicidade, avança a revista *Prevenir*.

Este fármaco já era utilizado desde 2004 como tratamento de segunda linha do cancro do pulmão, tendo sido agora indicado para o tratamento de primeira linha deste tipo de cancro.

O objectivo da terapêutica é aumentar a qualidade de vida dos doentes e minimizar os sintomas, bem como os efeitos secundários da medicação, potenciando a recuperação da capacidade funcional e profissional. Um vasto programa de ensaios clínicos demonstrou a vantagem terapêutica deste tratamento num número significativo de doentes. Entidades como o NCCN (National Comprehensive Cancer Network) reconhecem e recomendam a administração deste fármaco por aliar à eficácia uma toxicidade inferior à de outras alternativas terapêuticas.

POP, 12 JANEIRO 2011

Cancro do pulmão: Pfizer submete fármaco crizotinib para aprovação



A Pfizer anunciou na semana passada que apresentou um pedido de regulamentação, nos EUA, para a terapia-alvo crizotinib no tratamento de doentes com cancro do pulmão de não-pequenas células (CPNPC) avançado, cujos tumores são ALK-positivos, avança o site FirstWord.

A farmacêutica notou que o agente oral, com potencial para ser o primeiro da sua classe, tem como alvo o gene ALK, que se acredita que conduz ao desenvolvimento de tumores, em aproximadamente 3% a 5% dos casos de CPNPC. A Pfizer informou que espera concluir a submissão do medicamento no primeiro semestre do ano.

Dados publicados no *New England Journal of Medicine (NEJM)*, em Outubro, mostraram que num ensaio de fase inicial, com 82 pacientes com CPNPC que tinham uma mutação no gene ALK, 57% registaram uma redução significativa no tamanho do tumor após a administração do medicamento da Pfizer.

Os resultados também sugerem que o crizotinib conduziu a uma taxa de controlo da doença de 87%. Separadamente, a farmacêutica disse que também pretende apresentar pedidos de comercialização à FDA e à EMA, no final deste ano, do axitinibe como tratamento para o carcinoma de células renais, e do bosutinib como terapia para a leucemia mielóide crónica.

POP, 19 JANEIRO 2011

Cancro do pulmão: Tarceva® da Roche aumenta sobrevida livre de progressão

Um comité independente de monitorização de dados recomendou parar um ensaio de fase final, antes do previsto, que analisava o Tarceva® (erlotinib) em pacientes recentemente diagnosticados com cancro do pulmão de não-pequenas células (CPNPC) avançado, com mutação do gene EGFR, porque o estudo atingiu o seu objectivo principal, informou a Roche, citada pelo site FirstWord.

A companhia disse que uma análise interina planeada do ensaio EURTAC mostrou que o uso de primeira linha do Tarceva® prolongou significativamente a sobrevida livre de progressão em doentes com este tipo de cancro do pulmão, quando comparado com quimioterapia baseada em platina. A farmacêutica observou que este é o primeiro ensaio de fase III realizado na população ocidental com este tipo de cancro pulmonar, apesar de um estudo semelhante ter sido feito com a população asiática. A Roche indicou que os dados do estudo EURTAC serão apresentados numa futura reunião médica.

“O estudo demonstra que testar as mutações que activam o EGFR pode identificar as pessoas candidatas a receber o Tarceva®, como tratamento inicial para o cancro do pulmão avançado”, observou Hal Barron, director de marketing e director de desenvolvimento global de produtos da empresa.

**Pedidos de regulamentação** – A Roche já apresentou um pedido de regulamentação na UE para alargar a indicação actual do Tarceva® para incluir o tratamento de primeira linha de pacientes com CPNPC avançado e mutação EGFR. A companhia indicou que, com base nos resultados do estudo EURTAC, vai discutir uma actualização semelhante da in-

dicação do fármaco com a FDA. A empresa, em conjunto com a parceira OSI Pharmaceuticals, está a desenvolver um complemento de diagnóstico para identificar pacientes com CPNPC com mutações que activam o EGFR. Segundo a Roche, 10% dos pacientes com cancro do pulmão na população ocidental e 30% da população asiática têm estas mutações.

O analista Martin Voegtli da Kepler Capital Markets comentou que estes resultados são “altamente favoráveis para a extensão do rótulo do Tarceva® como tratamento de primeira linha do CPNPC, e enquanto motor de crescimento no futuro.” O analista observou que as vendas anuais do Tarceva® podem chegar aos 1,8 mil milhões de dólares, até 2015.

POP, 1 FEVEREIRO 2011

Cancro do pulmão: Lilly e Bristol acabam com inscrições em ensaio

A Eli Lilly e a Bristol-Myers Squibb disseram na semana passada que acabaram com as inscrições num ensaio de fase final de um fármaco experimental para o tratamento do cancro do pulmão, devido a preocupações de que possa estar ligado à formação de coágulos sanguíneos, noticia a agência Reuters. O ensaio de fase III, conhecido como INSPIRE, está a testar o medicamento necitumumab, como tratamento de primeira linha em pacientes com cancro do pulmão de não-pequenas células não-escamosas avançado.

