

ONCO. NEWS

Órgão e Propriedade da AEOP (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa)
Estrada Interior Circunvalação, 6637 • 4200 - 177 Porto

DIRECTOR DE PUBLICAÇÃO

M. Jorge Freitas Almeida
Oncologia Médica, IPO Porto
mjorgefreitas@sapo.pt

COORDENADOR EDITORIAL

Mónica Castro
Oncologia Médica, IPO Porto
Castrom3@sapo.pt

CONSELHO REDACTORIAL

Lurdes Carvalho
Consulta Ambulatória, IPO Porto
lurdesfc@gmail.com

Cristina Costa
Oncologia Médica, IPO Lisboa
KrystynaKosta@gmail.com

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

Ana Pinto Fonseca
Esc. Superior Enfermagem Évora
afonseca@uevora.pt

Marta Barbosa
Hemato-Oncologia, IPO Porto
malu.rb@gmail.com

Esmeralda Barreira
Unidade Pulmão, IPO Porto
merbp@clix.pt

CONSELHO EDITORIAL DESTA REVISTA

Daniela França • Raquel Maria Soares Amado
• Pedro Miguel Madaleno Cardoso • Jacinto
Marques da Costa • Sandra Ferreira Santos • Ana
Isabel Roque Martins • Rui Miguel Santos Pais
• Joana Filipa Teixeira Ferreira • Maria do Céu
Airosa Meneses • Elvira Esteves • Isabel Silva •
Lucinda Vilas Boas • Elisabete Sousa Valério

COORDENADORES WORKGROUPS

- EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE: Ana Paula Figueiredo
- DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO: Lurdes Carvalho
- DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO: M. Fátima Teixeira
- DOENTE COM CANCRO MAMA: Elisabete Valério
- DOENTE COM CANCRO PULMÃO: Susana Silva
- DOENTE COM CANCRO UROLÓGICO: José Fernando Silva

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

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.

ÍNDICE

02 CARTA EDITORIAL

Mónica Castro, Coordenadora da Revista

ARTIGOS

04 ANSIEDADE: UMA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR COM RECURSO AO TERMÓMETRO DE DISTRESS

Raquel Maria Soares Amado; Pedro Miguel Madaleno Cardoso; Jacinto Marques da Costa; Sandra Ferreira Santos; Ana Isabel Roque Martins; Rui Miguel Santos Pais; Joana Filipa Teixeira Ferreira.

12 AS DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UMA REALIDADE PARA O FUTURO EM PORTUGAL

Daniela França

16 GRUPO PSICO-EDUCATIVO: MODELO INOVADOR NO APOIO AO DOENTE COM CANCRO DA MAMA

Maria do Céu Airosa Meneses; Elvira Esteves; Isabel Silva; Lucinda Vilas Boas; Elisabete Sousa Valério

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 22 3.ª REUNIÃO NACIONAL DA AEOP • PROJECTO EDUCACIONAL EUROPEU TARGET • PRÉMIO DE EXCELÊNCIA 2010 AEOP/PFIZER • PROJECTO EDUCAR E PREVENIR • 4.º CONGRESSO PORTUGUÊS DO CANCRO DO PULMÃO • REGIONAL NURSES ADVISORY BOARD • NOVO WORKGROUP DE UROLOGIA DA AEOP

INVESTIGAÇÃO

- 26 ESTUDO CTE. CAPECITABINE TOXICITY EVALUATION
ESTUDO POSER. PORTUGUESE OBSERVATIONAL STUDY OF EMETIC RISK
PROGRAMA NACIONAL PIGART. PATIENT INFORMATION ABOUT GIST
AND RENAL CARCINOMA TREATMENT

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

28 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em www.aeop.net

INDEXANTES:



Sistema Regional de Informação
em Língua para Revistas Científicas
de América Latina, el Caribe,
Espanya y Portugal



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



A AEOP é membro efectivo
da EONS

A época em que vivemos está marcada especialmente pela aceleração que se imprimiu à renovação do conhecimento científico, pelo ímpeto de que se revestem as inovações tecnológicas, pela abertura de vias de acesso à informação e, conseqüentemente, à globalização do conhecimento. Tãmanha é a velocidade de todo este processo, que, frequentemente, nos distraímos e esgotamos pelo esforço de compreensão, necessidade de adaptação e ajuste a estas novas realidades. Muitas vezes, antes que possamos assimilar adequadamente uma inovação, temos já que substituí-la por outra, e passar à compreensão de um novo processo, que com ela também se altera. No entanto, no espírito que é característico da enfermagem e em especial a quem presta cuidados e investe o seu saber na área de oncologia, temos de uma forma engenhosa e bem articulada sabido responder a todos estes requisitos. A prova disso está uma vez mais no exemplo de sucesso que a 3ª Reunião Nacional da AEOP demonstrou ser, quer pelo seu programa, quer pela adesão dos mais de 300 congressistas. Como desfecho final desta Reunião podemos afirmar que a Oncologia cresceu. E com ela cresceram e amadureceram aqueles que se dedicam à sua prática clínica.

Queria introduzir alguma informação relativa às nossas próximas actividades: Em Outubro iremos estar em dois eventos científicos, fruto das nossas parcerias: no 4º Congresso Cancro Pulmão, em Aveiro, e no Simpósio cancro Digestivo a decorrer no final desse mês no Algarve. Relativamente ao Congresso cancro Pulmão, já temos programa que está a ser divulgado no nosso site, onde saliente o Workshop a decorrer no dia 14 Outubro sobre “Drenagem Torácica no cancro avançado do Pulmão” com o objectivo de se discutirem as Linhas de Consenso Nacionais nesta área.

Criamos mais um Workgroup, a AEOP Grupo Urologia. Estamos certos que teremos um suficiente nº de enfermeiros interessados em desenvolver actividade científica nesta área pelo que aguardamos as adesões através do nosso site. Estamos a planear uma reunião específica para todos os Workgroups, a realizar no final do mês de Novembro, num Sábado a combinar. Será mais

um espaço de discussão dos membros de cada Grupo Específicos (em nº de 8 actualmente) com o objectivo de se definirem estratégias de actividades em cada área específica.

Numa altura em que os últimos dados da Organização Mundial de Saúde e mais especificamente do Observatório Europeu do Cancro demonstram que os números não tem tendência a diminuir, nós como membros integrantes das equipas de saúde temos todo o interesse em nos manter actualizados e cooperar em estudos ou grupos de trabalho cujo objectivo é permitir maior qualidade de vida ao nosso doente oncológico.

Espero que este novo número da Onco.News também possa contribuir para este objectivo e que através do envio de novos artigos se consiga manter este crescimento. Dos três artigos aqui divulgados, saliento o do Grupo Psico-Educativo, modelo Inovador no apoio ao doente com Cancro da Mama, tendo sido reconhecido pelo **Prémio Excelência 2009 AEOP/PFIZER**, entregue durante a 3ª Reunião da AEOP. Esta iniciativa vai manter-se para 2011, ficando desde já convidado a participar neste prémio. Estes trabalhos de alguma forma contribuem para o crescimento profissional da enfermagem oncológica em Portugal, sendo também o papel da AEOP na sua promoção. Aproveito para desejar boas férias a todos os nossos colegas.



Mónica Castro
Coordenadora da Revista
(castrom3@sapo.pt)



ANSIEDADE: UMA INTERVENÇÃO MULTIDISCIPLINAR COM RECURSO AO TERMÓMETRO DE DISTRESS

Raquel Maria Soares Amado; Pedro Miguel Madaleno Cardoso; Jacinto Marques da Costa;
Sandra Ferreira Santos; Ana Isabel Roque Martins; Rui Miguel Santos Pais; Joana Filipa Teixeira Ferreira.
Serviço Cirurgia de Cabeça e Pescoço/ Urologia, IPO Coimbra

ORIENTAÇÃO: Professora Doutora Aida Cruz Mendes, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Segundo o National Comprehensive Cancer Network (NCCN), distress é um termo utilizado para designar sentimentos ou emoções que podem interferir com a capacidade que o doente tem para lidar com o cancro, com os seus sintomas físicos e tratamento. Desenvolveu-se esta investigação com dois objectivos principais: avaliar o distress nos doentes internados no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do IPO de Coimbra e identificar os factores de perturbação/problemas associados que podem contribuir para o distress sentido.

Este estudo enquadra-se no domínio da investigação quantitativa de características descritivas e exploratórias. A amostra foi constituída por 32 doentes. Os instrumentos de colheita de dados utilizados foram um questionário sócio-demográfico, o termómetro de distress e o questionário de identificação de problemas associados.

O nível de distress referido pelos doentes à chegada era maioritariamente “5” (moderado), e foi diminuindo ao longo do internamento, verificando-se uma predominância de um nível de “2” no momento de alta.

PALAVRAS-CHAVE: Distress, termómetro de distress, oncologia, cancro de cabeça e pescoço.

According to the National Comprehensive Cancer Network (NCCN), distress is used to describe feelings or emotions that can interfere with the patient's ability to deal with cancer, with their physical symptoms and treatment. This research was developed with two main objectives: to assess distress in patients admitted at the surgical department of head and neck of the IPO of Coimbra and identify stressors/problems associated with that may contribute to distress.

This study is a quantitative research with descriptive and exploratory characteristics. The sample consisted of 32 patients. The instruments used for collecting data were a socio-demographic questionnaire, the distress thermometer and the questionnaire for the identification of associated problems. The level of distress reported by patients on admission was mostly “5” (moderate), and it decreased during the time spent in the hospital to a level of “2” at the time of discharge.

KEYWORDS: Distress, distress thermometer, oncology, head and neck cancer.

Introdução

O cancro, como doença crónica e incapacitante, implica que o doente, ao longo da evolução do seu quadro clínico, e como reacção, seja confrontado com diferentes fases de adaptação a nível psicológico (Haynal et al., 1997). “O diagnóstico de cancro, imediata e prontamente, impõe a percepção de alteração no trajecto de vida do doente” (Jekel, 1999).

Ao longo do percurso de vida, a pessoa experimenta mudanças e transições. As mudanças que ocorrem no estado de saúde do indivíduo geram um processo de transição que pode realçar o bem-estar, assim como expor os indivíduos aos riscos acrescidos da doença (Meleis et al., 2000).

Perante a mudança de uma condição saudável para uma condição de doença, na qual o indivíduo se depara com alterações abruptas que provocam sentimentos de inadequação perante a nova situação, os enfermeiros são frequentemente os primeiros prestadores de cuidados ao doente e família, que se encontram num processo de transição, tendo em consideração as mudanças e as exigências que aquelas alterações provocam nas suas vidas. Por outro lado, os enfermeiros são os prestadores de cuidados que os preparam para a transição eminente e são quem facilita o processo de aprendizagem de novas competências, relacionadas com as experiências de saúde e doença (Meleis et al., 2000).

“A palavra cancro surge como algo que desencadeia as mais variadas emoções. Actualmente, o homem luta mais contra a morte no sentido em que os avanços científicos e técnicos assim o têm permitido” (Jekel, 1999).

O homem não consegue encarar o seu fim na terra. Acha sempre que a morte só acontece aos outros e o acto de encarar a sua morte só ocasionalmente acontece. Ele só toma consciência de que está ameaçado quando surge o seu confronto com uma doença que lhe pode colocar a vida em risco (Jekel, 1999).

As perturbações de ajustamento, ao cancro ou aos seus tratamentos, como humor depressivo e ansiedade, são as mais encontradas nos doentes, tornando-se ao longo do tempo geradoras de distress.

Distress no doente oncológico

Na área da oncologia, distress é um termo usado para designar sentimentos ou emoções que podem in-

terferir com a capacidade que o doente tem para lidar com o cancro, com os seus sintomas físicos e tratamento (NCCN, 2008). Distress abrange uma ampla gama de sentimentos de impotência, tristeza, medo, depressão, ansiedade e pânico, podendo esta situação afectar os seus pensamentos e comportamentos (Maden, 2006). Refere Zabora et al. (2001) que “Os sintomas depressivos atingem uma morbidade bastante elevada e, assim, revela-se crucial um acompanhamento multidisciplinar ajustado aos doentes oncológicos para que todos em conjunto estejam em alerta para todos os sinais e sintomas.”

Distress é por muitos considerado uma resposta normal, quando alguém ou um membro da família recebe um diagnóstico de cancro. Todas as pessoas a quem é diagnosticado cancro têm medos e preocupações sobre o que poderá acontecer ao seu corpo, como a família irá lidar com a doença e como vai ser o seu futuro e dos seus filhos. “As pessoas questionam frequentemente se “Eu vou morrer?” e “Por que é que isso está a acontecer comigo?” (NCCN, 2008).

Os sintomas relacionados com a doença e cirurgia irão afectar a capacidade de desenvolver as suas actividades normais, originando assim o distress. A primeira linha de defesa para lidar com o distress é ter uma equipa multidisciplinar de cuidados oncológicos com que o doente se sinta confortável. Os profissionais de saúde têm de tratar o doente como um todo e não apenas o cancro, dependendo também da colaboração do doente para expressar o que sente (Maden, 2006).

Avaliação de distress nos doentes oncológicos

Um nível de distress elevado irá levar à depressão, ao desespero, à renúncia dos cuidados, ao aumento da angústia e do sofrimento do doente e família, criando-se assim uma lacuna na qualidade global dos cuidados, levando tudo isto também a um aumento dos custos dos mesmos. A literatura diz-nos que doentes com níveis de distress mais baixos toleram melhor os tratamentos, suportando melhor os efeitos secundários dos mesmos e aceitando de forma mais positiva os prognósticos (Zabora et al., 2001).

Contudo, apesar de se questionar se o distress “*Deverá ser encarado como um sinal vital, tal como temperatura, a tensão arterial, o pulso, a respiração e a dor?*” (Potash, 2002), na prática clínica esta evidência não é perma-

nenhamente avaliada. A atenção dos enfermeiros está mais focalizada nas manifestações físicas da doença, que requerem muita disponibilidade. Por outro lado desconhece-se o impacto que o distress poderá ter na evolução e bem-estar do doente.

Assim, podemos considerar que o cuidado emocional deve ser incluído nos cuidados diários. As intervenções iniciais são também de carácter preventivo, no sentido em que os doentes e família têm a oportunidade de identificar, expressar e avançar com os processos emocionais provocados pela sua situação (Potash 2002).

Deste modo, e para conhecer de uma forma mais específica a nossa realidade, desenvolveu-se esta investigação, centrada nos seguintes objectivos:

- Avaliar o distress nos doentes internados no serviço de cirurgia de cabeça e pescoço do IPO de Coimbra;
- Identificar os factores de perturbação/problemas associados que podem contribuir para o distress sentido.

Metodologia

Este estudo enquadra-se no domínio da investigação quantitativa de características descritivas e exploratórias. Apresenta uma definição de amostras representativas do universo, aplicação de questionários estruturados ou entrevistas. Os dados recolhidos são analisados através de tratamento estatístico.

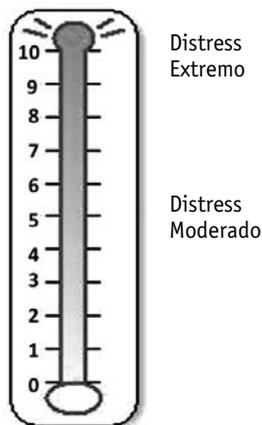
Após autorização das entidades responsáveis pela instituição, bem como a obtenção do consentimento informado dos inquiridos, foram aplicados os seguintes instrumentos:

Questionário sócio-demográfico

Questionário criado no âmbito deste estudo e aplicado no 1.º momento de avaliação, a admissão do doente. As variáveis utilizadas são: idade, sexo, acesso a meios de informação, meio em que habita, experiências anteriores de internamento.

Termómetro de distress

Escala visual analógica de 0 a 10, em que o doente assinala o nível de distress sentido, tendo em conta que serão considerados os patamares 0 “sem distress”; 5 “distress moderado” e 10 “distress elevado”. Trata-se de



um instrumento criado por Jimmie Holland, que foi utilizado pelo NCCN (2008). Após consentimento dos autores foi traduzido para português e aplicado segundo os critérios estabelecidos.

Questionário de identificação de problemas associados

Auto-teste que permite detectar as necessidades e dificuldades do doente. Esta escala analisa cinco áreas da vida quotidiana: aspectos sociais (trabalho, transportes, questões financeiras, ...), aspectos familiares (relacionamento com os filhos e parceiro), aspectos emocionais (tristeza, depressão, medo, ...), aspectos físicos (dores, náuseas, alimentação, ...) e aspectos espirituais (NCCN, 2008).

No primeiro momento do estudo (dia da admissão) foram aplicados todos os instrumentos. Nos segundos (3.º a 5.º dias pós-operatório, consoante a cirurgia) e terceiro momentos (dia da alta), foi aplicado apenas o termómetro de distress.