Um comité de monitorização de dados independente recomendou que os novos doentes ou recentemente matriculados não continuem o tratamento no ensaio, devido a preocupações associadas com tromboembolismo, ou coágulos sanguíneos. Os pacientes que já receberam dois ou mais ciclos do necitumumab aparentam ter um menor risco, por isso podem optar por permanecer no

ensaio, após serem informados dos potenciais riscos.

**Ensaio SQUIRE** – O medicamento continua a ser estudado num ensaio de fase III designado SQUIRE. Este estudo avalia o necitumumab como potencial tratamento para o cancro do pulmão de não-pequenas células escamosas.

O ensaio INSPIRE está a testar o necitumumab, em associação com o fármaco oncológico da Lilly, o Alimta®, e a quimioterapia cisplatina. Já o ensaio SQUIRE está a analisar o necitumumab, em combinação com cisplatina e o quimioterápico Gemzar®, da Lilly. A Lilly e a Bristol-Myers partilham os custos de desenvolvimento e quaisquer custos adicionais de comercialização nos EUA, Canadá e Japão. A Lilly tem os direitos exclusivos de comercialização em todos os outros países.

POP, 9 FEVEREIRO 2011

## CANCRO DIGESTIVO

Descoberta forma de travar o cancro do pâncreas em fase inicial

Investigadores do Peggy and Charles Stephenson Oklahoma Cancer Center, nos EUA, descobriram uma forma de travar o cancro do pâncreas em fase inicial, dá conta um estudo publicado na revista Cancer Prevention Research, citado pelo Portal da Saúde Alert Online.

O líder da investigação, C.V. Rao, e a sua equipa foram capazes de mostrar, pela primeira vez, que um fármaco, utilizado actualmente em tratamentos de quimioterapia em estadios tardios da doença, tem um efeito surpreendente quando utilizado mais cedo.

Este fármaco, denominado gefitinib, é um inibidor de proteínas, presentes na superfície das células cancerígenas, que estão envolvidas

# ALIMTA® 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® + Cisplatina
- ✓ Segunda linha: ALIMTA®

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

<sup>1</sup> RCM ALIMTA, Fevereiro 2010

PTALM0030

### INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

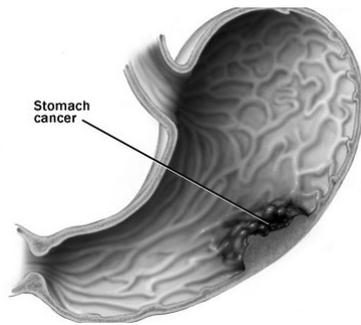
**ALIMTA 500 mg pó para concentrado para solução para perfusão.** Frasco para injetáveis com 500mg de pemetrexedo sob a forma de pemetrexedo dissódico, em pó liofilizado para solução para perfusão. **ALIMTA 100 mg pó para concentrado para solução para perfusão.** Frasco para injetáveis com 100 mg de 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, em doentes cuja doença não progrediu imediatamente após quimioterapia à base de platina. O tratamento de primeira linha deve ser uma combinação de platina, com gemcitabina, paclitaxel ou docetaxel. ALIMTA está indicado em monoterapia de segunda linha, no tratamento de doentes com cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa. **Posologia e modo de administração:** Alimta em combinação com cisplatina: a dose recomendada de ALIMTA é de 500 mg/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. (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: 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, dispêpsia, 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 45 ml/min. Doentes com compromisso renal ligeiro a moderado (depuração da creatinina entre 45 e 79 ml/min) devem evitar tomar 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 semi-vida 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). Em doentes com retenção significativa de fluido no terceiro espaço, deve ser considerada a hipótese de realizar drenagem deste fluido antes da administração de 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. 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:** Fevereiro 2010 **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.



no crescimento e disseminação destas células. Neste estudo, através da utilização de baixas doses de gefitinib, sem efeitos secundários conhecidos, foi não só possível impedir o desenvolvimento dos tumores de cancro do pâncreas mas também eliminar este cancro, após 41 semanas de tratamento.

**Impedir metastização** – Actualmente, a maioria dos casos de cancro do pâncreas não são detectados até se chegar à fase terminal da doença. No entanto, estudos actuais estão a desenvolver um teste de detecção precoce deste tipo de cancro. Os investigadores deste estudo acreditam que encontrarão um método para impedir a metastização do cancro. “Este é um dos estudos mais importantes na prevenção do cancro do pâncreas”, declarou Rao em comunicado enviado à imprensa. “O cancro do pâncreas ainda é pouco compreendido e o foco dos estudos tem sido o tratamento nas fases finais da doença. Mas descobrimos que se começarmos mais precocemente, haverá um benefício muito maior. O nosso objectivo é bloquear a propagação do cancro. Essa é a nossa melhor hipótese de derrotar esta doença”, concluiu o especialista.

POP, 14 JANEIRO 2011

Estudo sobre mapa genético revela pistas no cancro do pâncreas

Especialistas em genética do cancro disseram na passada quinta-

-feira que descobriram por que algumas pessoas conseguem viver muitos anos com um tipo raro de cancro pancreático, escreve a agência Reuters.