De uma população de 194 doentes, apenas 66 foram incluídos no estudo. Como critérios de exclusão foram considerados: período de internamento inferior a 3 dias, tipo de cirurgia proposta e alterações cognitivas dos indivíduos. Contudo, destes, apenas 32 doentes concluíram o processo de colheita de dados, constituindo assim a amostra do estudo. A dificuldade na comunicação no pós-operatório, a alta precoce e a recusa em participar nos três momentos constituíram um entrave para uma amostra mais significativa.



Uma esperança que vem de dentro

Tyverb® mais capecitabina constitui uma forma de tratar o cancro da mama avançado ou metastático ErbB2 (HER2)-positivo.¹

Tyverb 250 mg comprimidos revestidos por película. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada comprimido contém dióxido de lapatinib monohidratado, equivalente a 250 mg de lapatinib. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido revestido por película. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Tyverb, em associação com capecitabina, é indicado no tratamento de doentes com cancro da mama avançado ou metastático cujos tumores sobre-expressam o ErbB2 (HER2). As doentes devem apresentar doença progressiva após terapêutica prévia que deve incluir antioestrogénios e taxanos e terapêutica com trastuzumab, na presença de metástases. **POSOLÓGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** Os tumores que apresentam sobre-expressão do ErbB2 são definidos por IHC3+, ou IHC2+ e amplificação do gene ou amplificação do gene isolado. A amplificação do gene deve ser determinado por um método exato e validado. O lapatinib é tomado em associação com capecitabina. A dose recomendada de lapatinib é 250 mg (i.e. 5 comprimidos) uma vez por dia de forma contínua. A dose diária não deve ser dividida. Lapatinib deve ser tomado pelo menos uma hora antes, ou uma hora após a refeição. A administração de lapatinib deve ser padronizada em relação à ingestão de alimentos, por exemplo ser sempre tomado antes de uma refeição. A dose recomendada de capecitabina é 2000 mg/m²/dia tomada em 2 doses com intervalo de 12 horas nos dias 1-14 em ciclos de 21 dias. A capecitabina deve ser tomada com alimentos ou nos 30 minutos a seguir à refeição. **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 lapatinib 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. A terapêutica com lapatinib pode ser reiniciada numa dose inferior (1000 mg/dia) após um intervalo mínimo de 2 semanas e se a LVEF recuperar a normalidade e o doente estiver assintomático. **Doença pulmonar intersticial/pneumonite:** O lapatinib deve ser descontinuado nos doentes que apresentem sintomas pulmonares de grau 3 ou superior segundo NCI CTCAE. **Outras toxicidades:** Considerar descontinuação em caso de desenvolvimento de toxicidade de grau 2 ou superior (Critérios de Terminologia Comum para Acontecimentos Adversos do Instituto Nacional do Cancro (NCI CTCAE)). A terapêutica pode ser reiniciada com 1250 mg/dia quando a toxicidade voltar para grau 1 ou inferior. Se a toxicidade reaparecer, então lapatinib deve ser reiniciado numa dose ainda mais baixa (1000 mg/dia). **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. **Compromisso hepático:** O lapatinib deve ser descontinuado e não reintroduzido se as alterações à função hepática forem graves. Administrar com precaução em doentes com compromisso hepático moderado a grave devido ao aumento na exposição ao medicamento. Os dados disponíveis em doentes com compromisso hepático são limitados para permitir um ajuste de dose. **Reprodução reprodutiva:** Não recomendada. **Idosos:** A informação é limitada. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** As reacções adversas mais frequentes (>25%) durante o tratamento

com lapatinib mais capecitabina foram gastrointestinais (diarreia, náusea e vómito) ou dermatológicos (eritema, estesia palmo-plantar [EPP] e erupções cutâneas). A incidência de EPP foi semelhante em ambos os braços de tratamento de lapatinib mais capecitabina e de capecitabina em monoterapia. A diarreia foi a reacção adversa mais frequente que resultou numa descontinuação do tratamento tendo havido uma incidência semelhante em ambos os grupos de tratamento (lapatinib mais capecitabina: 5%, capecitabina: 3%). Convenção utilizada: 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 raras (< 1/10 000), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). As seguintes reacções adversas foram notificadas como associadas à terapêutica com lapatinib: **Cardiopatias:** Frequentes: Diminuição da fracção de ejeção ventricular. **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** Pouco frequentes: Doença intersticial pulmonar/pneumonite. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Diarreia, que pode levar à desidratação, Náuseas, Vómitos. **Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Erupção cutânea (incluindo dermatite acneliforme). **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Muito frequentes: Anorexia. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Muito frequentes: Fadiga. **Afecções hepatobiliares:** Frequentes: Hiperbilirrubinemia, hepatotoxicidade. As seguintes reacções adversas adicionais foram notificadas como associadas à terapêutica com lapatinib em associação com capecitabina com uma diferença de frequência superior a 5% comparativamente à capecitabina em monoterapia. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Dispepsia. **Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Pele seca. Adicionalmente, foram notificadas as seguintes reacções adversas associadas à terapêutica com lapatinib em associação com capecitabina mas numa frequência semelhante à do braço de capecitabina em monoterapia. **Doenças do sistema nervoso:** Frequentes: Cefaleias. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Estomatite, obstipação, dor abdominal. **Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Eritrodistesia palmo-plantar. **Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** Muito frequentes: Dor nos membros, dor nos costos. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Muito frequentes: Inflamação das mamas. **Perturbações do foro psiquiátrico:** Muito frequentes: Insónia. **TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Glaxo Group Limited, Berkeley Avenue, Greenford, Middlesex UB6 0NN Reino Unido. **DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO:** 10/06/2008. Informação paramenizada sobre este medicamento está disponível na internet no site da Agência Europeia de Medicamentos (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>

Referências bibliográficas:

1. Tyverb® Resumo das Características do Medicamento disponível em <http://emea.europa.eu>.

ALIMTA[®] pemetrexedo



A quimioterapia baseada na histologia

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

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

✓ Segunda linha: **ALIMTA[®]**

APRESENTAÇÕES
DISPONÍVEIS
500 mg | 100 mg

¹ RCM ALIMTA, Fevereiro 2010

FTALMO0025

INFORMAÇÕES ESSENCIAIS COMPATÍVEIS COM O RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO

ALIMTA 500 mg pó para concentrado para solução para perfusão. Frasco para injectáveis 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 injectáveis 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/m² da área da superfície corporal (ASC) e administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. A dose recomendada de cisplatina é de 75 mg/m² da ASC administrada durante duas horas, aproximadamente 30 minutos depois do final da perfusão de pemetrexedo no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Os doentes têm de receber tratamento anti-emético adequado e serem adequadamente hidratados antes e/ou depois da administração de cisplatina. Alimta como agente único: No tratamento de doentes com carcinoma do pulmão de não-pequenas células, após quimioterapia prévia, a dose recomendada de ALIMTA é de 500 mg/m² (ASC) administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Regime de pré-medicação: Deve administrar-se ácido fólico diariamente, vitamina B12 intramuscular na semana anterior à primeira dose de pemetrexedo e subsequentemente a cada 3 ciclos e dexametasona no dia anterior, no dia e no dia após a administração de Alimta. (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, dispisia, 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.

Resultados

Caracterização da amostra

A população é maioritariamente masculina, com uma média de idades de 63 anos, em que o meio habitacional predominante é o rural, sendo a televisão referida com principal meio de informação.

Como podemos constatar pela observação do quadro I, a maioria dos doentes inquiridos (62,5%) manifestou níveis moderados ou elevados de distress no 1.º momento. Verificamos que 6,25% dos doentes referiram não apresentar distress e 3,12% apresentaram como nível máximo 9. A média dos níveis de distress no momento da admissão ao serviço foi de 4,5, como se observa no gráfico I.

Quadro I – Distribuição dos doentes (%) consoante o nível de distress sentido

	1º Momento (%)	2º Momento (%)	3º Momento (%)
10	0	0	0
9	3,12	0	0
8	6,25	3,12	0
7	12,5	12,6	3,12
6	6,25	6,25	3,12
5	34,38	18,75	9,36
4	6,25	12,5	6,25
3	9,38	21,88	31,25
2	9,38	12,5	34,38
1	6,25	3,12	3,12
0	6,25	9,38	9,38

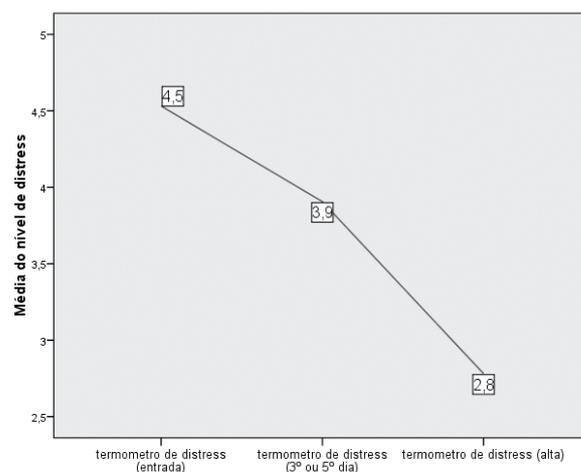
Quadro II – Medidas estatísticas relativas à distribuição dos indivíduos consoante o nível de distress sentido à entrada conforme a cirurgia proposta.