Os cientistas identificaram novos genes que, quando sofrem uma mutação, parecem causar uma forma relativamente menos nociva do tumor neuroendócrino do pâncreas. Os pacientes com estas mutações viveram o dobro do tempo do que aqueles cujos tumores tinham outras mutações, afirmou a equipa da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, num relatório publicado na revista Science. Os cientistas juntaram-se ao especialista em Oncologia Bert Vogelstein, da John Hopkins, e sequenciaram o ADN dos tumores de 68 pessoas com tumores neuroendócrinos do pâncreas.

Os pacientes cujos tumores tiveram mutações em três genes designados MEN-1, DAXX e ATRX viveram pelo menos dez anos após o diagnóstico. E mais de 60% dos doentes cujos tumores não apresentavam estas mutações morreram dentro de cinco anos.

O gene MEN-1 era comum, tendo sido observado em mais de 44% dos 68 pacientes. O cancro do pâncreas é um dos cancros mais mortais, matando 95% dos doentes em cinco anos. Os tumores variam em agressividade e composição, e os estudos mostram que as mutações genéticas específicas podem ser muito úteis para decidir como tratar o doente e prever o seu resultado clínico.

POP, 25 JANEIRO 2011

Descoberto novo alvo para o tratamento do cancro do cólon

Cientistas britânicos encontraram um novo alvo para o tratamento do cancro do intestino avançado, que também pode ser usado para identificar tumores que respondem ao fármaco oncológico Sprycel®, da BMS, avança a agência Reuters.

No estudo, publicado no Journal of National Cancer Institute, os investigadores do Instituto de Investigação do Cancro (ICR), constataram que o Sprycel® (dasatinib) reduziu o crescimento de células cancerosas do intestino em laboratório, bloqueando os efeitos de uma enzima chamada lisil-oxidase, ou LOX. “A LOX é uma enzima crucial na disseminação do cancro e, se a bloquearmos, conseguimos interromper o crescimento do cancro”, explicou Janine Erler, responsável pelo estudo.

O estudo confirmou que a enzima é importante no desenvolvimento e metastização do cancro do intestino, e mostrou que o crescimento celular aumentou nas células tumorais com níveis elevados da LOX, enquanto que os baixos níveis da enzima conduziram a um crescimento celular limitado.

A equipa também demonstrou que a LOX activa a molécula SRC para promover o crescimento e a propagação do cancro. O Sprycel® é conhecido por bloquear a função da SRC e já é usado para tratar pacientes com leucemia mielóide crónica (LMC).

**Caminhos para o combate da doença** – “Os nossos resultados revelam dois possíveis caminhos para o combate ao cancro do intestino avançado, com os tratamentos inibidores da SRC já existentes, ou com fármacos que estão actualmente a ser desenvolvidos para alvejar a LOX”, explicou Erler. Mas os medicamentos experimentais que bloqueiam a LOX ainda estão nas primeiras fases de desenvolvimento e não estão prontos para serem testados fora do laboratório. As descobertas abrem caminho para explorar o uso do Sprycel® ou de outros inibidores da SRC para ajudar os pacientes com cancro do cólon. Além disso, pode ser usado um teste para identificar os pacientes com maior probabilidade de beneficiar dos inibidores da SRC.

O bosutinib, da Pfizer, que está actualmente na fase final dos ensaios para a LMC, também é conhecido por bloquear a SRC, tal como o ponatinib, da Ariad, que está em fase intermédia dos testes. O cancro colo-rectal é o terceiro cancro mais comum no mundo, causando 529 mil mortes por ano. Há poucos medicamentos eficazes para o cancro do cólon metastizado, sendo que os doentes têm um fraco prognóstico.

POP, 8 FEVEREIRO 2011

### Identificadas alterações moleculares de tumores gastrointestinais raros

Um tipo de cancro raro do aparelho digestivo foi o alvo de estudo do aluno Antonio Talvane Torres de Oliveira, do curso de Doutorado em tumores raros pela Unifesp (Universidade Federal de São Paulo do Brasil), avança o portal de notícias Isaúde.

O estudo descobriu novas alterações moleculares dos tumores gastrointestinais raros, conhecidos como GIST (Tumor Estromal Gastrointestinal), derivados do tecido conjuntivo e não das glândulas, como ocorre na maioria dos casos. Graças à monitorização ocorrida durante dez anos, em 51 pacientes do Hospital de Câncer de Barretos, foi possível tratá-los com fármacos mais efectivos.

O trabalho foi desenvolvido em cooperação com a Universidade do Minho, de Portugal, representada por dois investigadores portugueses mundialmente conhecidos, o Dr. Rui Reis e a professora Fátima Balthazar, e a Unidade de Pesquisa da Fundação Pio XI, do Hospital do Câncer de Barretos. Nos últimos três meses, o aluno ficou sediado na Universidade do Minho para investigar as últimas alterações genéticas e moleculares ocorridas com os tumores.

**Tratamentos mais adequados** – Com esta nova descoberta, é possível

prever se um caso é de maior ou menor malignidade e optar de forma adequada por tratamentos mais certos.