Grupo de cirurgia	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Lesões da face	4,71	2,360	1	9
Mandibulectomias/maxilectomias	3,83	2,041	0	5
Glossectomias	3,60	3,050	0	8
Esvaziamentos Cervicais	4,50	2,510	1	7
Laringectomias	5,50	1,732	3	7
Tiroidectomia total	5,00	0,0	5	5
Lesões do Lábio	5,67	3,215	2	8
TOTAL	4,53	2,328	0	9

Nos doentes propostos para realizar “Glossectomias” e “Mandibulectomias/maxilectomias” observamos, pela leitura do quadro II, que a média do nível de distress referido no 1.º momento é de 3,6 e 3,8. Nos doentes internados para serem submetidos a esvaziamentos cervicais e excisão de lesões da face a média é 4,5 e 4,7. Nos casos de tiroidectomia total, laringectomias e excisão de lesões do lábio a média é, respectivamente, 5,5, 5,5 e 5,7.

Analisando os problemas referidos pelos indivíduos como geradores ou implicados no nível de distress sentido, apresentados do Quadro III, é de referir que metade dos mesmos indica como problema associado

Gráfico I – Evolução do nível médio de distress ao longo do internamento



Quadro III – Áreas da vida quotidiana geradoras de distress

Problemas Associados	%
Questões financeiras	34,4
Trabalho/Profissão	34,4
Depressão	43,8
Receios/Medos	53,1
Cansaço	31,3
Dor	40,6
Aparência	21,9
Alimentação	18,8

os receios e medos do processo de doença e respectivos tratamentos. A depressão e a dor aparecem de seguida, com cerca de 40% dos doentes a apontarem-nas como problemas. De mencionar que cerca de um terço dos doentes aponta as questões financeiras, os problemas relacionados com o trabalho/profissão e o cansaço como uma preocupação e fonte de distress. As alterações da aparência e a alimentação são dos menos referidos, com cerca de 20%.

Na avaliação do nível de distress sentido no 2.º momento (Quadro I), mais de metade da amostra (quase 60%) apresenta níveis de distress inferiores a 5. De realçar que 9,38% dos inquiridos referem não apresentar distress e o nível máximo apontado é de 9, mantendo a mesma percentagem que na primeira avaliação. Como se observa no gráfico I, a média é de 3,9.

Na terceira e última avaliação, coincidente com o momento da alta clínica, apenas 15,6% da população apresenta níveis moderados ou elevados de distress (Quadro I). O nível máximo de distress referido foi de 7 (3,12%). Mais de dois terços dos doentes referem níveis de distress 3 ou inferior. Ainda de acordo com o gráfico I, observa-se que a média é de 2,8.

Discussão dos resultados

Verificou-se que o nível médio de distress sentido pelos doentes foi diminuindo ao longo do internamento, apesar de, normalmente, este estar associado a experiências negativas. De acordo com Long (1999) “a cirurgia é um desencadeador de stress, tanto psicológico (...) como fisiológico (...)”. Isto leva-nos a pensar que o ambiente encontrado e as intervenções realizadas foram benéficas para o doente. Este facto pode ser um bom ponto de partida para uma análise mais profunda e implementação de boas práticas.

Alguns dos doentes inquiridos referiram, no momento da admissão, distress 0 (zero). Este resultado remete-nos para a possibilidade de estes se encontrarem num processo de negação face à doença e dos próprios problemas pessoais. Como indica Jimmie Holland, referida por NCCN (2008), devemos equacionar o facto do doente culturalmente rejeitar este sentimento, uma vez que está associado a fraqueza, fragilidade, ou

ter receio de ser rotulado de “doente mental”. Torna-se necessário acompanhar estes doentes e intervir atempadamente, pelo risco de desenvolverem processos patológicos de negação da doença e dos seus problemas quotidianos.

Na primeira avaliação, um número significativo de doentes (62,5%) referiu níveis de distress moderado ou elevado. Apesar de considerarmos que existem cirurgias possivelmente geradoras de níveis superiores de distress, por serem mais “agressivas” ou “mutilantes”, verificou-se níveis elevados de distress independentemente do tipo de cirurgia proposta. Como refere Santos (2008) “mesmo que para os profissionais de saúde, algumas intervenções cirúrgicas sejam consideradas como pouco complexas, a cirurgia é sempre um processo marcante para o doente e família”. Este facto leva-nos a considerar de extrema importância a avaliação de todos os doentes, para que se possam realizar intervenções adequadas e efectivas, dando resposta às suas necessidades.

Entre os problemas associados ao distress referidos pelos doentes, as áreas mais preservadas são a familiar e a espiritual. Verificou-se que as questões relacionadas com a aparência e a alimentação não constituem motivo de preocupação inicial, contrariamente ao que seria esperado, uma vez que os tratamentos previstos são muitas vezes geradores de alterações da imagem. Os doentes apontaram com maior frequência os problemas emocionais como os implicados no nível de distress sentido (receios/medos e depressão). Estes resultados alertam-nos para as prioridades que estabelecemos nos cuidados aos doentes, uma vez que estes parecem considerar mais importantes os factores emocionais que os físicos.

Neste contexto, Nichols (2003) refere que as doenças e alterações da imagem corporal podem provocar uma variedade de reacções emocionais. Muitas destas são processos emocionais normais que são geridos ao longo do tempo. No entanto, se é nossa intenção oferecer um atendimento completo, com uma ênfase holística, então não nos podemos distanciar dos nossos doentes e deixa-los a lidar com as reacções emocionais sozinhos. O cuidado emocional deve ser visto como um investimento que ajuda na adaptação e na adesão ao tratamento, e pode até proteger a saúde em geral. Este cuidado emocional ajuda a reduzir o stress e o distress.

Considerações finais

De uma população de 194 doentes, devido a vários factores (patologia, idade, duração do internamento, etc.) apenas se conseguiu concluir o estudo em 32.

No que diz respeito ao nível de distress, verificou-se que à chegada os doentes referem maioritariamente um nível de distress de “5” (moderado), nível esse que foi diminuindo ao longo do internamento, verificando-se assim uma predominância de um nível de distress “3” na segunda avaliação e de distress “2” no momento de alta. Constatou-se também que as cirurgias em que os doentes referem um nível de distress mais elevado à entrada são as “Laringectomias”, as “Lesões da face” e as “Lesões do lábio”.

Em relação aos problemas que os doentes referiram como mais preocupantes, há a referir as questões financeiras; trabalho e profissão; sentimentos de depressão; receios e medos; sentimentos de cansaço e dor. Verificou-se também que, contrariamente às expectativas, os doentes relativizam a aparência e as questões relacionadas com a alimentação.

Apesar de os cuidados de saúde estarem cada vez mais eficientes, simultaneamente encontram-se mais distantes de muitas necessidades humanas. O termómetro de distress procura colmatar esta lacuna, pois tenta de uma forma eficaz e pouco dispendiosa identificar os problemas, necessidades e dificuldades dos doentes; e permite aos profissionais desenvolver estratégias que os possam ajudar a superar ou mesmo a aceitar os mesmos.