A investigação incidiu num detalhe molecular que provoca o avanço da doença através da alteração dos MCTs, importantes reguladores do metabolismo das células, que se encontram hiper-expressos nestes tumores. Além disso, foram identificadas as mutações genéticas presentes nestes doentes, que irão direccionar para o tratamento mais adequado. O estudo encontrou ainda uma associação entre os MCTs e as mutações genéticas, principalmente nos tumores com altos índices de malignidade.

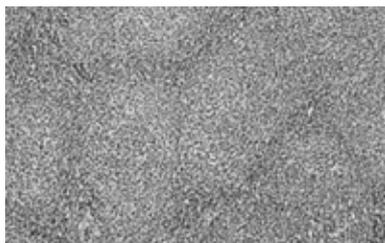
Quando o MCT estava alterado nos pacientes analisados, a probabilidade de sobrevida de 44 (do total de 51 doentes) era de 55,5% em 60 meses, ou seja, cinco anos. Isso mostra que o MCT, quando hiper-expresso, é um indicador de prognóstico para estes pacientes. A investigação destes casos permitiu a descoberta dessas alterações e de substâncias contidas nos tumores. Com isso, descobriu-se que os MCTs estavam associados ao prognóstico desses pacientes, portadores de um cancro intestinal raro do tecido conjuntivo, o GIST.

POP, 24 FEVEREIRO 2011

## TUMORES LÍQUIDOS

FDA aprova Rituxan® como terapia de manutenção no linfoma folicular avançado

A Roche e a Biogen anunciaram que a FDA (Food & Drug Adminis-



tration) aprovou o Rituxan® (rituximab) como terapia de manutenção no tratamento de doentes com linfoma folicular avançado, naqueles que responderam ao tratamento inicial com quimioterapia e Rituxan®. A aprovação surge após uma decisão similar nesta indicação na Europa, em Outubro passado, avança o site FirstWord.

A última aprovação foi baseada nos dados de fase final do ensaio PRIMA, aleatorizado, com 1018 pacientes com linfoma folicular avançado que responderam ao tratamento inicial com o Rituxan®, em combinação com quimioterapia, e receberam o Rituxan®, uma vez a cada dois meses durante dois anos, ou interromperam o tratamento.

Os dados mostraram que a terapêutica posterior com o fármaco quase que duplicou a probabilidade de sobrevida livre de progressão, em comparação com os doentes no grupo de observação.

POP, 2 FEVEREIRO 2011

### Leucemia: fármaco da Antisoma falha em ensaio

A Antisoma disse, na semana passada, que o fármaco AS1413 para o tratamento da leucemia aguda não atingiu o objectivo primário num ensaio de fase final. A companhia também vai interromper o desenvolvimento de outro medicamento oncológico, o que representa um golpe para as perspectivas do grupo britânico de biotecnologia, avança a agência Reuters.

O CEO Glyn Edwards disse que o fracasso do único fármaco da companhia em fase final foi “extremamente decepcionante para os pacientes, investigadores, investidores e funcionários”.

A Antisoma esperava que o AS1413 fosse eficaz no tratamento de doentes que tinham um ní-

vel elevado de resistência a outros medicamentos.

A farmacêutica francesa sanofi-aventis também informou um revés com o iniparib, um medicamento contra o cancro da mama avançado, enquanto que a AstraZeneca disse, em Setembro, que o fármaco para o cancro da próstata zibotentan falhou o objectivo dos testes, não melhorando a sobrevivência dos pacientes.

O fármaco chave da Antisoma para o tratamento do cancro do pulmão fracassou, em Março, provocando uma queda de 75% nas suas acções, da qual a companhia nunca recuperou. A empresa disse ainda que vai interromper mais cedo os ensaios de fase II com outro medicamento para a leucemia, o AS1411, após dados recentes não mostrarem benefício terapêutico. “Agora, vamos ficar menores e focar na maximização do valor dos nossos outros programas”, explicou o CEO.

A Antisoma vai cortar imediatamente nos gastos para preservar o seu dinheiro, que se situou nos 23,4 milhões de libras (37,2 milhões dólares), no final de 2010.

POP, 7 FEVEREIRO 2011

## SARCOMAS

Conhecida morfologia das células que dão origem ao sarcoma

Uma investigação do Oregon Health & Science University Hospital Doernbecher infantil identificou a célula que dá origem ao desenvolvimento do sarcoma.

Os investigadores responsáveis acreditam que este tumor é semelhante em adultos e nas crianças, em termos de biologia e mutações e nas células que lhe dão origem, avança a Fundação Rui Osório de Castro, associação de apoio às crianças com cancro e seus familiares. O estudo, publicado na revista *Cancer Cell*,

descreve que a descoberta da célula que está na origem do sarcoma, tumor que afecta geralmente os músculos da criança, pode ter resultados práticos nos tratamentos futuros, possibilitando o desenvolvimento de terapêuticas que não recorram a terapia e que actuem directamente sobre certos alvos moleculares, bloqueando directamente os factores de crescimento do tumor e impedindo a sua progressão.

As crianças que são afectadas por este tipo de cancro têm uma taxa de sobrevivência relativamente reduzida, embora seja superior à dos adultos. A descoberta anunciada revela-se importante, uma vez que, pela primeira vez, foi possível identificar o tipo de células que dão origem a este tumor e conhecer a sua morfologia.

**Terapias-alvo** – O principal investigador do estudo, Charles Keller, sublinha que as novas terapias-alvo podem beneficiar certos subgrupos de doentes, sobretudo os que são afectados com tumores de origem hereditária. O especialista lembra que uma das abordagens possíveis poderia passar por administrar medicamentos directamente nos tumores localizados nos músculos, promovendo o crescimento de fibras musculares saudáveis.

Keller explica que a taxa de sobrevivência para este tipo de tumor nas crianças não sofreu melhorias nas últimas quatro décadas e que as terapias usadas frequentemente no tratamento, como a radioterapia, quimioterapia ou cirurgia, já não surtem os efeitos desejados.

**Ensaio clínico** – A próxima abordagem passa por realizar um ensaio clínico nacional de um inibidor do factor de crescimento dos sarcomas em crianças. A investigação será levada a cabo através do Programa de Desenvolvimento de Oncologia Terapêutica do Hospital OHSU Doernbecher infantil e financiada pelo

CureSearch para o cancro infantil, uma rede nacional de hospitais, médicos e cientistas que desenvolvem novos tratamentos nesta área. Este tipo de terapia adaptada, que actua directamente sobre o tumor, foi utilizado pela primeira vez em 2009 para tratar a leucemia miélóide crónica por Brian J. Druker, director do Knight OHSU Cancer Institute. A terapêutica possibilitou o crescimento de células saudáveis, tornando esta doença terminal num tipo de patologia crónica tratável.

POP, 23 FEVEREIRO 2011

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

## 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®

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 nº 17248. Capital social €1.600.000,00. N.º de contribuinte 507 150 473

**HEL SINN**

Dispositivo Médico

de ensaios clínicos para o tratamento de doentes com leucemia mielóide crónica resistente ou intolerante.

POP, 18 MARÇO 2011

## CANCRO 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.

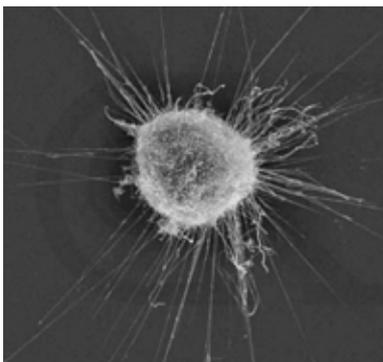
Os participantes do ensaio têm cancro da mama que já começou a disseminar para outras partes do corpo.

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

Gene faz com que células do cancro da mama se autodestruam

A entrega de um gene directamente às células do cancro da mama faz com que essas células se autodestruam. A descoberta é de investigadores da Universidade Queen's, no



Reino Unido, que utilizaram um sistema de transporte de genes minúsculos, escreve o portal Isaúde.

Através da tecnologia Vector de Designer Biomimético (DBV), a cientista Helen McCarthy embalou um gene numa nanopartícula 400 vezes menor do que a largura de um cabelo humano, permitindo que fosse entregue directamente às células do cancro da mama em laboratório. O gene iNOS dirige-se especificamente às células do cancro da mama, utilizando a DBV e forçando as células a produzir o óxido nítrico venenoso, que mata as células definitivamente, ou torna-as mais vulneráveis para serem destruídas pela quimioterapia e radioterapia.

Como esta abordagem deixa as células normais da mama saudáveis, os investigadores acreditam que resolveria muitos dos efeitos adversos dos tratamentos actuais.

Segundo os especialistas, é necessária mais investigação, que pode ser testada em pacientes em menos de cinco anos. A etapa seguinte é transformar as nanopartículas num pó seco que poderia ser facilmente transportado e reconstituído antes de ser dado aos doentes.

**Combinação bem sucedida** – “Um grande obstáculo à utilização da terapia génica no passado era a falta de um sistema de entrega eficiente. A combinação do Vector de Designer Biomimético com o gene iNOS tem sido bem sucedida em destruir

as células de cancro da mama no laboratório. A longo prazo, vejo-a a ser usada para tratar pessoas com cancro da mama metastático que se espalhou para os ossos, idealmente administrada antes da radioterapia e quimioterapia”, afirmou McCarthy.

“A terapia génica poderia ser uma via interessante para o tratamento do cancro da mama. Embora em fase inicial, a investigação em laboratório de McCarthy mostra que este sistema de entrega de genes tóxicos às células tumorais é uma grande promessa e estamos ansiosos para ver como é traduzido em pacientes”, observou a cientista Lisa Wilde.

POP, 10 MARÇO 2011

Fármaco aumenta sobrevida no cancro da mama avançado

O novo medicamento quimioterápico eribulin, da Eisai, aumenta a sobrevida de pacientes com cancro da mama metastático que receberam tratamento intensivo, de acordo com um novo estudo, citado pelo site HealthDay.