A título de sugestão, consideramos interessante que sejam levantadas as seguintes questões para futuras investigações:

- *Deverá o distress ser considerado o 6.º sinal vital?*
- *Qual é o impacto da intervenção de Enfermagem autónoma e estruturada na gestão dos níveis de distress dos doentes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço?*
- *Quais serão as intervenções que mais contribuem para a diminuição dos distress sentido pelos doentes submetidos a cirurgia de cabeça e pescoço?*

BIBLIOGRAFIA

- HAYNAL, A. (1997) – A European View: A Meeting of Minds: Mutuality in Psychoanalysis by Lewis Aron (Hillsdale, NJ: The Analytic Press, 1996). *Psychoanal Dial*, 7:881-884.
- JEKEL JF, ELMORE JG, KATZ DL (1999) – Introdução à medicina preventiva. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, p. 203-9.
- LONG, B. (1999) – “Enfermagem Pré-Operatória”, In: PHIPPS, W. et al. – *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*, 4ª ed., Lisboa, Lusodidacta, p. 430-458.
- MADEN, J. (2006) – The problem of Distress in Patients with Cancer: More Effective Assessment. *Clin J Oncol Nurs*, 10(5):615-9.
- MELEIS, AI, et al. (2000) – Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci*, 23(1):12-28.
- National Comprehensive Cancer Network (1999): NCCN practice guidelines for the management of psychosocial distress. *Oncology*, 13:113-147.
- POTASH M, Breitbart W. (2002) – Affective disorders in advanced cancer. *Hematology Oncology Clinic North American*, 16(3):671-700.
- ZABORA J, et al. (2001) – A new psychosocial screening instrument for use with cancer patients. *Psychosomatics*, 42(3):241-6.
- SANTOS, J. (2008). Satisfação Profissional e Saúde. In: *Psicologia da Saúde*. São Paulo: Editora Metodista, p. 21-32.

AS DIRECTIVAS ANTECIPADAS DE VONTADE: UMA REALIDADE PARA O FUTURO EM PORTUGAL

Daniela França

Mestrado em Bioética;
Onco-Hematologia, Instituto Português de Oncologia - Porto

Este documento reflecte a ligação da evolução da tecno-ciência e da obstinação terapêutica. Seguindo esta ideia, rapidamente se avança para a importância da auto-determinação do doente e da possível realidade das directivas antecipadas de vontade na forma do testamento vital e da nomeação de um representante legal em termos de cuidados de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Directivas Avançadas; Testamento Vital; Obstinação terapêutica.

This document reflects the connection of the evolution of techno-science and medical futility. Following this idea, we quickly move on to the importance of self-determination of the patient and the possible reality of advance directives will in the form of living will and appointing a legal representative in terms of health care.

KEYWORDS: Advance directives; Living Will; Medical futility.

Introdução

A evolução científica conduziu os profissionais de saúde a considerarem que não havia limites, tudo é possível para salvar uma vida. Mesmo quando o doente se encontra em fase terminal, e a evolução da doença conduz irreversivelmente para a morte, são cometidos exageros, sendo considerada esta actuação como obstinação terapêutica. Assim sendo, a obstinação terapêutica não é mais do que um acto ou actos que quando aplicados a determinado doente específico é(são) causador(es) de maior malefício em comparação com os pequenos benefícios que pode trazer. Ainda de acordo com o descrito, a morte actualmente é considerada por muitos profissionais de saúde como um erro médico e não como o decurso natural de uma doença.

Sabemos que a obstinação terapêutica é má prática médica por ir contra as *leges artis*. No entanto, é uma realidade que afecta os doentes terminais frequentemente, bem como alguns profissionais envolvidos nesta realidade. É certo que quando determinado acto for considerado pelo doente terminal como impróprio ou causador de imenso sofrimento, ao qual não se quer sujeitar, ele não dará o seu consentimento. Mas o que acontecerá no caso de um doente não ser capaz de dar o seu consentimento informado? Como supor a sua vontade, visto que todos somos diferentes e não existe um padrão a seguir... O medo, a dúvida e a angústia de muitos que pensam nesse futuro leva-nos a reflectir na solução possível.

As directivas antecipadas de vontade, já em vigor em alguns países, poderão ser uma solução para a questão anterior, sendo o “Testamento Vital”, ou “Living Will”, um bom exemplo desta prática. Este não é mais do que instruções dadas pelo doente dos tratamentos que deseja ou que recusa receber no fim

de vida, no caso de nessa altura se encontrar incapaz de tomar essa decisão. Existem duas formas de concretizar as directivas antecipadas de vontade: ou redigindo um documento com essa instrução ou através da nomeação de um procurador de cuidados de saúde.¹ Em Portugal, as directivas antecipadas de vontade ainda não se encontram em vigor, no entanto quem sabe poderão ser uma realidade num futuro próximo. A Associação Portuguesa de Bioética já redigiu um parecer referente a esta questão.

O Contexto

A sociedade actual tem evoluído de forma estrondosa, proporcionalmente com o aumento da tecnologia, e essa evolução também se faz sentir a nível dos cuidados de saúde. O que há alguns anos era impossível, actualmente é fácil, quer em termos de reanimação, como vários tipos de transplantes, entre outros sucessos inacreditáveis, que levam a que os profissionais de saúde se sintam capazes de tudo, não reconhecendo muitas vezes o limite.

Desta forma, a visão da morte e do processo de morrer também foi sujeito a alterações e *“a morte, tão presente no passado, vai se apagar e desaparecer. Torna-se vergonhosa e objecto de interdição. Há um esforço enorme em negá-la. A atitude cultural de nosso tempo tende a transformar a «morte-mistério» em «morte-problema».*² O próprio hospital da actualidade, quer em estrutura física quer em recursos humanos, vocacionou-se essencialmente para a cura. Apesar de actualmente o doente morrer fre-



quentemente no hospital, *“o profissional de saúde é preparado para aliviar o sofrimento, evitar a morte, não para conviver com ela.”*³ Neste contexto, a actuação dos enfermeiros, como profissionais que encaram frequentemente a morte, pode ser distinta, com tendência a tomar atitudes extremas: ou, por um lado, afastam-se do doente que está a

morrer, prestando cuidados de forma fria e rotineira; ou, por outro lado, envolvem-se emocionalmente de forma intensa. Estas atitudes podem até variar pela forma como o enfermeiro encara a morte, bem como pelo tipo de morte ou pela idade do doente.⁴

Assim sendo, embora actualmente seja possível controlar algumas doenças terminais por um longo período de tempo, importa saber e reconhecer quando se ultrapassa as *leges artis*, ou seja quando a actuação profissional passa a obstinação terapêutica. Esta não é mais do que *“... o emprego ou a manutenção de procedimentos diagnósticos ou terapêuticos sem que exista eficácia comprovada para evolução positiva e melhoramento das condições dos pacientes, seja em termos de sobrevivência ou de qualidade de vida.”*⁵ Esta surgiu como consequência da enorme evolução da medicina contemporânea, que, através dos sucessos frequentes, fez surgir a ideia que era sempre possível fazer mais alguma coisa pelo doente.⁶ Ela é-nos apresentada como recusa premente da morte próxima do doente em fase terminal, sendo também designada por encarniçamento terapêutico ou distanásia.⁷

As alterações ocorridas acerca do conceito da morte surgem de acordo também com o aumento do número de doentes em fase terminal, fase esta cada vez mais prolongada. Pois, com o extraordinário avançar da tecnologia cada vez mais se consegue adiar o momento da morte. Muitas doenças terminais conseguem ser controladas por um grande período de tempo, conduzindo à existência de um número cada vez maior de doentes em fase terminal prolongada. Assim sendo, e de

acordo com o princípio do respeito pela autonomia do doente, é necessário o seu consentimento informado para a realização de qualquer intervenção médica. No caso do doente se encontrar incompetente de consentir e não se conhecendo a sua vontade, o profissional de saúde actua de acordo com o princípio da beneficência e não-maleficência.

De forma a respeitar a autonomia do doente surgem as directivas antecipadas de vontade, sendo uma forma o “testamento vital”. Este é um documento que se encontra em vigor em alguns países, “já em 1976 o *California Natural Death Act* legalizou o testamento vital (*living will*) naquele Estado. (...) A Espanha, tomada novamente como exemplo, legislou nesta matéria há mais de cinco anos, com deliberações consideradas um importante marco civilizacional. Também em países com a mesma tradição cultural, a legalização das *Directivas Antecipadas de Vontade* seria um importante vector de afirmação dos direitos individuais, designadamente dos doentes terminais, reforçando o sentimento de autodeterminação e de independência face a intervenções médicas não desejadas.”⁸

A sua existência permite que o doente possa enumerar instruções sobre os procedimentos que aceita e recusa no final de vida. Em situações em que ele mesmo esteja incapaz de dar o seu consentimento, pode manifestar a sua vontade doutra forma, nomeadamente elegendo um representante legal, que defenda os seus interesses.