Os cientistas descobriram que entre as doentes cujo cancro disseminou, aquelas que tomaram o fármaco viveram uma média de 2,5 meses a mais do que aquelas que receberam um tratamento escolhido pelo médico – 13,1 meses versus 10,6 meses.

O ensaio EMBRACE incluiu 508 mulheres que receberam o eribulin e 254 que receberam um tratamento escolhido pelo médico: um agente único de quimioterapia, tratamento hormonal ou biológico aprovado para o tratamento do cancro, radioterapia, ou apenas tratamento sintomático.

Os efeitos secundários mais comuns em ambos os grupos foram fadiga e depleção de glóbulos brancos. Dormência e dores decorrentes de lesões nos nervos foram os eventos adversos mais comuns associados ao eribulin, que levaram as mulheres a abandonar o estudo (24, ou 5%).

Javier Cortes, do Vall d'Hebron University Hospital e do Vall d'Hebron Institute of Oncology, em Barcelona, Espanha, e colegas publicaram os resultados no jornal *The Lancet*.

**Potencial novo tratamento** – “Este estudo global de fase 3 estabelece um potencial novo tratamento padrão para as mulheres com cancro da mama metastático pré-tratadas intensivamente, para as quais não havia anteriormente tratamento quimioterápico com benefício de sobrevivência provado”, disseram os autores. Num editorial relacionado, Nancy U. Lin e Harold J. Burstein, do Dana-Farber Cancer Institute e da Harvard Medical School, em Boston, escreveram: “O EMBRACE traz evidências de alto nível para o uso da quimioterapia em doentes com cancro da mama pré-tratadas intensivamente”. Comentando o estudo, Stephanie Bernik, directora de oncologia cirúrgica no Hospital Lenox Hill em Nova Iorque, afirmou: “As descobertas deste estudo são animadoras porque vão impulsionar um uso mais amplo do eribulin. Este fármaco mostra-se promissor, e deve certamente ser incluído em ensaios adicionais para estabelecer o seu benefício completamente”.

“Seria interessante ver se o medicamento oferece o mesmo benefício em mulheres que não tenham sido tratadas com múltiplos fármacos antes da exposição ao eribulin”, acrescentou.

POP, 11 MARÇO 2011

### NICE rejeita Avastin® da Roche para o cancro da mama metastático

O NICE (Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica) emitiu orientações finais na quarta-feira que não recomendam o uso do Avastin® (bevacizumabe), da Roche, em com-

binção com quimioterapia, como tratamento de primeira linha para pacientes com cancro da mama metastático, noticia o site FirstWord.

Andrew Dillon, director-executivo da agência, observou que “as evidências da eficácia do Avastin® para aumentar a sobrevida não foram sólidas e, no geral, não apresentaram um benefício suficiente para ser considerado uma utilização eficaz dos recursos do NHS (Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido)”. O NICE emitiu uma decisão semelhante em Dezembro do ano passado, e revelou que depois de continuar a revisão dos dados clínicos, “devido às incertezas das evidências, a comissão não pôde concluir se o Avastin® poderia estender a vida de um paciente, e por quanto tempo”.

**“Retarda o crescimento do cancro”** – No entanto, a entidade reguladora reconheceu que, quando usado em conjunto com quimioterapia, o fármaco da Roche “pode retardar o crescimento e a propagação do cancro em cerca de mais cinco meses” do que a quimioterapia isolada.

Dillon comentou que o NICE recomenda actualmente “uma gama de opções de tratamento para pacientes com cancro da mama metastático”, e que a agência não encontrou nenhuma evidência de que o Avastin® possa oferecer uma melhor qualidade de vida do que os tratamentos existentes. A Roche afirmou que estava desapontada com a decisão, acrescentando que o Avastin®, em combinação com quimioterapia, “é uma opção de tratamento valiosa, uma vez que interrompe o crescimento dos tumores, em média, durante 5,5 meses extras”. No ano passado, os reguladores da UE recomendaram o uso do Avastin® no cancro da mama metastático apenas quando administrado com o paclitaxel, e a FDA votou para retirar a licença do fármaco no cancro da

mama, devido a preocupações em termos de eficácia. Além disso, o NICE rejeitou o uso do Avastin® no cancro colo-rectal metastático.

Estas medidas levaram a Roche a reduzir, no início deste mês, o pico potencial de vendas do Avastin®, em cerca de 7,5 mil milhões de dólares, a partir de uma estimativa anterior de até 9,6 mil milhões de dólares.

POP, 20 MARÇO 2011

### Cientistas descobrem mecanismo-chave da metastização do cancro da mama

Em 70 a 80% dos casos de cancro da mama avançado, as células malignas espalham-se e formam tumores nos ossos. Agora, cientistas da Universidade de Princeton, nos EUA, acabam de descobrir um mecanismo envolvido na metastização óssea, que poderá abrir caminho a novas formas de bloquear este processo, noticia o Público.

Yibin Kang e colegas — uma das equipas norte-americanas que fazem parte do programa de investigação do cancro da Fundação Champalimaud — anunciam online na revista *Cancer Cell* (o artigo será publicado na edição de Fevereiro em papel) que descobriram que uma proteína das células tumorais, chamada Jagged1, dá às células ósseas “instruções” para se autodestruírem, impedindo a normal regeneração do tecido ósseo. A metastização óssea também é frequente nos doentes com cancros avançados da próstata, do pulmão e da pele. “Não temos muitos tratamentos para oferecer às doentes [com cancro da mama]”, diz Kang, em comunicado. “Os médicos conseguem aliviar os sintomas destes cancros ósseos, mas pouco mais. Os nossos resultados sugerem que poderá haver novas formas de tratamento” que permitam parar, ou pelo menos abrandar, o crescimento dos

tumores ósseos, “neutralizando o poder destrutivo de Jagged1”, salienta o cientista.

## OUTROS TUMORES

**Inibição de proteína pode levar a nova terapia contra cancro da cabeça e pescoço**

A inibição de uma proteína específica do cancro da boca pode levar a novos tratamentos para doentes que sofrem de cancro da cabeça e pescoço. A descoberta é de investigadores da Universidade de Michigan, nos EUA, avança o site ISaúde.

Resultados de testes em laboratório mostram que quando a expressão da proteína SIRT3, ou Sirtuin-3, é inibida em células de cancro da boca, a proliferação das mesmas é interrompida e elas morrem. Além disso, quando os investigadores suprimiram a proteína nas células cancerígenas e combinaram isso com o tratamento com radioterapia ou quimioterapia, o efeito sobre as células cancerígenas foi ainda maior. Os ratos que foram injectados com o inibidor de cancro da boca apresentaram redução de 75% nos tumores comparados aos ratos normais injectados com células de cancro da boca normal.

A equipa de investigação começou então a olhar para o grupo Sirtuin de proteínas, já que alguns estudos sugerem que elas são reguladoras-chave da integridade e da sobrevivência celular. “Pensamos que talvez as células do cancro, porque são muito espertas, também pudessem usar a capacidade dessas proteínas para aumentar a sua própria sobrevivência”, afirmou a líder do estudo, Yvonne Kapila. “Com o cancro bucal, muitas vezes, o problema é a dificuldade de detecção precoce, assim, quando diagnosticado numa fase tardia, o cancro torna-se muito

agressivo. Se alguém puder encontrar uma maneira de desenvolver tratamentos adaptados a essas situações agressivas, obviamente, há uma possibilidade muito maior de sobrevivência.”

A investigadora acrescentou que as taxas de sobrevivência de cancro bucal não mudaram nas últimas décadas, por isso há um grande desejo da comunidade científica para encontrar tratamentos mais eficazes.

Algumas pesquisas mostraram que as proteínas SIRT1 e SIRT3 podem suprimir, ao invés de apoiar, o crescimento do tumor, por isso é importante lembrar que cada caso é diferente. “Se as pessoas acham que no cancro da mama elas são supressoras e tratamos pacientes com uma supressão adicional de SIRT3, podemos fazer mais mal do que bem”, afirmou Kapila.

A investigadora salientou que os resultados são muito preliminares. “Estamos longe de ter qualquer tipo de tratamento neste momento”, afirmou. O próximo passo dos investigadores será olhar para SIRT3 em animais maiores e, em seguida, proceder a testes com humanos.

POP, 21 MARÇO 2011

**Novo tratamento contra tumores cerebrais em crianças testado por investigador português**



Uma equipa internacional deverá iniciar, já este ano, a realização de testes clínicos para avaliar a eficácia de um novo tratamento contra tumores cerebrais em crianças, revelou à agência Lusa o investigador português Pedro Castelo-Branco, que integra o grupo de trabalho o Centro de Pesquisa de Tumores Cerebrais

Arthur e Sonia Labatt, do Hospital “Sick Kids”, no Canadá.

O tratamento consiste na utilização de inibidores de telomerase que têm a capacidade de impedir que as células cancerígenas se possam multiplicar, segundo o artigo publicado em Janeiro na revista “Clinical Cancer Research” da Associação Americana de Investigação do Cancro. Recentemente, o mesmo grupo de investigação descobriu que as células estaminais normais, responsáveis pelo desenvolvimento infantil saudável, não necessitam da enzima telomerase para sobreviverem e que esta enzima se encontra nas células iniciais de tumores cancerígenos.

Pedro Castelo-Branco explicou que o tratamento, que deverá ser aplicado já este ano em crianças com cancro, é específico “na erradicação de células tumorais sem afectar o desenvolvimento normal infantil”. O investigador lembra que “os tumores pediátricos neuronais - tumores cerebrais e neuroblastomas - são a maior causa de morbilidade e mortalidade em cancro infantil”. A agressividade deste tumor deve-se à sua capacidade de reincidir “após o tratamento com radioterapias, quimioterapias e cirurgia”.

A terapia incide principalmente no tratamento de tumores cancerígenos infantis, mas tem também um potencial de aplicação em tumores neuronais nos adultos, assegura ainda o cientista.

POP, 22 MARÇO 2011

**FDA aprova fármaco contra a dor oncológica**

A ProStrakan Group recebeu a aprovação norte-americana - com restrições - do fármaco contra a dor oncológica Abstral®, após sucessivos adiamentos devido a preocupações de segurança, avança a agência Reuters.