Qualquer pessoa capaz à data da sua assinatura, sem anomalia psíquica e que não seja menor poderá redigir o seu testamento vital com validade, especificando os cuidados de saúde que quer ou não receber.¹

No entanto, ainda existem algumas limitações na formulação deste documento que levantam preocupações aos profissionais de saúde. Estes questionam a consistência de algumas das decisões dos doentes e do seu conhecimento e preparação para as tomar.⁹ Outro caso importante de referenciar é a situação de um doente que pretende receber tratamento que na situação presente seja considerado pelos profissionais de saúde como futilidade terapêutica. Nesta situação estes devem actuar de igual forma como se o doente estivesse capaz, ou seja a autonomia do doente não se pode sobrepor à autonomia do profissional de saúde, que tem o dever de cumprir as *leges artis*.¹⁰

Uma outra questão que coloca o testamento vital é a sua actualidade. No momento da sua realização, o avanço da ciência poderia não dar respostas a situações que posteriormente passaram a ter uma resolução possível. Será que neste momento actual o doente tomaria aquela mesma decisão? Como afirma João Loureiro, “... se resultarem dúvidas deve decidir-se pela vida (*in dubio pró vita*)”¹¹

De forma a minimizar o problema da actualidade do testamento vital, Rui Nunes afirma que “... a criação on line de um Registo Nacional de Directivas Antecipadas de Vontade permitiria que só documentos recentes, com um período de validade predefinido, fossem considerados válidos. Mais ainda, a existência deste registo permite também que o consentimento seja livremente revogado até à prática do acto concreto, na medida em que, enquanto existir competência, o doente pode revogar a orientação expressa no testamento vital”⁸

A nomeação de um representante legal pode trazer benefícios, pois o doente decide quem é a pessoa ideal para defender os seus interesses em termos de saúde, visto que o profissional de saúde por vezes tem pouco contacto com a família aquando das tomadas de decisão. Ao eleger um representante legal o doente está a possibilitar a continuação do respeito pela sua auto-determinação, pelo que o representante deve decidir pelos desejos do doente e não pelos seus próprios. No entanto, também existem algumas dificuldades que é necessário realçar. Uma delas é o representante legal poder não conseguir o distanciamento necessário para tomar a decisão que vá de encontro aos desejos do doente e influenciar as suas decisões, pelo seu relacionamento com o mesmo. O outro é o desconhecimento da vontade do doente perante algumas situações, bem como a possibilidade de na altura o avanço da tecno-ciência possibilitar tratamento anteriormente não disponível. Como afirmam Helena Melo e Rui Nunes: “*Afigura-se-nos no entanto essencial que o conteúdo da procuração seja preciso, claro e inequívoco, delimitando com exactidão os poderes que competem ao procurador e a cujo exercício corresponderá a produção de efeitos jurídicos na esfera do paciente*”¹

Quanto à nomeação de um representante legal em termos de saúde existem correntes opostas, pois há quem defenda que a decisão quanto à própria vida e

ao seu corpo não pode ser colocada ao dispor de uma outra pessoa, mesmo que nomeada pelo doente.¹

Todas estas questões que se levantam em ambos os casos (testamento vital ou nomeação de um representante legal) devem ser ponderados caso a caso, com o interesse do doente como decisão final.

Conclusão

A extraordinária evolução da tecno-ciência conduziu à ideia que tudo era possível em termos de saúde e definir o limite entre cuidados adequados ao doente obstinação terapêutica nem sempre é fácil para o profissionais de saúde que encaram a morte como um erro da medicina e não como algo tão natural como nascer. No decorrer desta realidade e rumo à negação da obstinação terapêutica, o respeito pela auto-determinação do doente é cada vez mais valorizado.

Estas são questões que os profissionais de saúde do nosso país, ainda muito centrados no paternalismo, podem ter dificuldade em encara, bem como a população, que na sua maioria ainda tem pouca formação em termos de saúde. No entanto, com a evolução da nossa sociedade plural esta é uma realidade que ganha terreno.

Conclui-se que perante a crescente valorização do direito à autodeterminação de cada pessoa em termos de saúde, as directivas antecipadas de vontade, em ambas as formas (testamento vital ou nomeação de representante legal) serão uma realidade de um futuro próximo.

BIBLIOGRAFIA

- Melo H, Nunes R. Directivas Antecipadas de Vontade. (Parecer N.º P/05/APB/06). Serviço de Bioética e Ética Médica da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Associação Portuguesa de Bioética. Porto; 2006: 1-25.
- Pessini L, Barchifontaine C. Problemas Actuais de Bioética. 6ª ed. rev. e ampliada. Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola. Agosto; 2002: 246.
- Moreno A. Ética em Medicina. Lisboa: Medilivro; 2004: 253.
- Pacheco S. A Morte no Ciclo Vital: Perspectiva da Enfermagem. Ordem dos Enfermeiros. Janeiro; 2006 - n.º 20: 32.
- Urban CA, Bardoe SAW, Silva IM. Ordens de Não-Reanimação. In: Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003: 524.
- Pacheco S. Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética. 2.ª ed. Loures: Lusociência; 2004: 66.
- Abizanda C. Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET): No Instauración o Retirada de Medidas de Soporte. In: Decisiones Terapéuticas al Final de la Vida, Colección Medicina Crítica Práctica. Barcelona: (Editor: Cabré Pericas) EdikaMed, 2003.
- Nunes R. Proposta sobre suspensão e abstenção de tratamento em doentes terminais. Revista Bioética 2009; 17(1): 29-39.
- Masunda Y, Fetters M D, Hattori A, Mogi N, Naito M, Iguchi A, Uemura K. Physicians' reports on the impact of living wills at the end of life in Japan. Journal of Medical Ethics 2003; 29: 248-252.
- Gavicagoeasca M.I. Futilidade Terapêutica. In: Bioética Clínica. Rio de Janeiro: Revinter, 2003: 518.
- Loureiro J. Metáfora do Vegetal ou Metáfora do Povoal? – Considerações Jurídicas em torno do Estado Vegetativo Crónico. Cadernos de Bioética. Coimbra: Edição do Centro de Estudos de Bioética; Dezembro de 1994 - n.º 8: 42.

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

INDEXANTES:

latindex

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

EBSCO
PUBLISHING

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

A SUA REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

ENVIE OS SEUS ARTIGOS PARA SECRETARIADO@AEOP.NET

GRUPO PSICO-EDUCATIVO: MODELO INOVADOR NO APOIO AO DOENTE COM CANCRO DA MAMA

Maria do Céu Airosa Meneses*; Elvira Esteves*; Isabel Silva*; Lucinda Vilas Boas*; Elisabete Sousa Valério**

* Enfermeiras, Clínica Mama IPO-Porto

** Responsável Clínica Mama IPO-Porto; Mestrado em Oncologia

Num modelo assistencial de cuidados de enfermagem de excelência, temos o dever de nos preocuparmos com a doença e o seu tratamento, mas também com os cuidados à pessoa doente. A relação terapêutica, no domínio da autonomia e responsabilidade da pessoa doente, gera um clima de confiança e confidencialidade. Os grupos psico-educativos emergem deste clima, baseados na Educação/Informação das doentes com cancro de mama propostas para tratamentos cirúrgicos. Sentimo-nos agentes de mudança para estas mulheres, usando esta técnica centrada na resolução de problemas.

PALAVRAS-CHAVE: Grupos psico-educativos, Educação/Informação, Mudança.

During the assistential nursing care model we must not only worry about the disease but also with the cares of the patients.

The autonomy and responsibility of the therapeutical relationship creates an environment of trust and confidentiality for the patient. Psycho-educated groups started from this environment based on Education/Information of the patients with breast cancer which were proposed for this surgical treatment.

We believe we are crucial for the changes of cares on these patients.

KEYWORDS: *Psycho-educated groups, education/information, change.*

Introdução

O cancro de mama constitui uma importante causa de morbilidade na mulher, em alguns grupos etários, provocando alterações físicas, psicológicas e sociais.

A pessoa, ser social, com comportamentos baseados nos seus valores e crenças e com desejos de natureza individual, tem que ser cuidada como ser único e com dignidade própria.

O exercício profissional de Enfermagem centra-se na relação interpessoal entre o Enfermeiro e a pessoa doente que necessita dos seus cuidados.

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o doente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel.

Numa procura permanente de cuidados de excelência temos que manter o respeito pelas capacidades, crenças e valores da pessoa doente, sustentar uma relação de empatia, estabelecendo parcerias no planeamento do processo de cuidar. Tendo como foco de atenção a mulher com cancro de mama, o Enfermeiro deve em-



gelclair®

Alívio da Mucosite Oral

GEL-070-021-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!