O fármaco, uma forma do opióide fentanil, apenas estará disponível através de médicos, farmácias e distribuidores registados no âmbito de um plano especial de gestão de risco, afirmou a FDA (Food and Drug Administration), na sexta-feira. O Abstral® visa tratar a dor súbita em pacientes com cancro que já tomam analgésicos de forma contínua, mas que necessitam de doses mais elevadas de um analgésico opióide por um período breve.

Os atrasos na sua aprovação abalaram a companhia nos últimos meses, o que ajudou a levar à demissão do seu director executivo, em Setembro, e que prejudicou as acções da farmacêutica britânica.

Os medicamentos opióides são frequentemente alvo de maior controlo e preocupações por causa do alto potencial de abuso. Os efeitos adversos do Abstral® incluem náuseas, obstipação, sonolência e dor de cabeça, disse a FDA, apesar de terem sido observados problemas mais sérios, incluindo morte, com outros medicamentos similares que foram dados de forma incorrecta.

A ProStrakan esperava inicialmente uma decisão da FDA em Junho do ano passado, mas a agência disse duas vezes que precisava de mais tempo.

POP, 11 JANEIRO 2011

### Avastin® aumenta a sobrevida livre de progressão no cancro dos ovários recorrente

Os resultados de um estudo de fase III demonstraram que o Avastin® (bevacizumab), da Roche, utilizado em combinação com quimioterapia – seguido de terapia de manutenção com o fármaco – aumentou a sobrevida sem progressão da doença em mulheres com cancro dos ovários recorrente, em comparação com quimioterapia isolada, informou a empresa na terça-feira, citada pelo site FirstWord. O director médico da Roche, Hal Barron, disse que “o Avastin® demonstrou uma melhoria significativa na sobrevida livre de progressão do cancro do ovário em três grandes estudos de fase III”.

O estudo OCEANS aleatorizou 484 mulheres com cancro do ovário recorrente sensível à platina para receberem o Avastin®, em combinação com quimioterapia, seguido do uso continuado do Avastin® isolado, ou para receberem quimioterapia com placebo, seguido de placebo isolado. A Roche revelou que os dados completos do estudo, que atingiu o objectivo principal, serão apresentados numa reunião médica futura.

*Ensaio de fase final* – A farmacêutica observou que os resultados de

dois estudos anteriores de fase final, o GOG 0218 e o ICON7, demonstraram que o Avastin®, em combinação com quimioterapia, seguido pelo uso continuado do Avastin® isolado, aumentou o tempo de vida sem progressão da doença, em mulheres com diagnóstico recente de cancro dos ovários, comparando com apenas quimioterapia. Com base nestes dados, a empresa apresentou um pedido de regulamentação na UE, e também pretende apresentar uma candidatura nos EUA, ainda este ano.

Os analistas aplaudiram o resultado do ensaio OCEANS, apesar de Karl-Heinz Koch, da Helvea, alertar que “na ausência do benefício de sobrevida global, há ainda uma incerteza considerável, porque o benefício de sobrevivência livre de progressão observado nos estudos pode não ser suficiente para a aprovação reguladora”. No ano passado, o fármaco gerou vendas de 6,8 mil milhões de dólares, mas recentemente a companhia reduziu as estimativas de picos de vendas do produto, dos 9,4 mil milhões de dólares, para cerca de 7,3 mil milhões de dólares, citando, entre outros factores, a recomendação da FDA, no ano passado, para revogar a licença para o tratamento de pacientes com cancro da mama.

POP, 11 FEVEREIRO 2011

# Ajude a Evitar as NVIQ\* Antes que Comecem

com EMEND® como parte de uma terapêutica  
combinada

\* NVIQ = náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia

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

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

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

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

 MSD ONCOLOGIA

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

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

Linha Verde MSD  
800 20 25 20

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

Prevenção Desde o Início



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

**INDICAÇÕES TERAPEUTICAS** Tumor maligno do Estroma Gastrointestinal (GIST): O SUTENT está indicado para o tratamento de tumores malignos do estroma gastrointestinal irredutíveis 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 eritrodisestesia 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, hipostesia, epistaxis, dispnéia, cromatúria, obstipação, glossodínia, xerostomia, refluxo gastroesofágico, úlcera na boca, desconforto oral, secura cutânea, alopecia, dermatite, edema periorbital, reacção cutânea, eritema, eczema, prurido, hiperpigmentação cutânea, estolização 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 a 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, glossodínia, flatulência, dor na cavidade oral, xerostomia, síndrome da eritrodisestesia 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, hipostesia, hiperestesia, rubor, afrontamentos, dispepsia, dor faringolaríngea, tosse, disfonía, secura nasal, dispnéia de esforço, congestão nasal, efusão pleural, refluxo gastroesofágico, disfasia, queilite, hemorragia gengival, hemorroides, proctalgia, úlcera mucosa, desconforto gástrico, hemorragia rectal, eritema, dermatite estoliativa, 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. As 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 tiróide (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.



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

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