HELSINN

 **MEDICAMENTA**

LUSOMEDICAMENTA - SOCIEDADE TÉCNICA FARMACÊUTICA, S.A.
Estrada Consiglieri Pedroso, 69 B | QUELUZ DE BAIXO | 2730-055, Barcarena
Sociedade anónima. Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Cascais
sob o n.º 17248. Capital social €1.600.000,00. N.º de contribuinte 507 150 473

Dispositivo Médico

penhar-se de modo a minimizar o impacto negativo da doença e dos tratamentos inerentes.

Está comprovado que “... os cuidados ao doente melhoraram e os custos de prestação de saúde sofrem uma redução quando tais cuidados são prestados por profissionais de enfermagem...” (Sikura, 2005).

Num modelo assistencial de cuidados, a qualidade destes depende não só da competência técnica dos enfermeiros, mas também implicam uma componente de humanização em todas as fases do tratamento. Assim, os cuidados de enfermagem devem ter um carácter global, direccionados a cada pessoa como ser único, procurando que os tratamentos à doença não substituam os cuidados à pessoa doente. Para isso contribui a decisão de Enfermagem em não fazer dos tratamentos uma simples execução de tarefas, mas situá-las na complementaridade de cuidados indispensáveis para o bem-estar do doente.

Na Clínica de Mama do IPO-Porto, visando o bem-estar das doentes com cancro de mama propostas para tratamento cirúrgico, os enfermeiros e psicóloga decidiram iniciar uma intervenção multidisciplinar psico-educativa. Esta iniciativa surge da necessidade de ajudar as doentes a enfrentarem as dificuldades emocionais, sociais e físicas que a doença impõe com o tratamento cirúrgico. Iniciámos a organização do grupo psico-educativo com reuniões parcelares com as 5 enfermeiras da clínica e com a psicóloga, onde cada um dos elementos foi referindo os aspectos importantes a abordar. Isto implicou igualmente um trabalho exaustivo de pesquisa, sendo que o trabalho final passou para suporte audiovisual.

A sua apresentação é feita por uma enfermeira (rotativamente) e pela psicóloga do serviço. É iniciada a apresentação pela enfermeira, onde são explicitados os objectivos em comum do grupo, as opções de trata-



mento e os tipos de cirurgia. É reforçada a técnica de pesquisa de gânglio sentinela com injeção de radioisótopo na área peri-tumoral, assim como a colocação do “arpão”. São ainda esclarecidas sobre o essencial a levar para o internamento programado para a cirurgia, horários de visitas e acolhimento aos referidos serviços.

Os cuidados antes da cirurgia são reforçados, fazendo a apresentação de algumas imagens do internamento e bloco operatório. O após cirurgia, problema causador de algum grau de ansiedade, também é abordado, assim como alguns si-

nais de alerta no pós-operatório e a duração prevista do internamento.

A situação de alta clínica, que para a grande maioria destas doentes causa uma situação de dependência, é desmitificada, pois as enfermeiras da Clínica de Mama estão disponíveis para o seu atendimento. A psicóloga faz uma intervenção final onde refere os medos da cirurgia, as reacções psicológicas no pré e pós-operatório, as respostas ao stress em termos cognitivos, comportamentais e de relacionamento com os outros. São igualmente ensinados alguns exercícios de relaxamento que as doentes devem utilizar em situações de grande ansiedade.

Este projecto foi aplicado desde Outubro de 2009 a Abril de 2010. A inscrição das doentes para participarem nesta actividade foi de carácter voluntário. Os grupos psico-educativos foram realizados quinzenalmente na Clínica de Mama, num espaço nobre, isento de ruídos e de outros doentes extra-grupo. Cada grupo teve a participação máxima de 10 doentes e na globalidade deste projecto participaram 63 doentes.

Fundamentação

Consideramos que a comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de Enfermagem, visando uma melhor assistência ao doente, diminuindo a

ansiedade e o stress decorrentes do processo de doença/tratamento.

Saraiva (1999) afirma que o processo comunicativo é a forma de estabelecer a relação de ajuda à pessoa doente. Assim, ao cuidarmos de alguém, utilizamos os nossos sentidos para desenvolver uma visão global no processo de cuidar, observando sistematicamente o ambiente e o doente com o intuito de promover a melhor e mais segura assistência.

O avanço científico e tecnológico em Enfermagem conduziu à necessidade de informação clara e objectiva baseada não apenas em ensaios clínicos mas também nas meta-análises efectuadas por grupos especializados.

É importante prestigiar os cuidados de Enfermagem através do investimento na sua qualidade, recorrendo a novas tecnologias de informação/educação.

O Enfermeiro pode assumir um papel de relevância, quando assume a tarefa de educação do doente e de cuidador através da implementação de estratégias pedagógicas junto de grupo de doentes, optimizando os recursos humanos disponíveis.

Contudo, a dignificação dos enfermeiros não depende só da implementação efectiva de incentivos à produtividade, mas também de um contexto psico-motivacional em que o profissional se sente remunerado por factores não materiais.

O incentivo ao desempenho da profissão de Enfermagem é feito através de líderes convictos dos benefícios destas estratégias, que reforcem os factores emocionais e psicológicos com activos infrangíveis, com o brio e a satisfação profissional.

Assim, os enfermeiros desempenham as suas tarefas com o objectivo último de “servir” a sociedade, trabalhando em troca de algo subjectivamente valioso e que transcende a realidade humanitária.

Neste contexto, visto por alguns com alguma subjectividade, surgiram os grupos psico-educativos para as doentes com propostas cirúrgicas para doença maligna da mama.

Sentimo-nos “agentes responsáveis” que executam as suas funções não só de acordo com as leis da arte – princípio da competência – mas também com a transparência necessária e exigível numa sociedade justa.

Neste processo, a participação voluntária das doentes deu-lhes alguma responsabilidade.

A expressão “accountability” refere-se ao consentimento e envolvimento daqueles que são utilizadores dos cuidados de saúde.

Este conceito de “accountability” encontra-se estritamente relacionado com outros paradigmas de uma nova cultura de cuidados de saúde: a autonomia e a responsabilidade. Por isso, enquanto instrumento de justiça processual, corresponde na sua essência ao exercício pleno da responsabilidade das doentes e elas confirmam-no com as expressões seguintes:

...gostei muito, a informação foi precisa, diminui os meus medos e ansiedade.

...foi positivo, a informação de acordo com a situação clínica foi esclarecedora, ...bom ambiente.

...senti apoio, fiquei esclarecida, a informação foi positiva.

...fantástico, ajudou a enfrentar esta situação.

...gostei de trocar experiências.

...esclarecimento acima de tudo, ..., vim com mais confiança”.

...fiquei menos preocupada.

...consegui conversar sobre algumas dúvidas que surgiram, depois da consulta de grupo.

...fiquei espantada com o cuidado das enfermeiras e psicóloga em tentarem ajudar-me, a compreender melhor os passos da cirurgia.

...sinto-me muito grata às Enfermeiras da Clínica de Mama.

...fiquei mais confiante...

...acho que todos as doentes deviam participar.

Este instrumento de trabalho na educação das doentes propostas para cirurgia da mama permitiu-nos re-encontrar o sentido original dos cuidados. Os cuidados e os tratamentos não têm a mesma natureza, não podendo estes últimos ter um lugar predominante, ao ponto de invadirem todo o campo terapêutico. Já Collière (2001) afirmou no seu livro «Cuidar... a primeira arte de vida» que “...nenhum tratamento pode substituir-se aos cuidados. Podemos viver sem tratamentos, mas não podemos viver sem cuidados... mesmo quando se está doente...”. Esta autora faz ainda uma analogia com os jardineiros que cuidam das plantas para que elas cres-

çam e se desenvolvam, e quando estas são atingidas por uma doença, tratam-nas com produtos com o fim de a erradicar. Todavia, durante o tempo de tratamento é impossível deixar de as cuidar, redobrando a atenção e os cuidados. É neste cuidar global que temos de investir na nossa prática clínica, avaliar a nossa expectativa na satisfação manifestada pelas doentes.

Grupo Psico-Educativo: Modelo Funcional

Os objectivos gerais do grupo psico-educativo são:

- ✓ Maximizar o bem-estar e o auto-cuidado;
- ✓ Prevenir complicações físicas e emocionais;
- ✓ Contribuir para a readaptação social.

Este grupo psico-educativo é facultativo para as doentes e é constituído por doentes com cancro de mama, propostas para cirurgia. É um momento de partilha de sensações, medos e emoções e as doentes são esclarecidas sobre algumas dúvidas que possam ter surgido entre a situação de diagnóstico e a proposta cirúrgica.

As sessões são realizadas quinzenalmente na sala de reuniões da Clínica de Mama, durante 60 minutos, com o limite máximo de 10 doentes. Este grupo funciona de forma interactiva possibilitando que as doentes possam intervir e interagir com os profissionais, nos vários momentos da apresentação.

Os objectivos específicos definidos pela equipa passam por:

- ✓ Apresentar informação sobre a cirurgia proposta;
- ✓ Focar os medos e ansiedades ligados às incertezas da doença/tratamento;
- ✓ Discutir estratégias para a redução de ansiedade;
- ✓ Usar técnicas centradas na resolução de problemas.

Procedemos à avaliação posterior do funcionamento dos grupos através do contacto telefónico a todas as doentes participantes, avaliando a importâncias destes na satisfação das suas necessidades de informação.

Resultados da aplicação do Modelo

Os grupos psico-educativos realizados na Clínica de Mama contribuíram de alguma forma para que as mulheres com cancro de mama pudessem enfrentar melhor as dificuldades que a doença/tratamento lhes

impunha. Isso é visível através dos testemunhos que algumas das doentes nos transmitiram. Embora estas reuniões tivessem um carácter voluntário, a adesão foi significativa, deixando-nos com a percepção que conseguimos ajudá-las a diminuir os medos, a ansiedade e maximizar o bem-estar, o auto-cuidado e readaptação social.

Contudo, temos consciência que este trabalho requer continuidade para que outras mulheres com cancro de mama possam usufruir destes momentos de comunicação. Nos gráficos seguintes apresentamos os resultados correspondentes ao número total de doentes, onde é mostrada a sua distribuição por idades, área geográfica e cirurgias realizadas.

Gráfico 1: Distribuição por idades

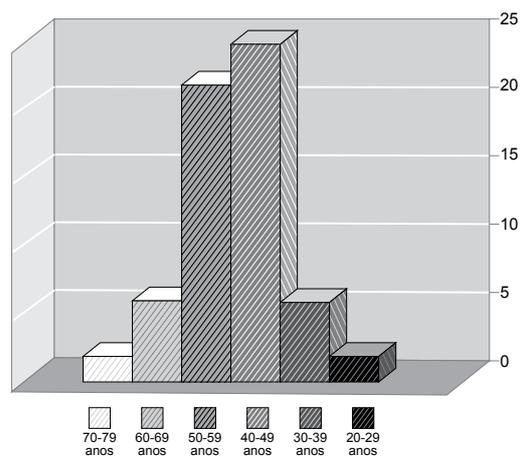
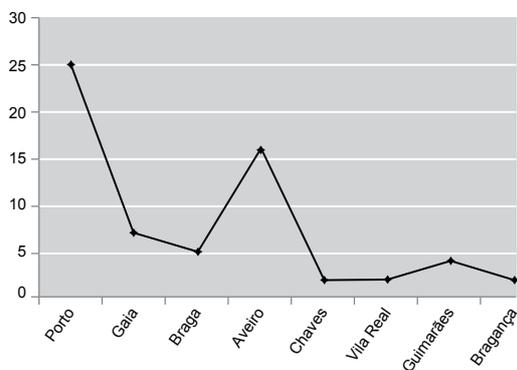


Gráfico 2: Distribuição geográfica das doentes

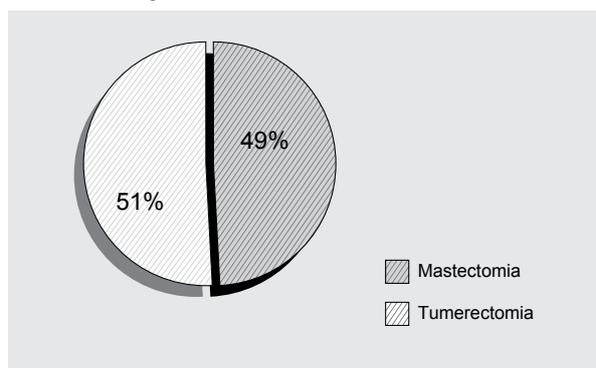


O número total de doentes que participaram no grupo psico-educativo ao longo de 6 meses foi de 63. A maioria das doentes encontrava-se numa faixa etária jovem (Gráfico 1) e demonstrava preocupação com toda a informação/educação para melhoria do seu cuidado e auto-conceito.

Na distribuição geográfica, podemos observar que a grande maioria das doentes eram da região do Porto, num total de 41%. Podemos fazer referência à melhor acessibilidade ao IPO-Porto, no entanto verificamos que algumas doentes que participaram nestes grupos vieram de áreas geográficas mais distantes como Braga, Aveiro, Chaves, Vila Real, Guimarães e Bragança.

Podemos concluir que as doentes com cancro de mama, numa situação de fragilidade e stress emocional causados pela proposta de mutilação cirúrgica a um órgão com tanto significado para elas, procuram toda a ajuda possível para sentir mais conforto e apoio.

Gráfico 3: Cirurgias realizadas



Destas 63 doentes, verificamos que, embora a cirurgia conservadora (tumorectomia) esteja a crescer exponencialmente (51%), ainda muitas mulheres com cancro de mama são submetidas a cirurgia mais radical (mastectomia) (49%; Gráfico 3), com um forte impacto na sua qualidade de vida e imagem corporal.

Como nota final, podemos concluir que esta metodologia de consulta e orientação parece-nos um bom modelo de interacção entre as doentes e os profissionais, permitindo avançar mais na preparação daquelas para a cirurgia, relativamente à informação disponibilizada.

BIBLIOGRAFIA

- Nunes R. e Rego G. (2002). *Prioridades na Saúde*. Editora Mc Graw-Hill. Portugal. Lisboa.
- Collière, M. F. (2001). *Cuidar...a primeira arte de vida*. Lusociência. 2.ª edição. Paris.
- Kath, M. M., Kenneth M. B. e Thompson I. E. (2004). *Ética em Enfermagem*. Lusociência. 4.ª edição. Cascais.
- Evans, D. (2003). *Emoção, a ciência do sentimento - Temas e Debates*. 1.ª edição. Londres.
- Ordem dos Enfermeiros. *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (2002)*. Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos. Acedido em 11 de Março 2010, em: www.ordemenfermeiros.pt/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf.
- Campos, A.S., Fernandes, C.A.F. e Lobo, S. A. Pinho, L.S. (2007). *Câncer de mama descoberta à recorrência da doença*. Revista Electrónica de Enfermagem, Vol. 9, N.º 1. Acedido em 10 de Março 2010, em: <http://www.revistas.ufg.br>.
- Morais, L. M. P., Oriá, M. O. B., Victor, J. F. (2004). *A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado*. Revista Electrónica de Enfermagem, Vol. 6, N.º 2. Acedido em 10 de Março 2010, em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/viewArticle/808/921>.

3.^a REUNIÃO NACIONAL DA AEOP: Hotel Curia Palace, 28 e 29 de Maio de 2010

Decorreu no passado dia 28 e 29 de Maio a nossa 3.^a Reunião Nacional, na Curia. Contamos com a adesão de mais de 300 congressistas, num dos nossos maiores eventos organizados pela AEOP. Tivemos três Sessões Plenárias, duas conferências e uma Sessão Especial a fechar o programa. Abrimos com a conferência “Cuidar a Dor dos Outros” da colega Prof.^a Ananda Fernandes, apresentamos os resultados finais do primeiro estudo em Portugal sobre a fadiga do doente em tratamento com quimioterapia e abordamos três áreas específicas da nossa actividade clínica: O doente com cancro da cabeça e pescoço, com cancro da mama e hematológico. Tivemos cinco simpósios mais técnicos e temáticos.

Contamos com a participação internacional de duas colegas, representantes da Associação Inglesa de Enfermagem Oncológica de Cabeça e Pescoço e da Sociedade Britânica de Enfermagem Oncológica.

Durante o Jantar da Reunião foi entregue o Prémio Excelência 2009 AEOP/PFIZER, no valor de € 2.000 para o trabalho “*Grupo psicoeducativo em contexto multidisciplinar: Papel da Enfermagem*”.

Na sessão de encerramento, foram distinguidos e entregues os 3 prémios AEOP/MSD para os seguintes trabalhos: “*A transição no homem com neoplasia da Próstata: um percurso no masculino.*” de Jorge Miguel de Sousa Carvalho; “*O Impacto do tratamento por Quimioterapia na família do doente com Cancro*” de Maria dos Anjos Frade e “*O doente Oncológico em Fim de Vida - Que recursos?*” de Isabel M. Tarico Bico Correia.

O sucesso que se verificou na 3.^a Reunião Nacional da AEOP deve-se, para além dos elementos que se empenharam na sua organização, também, a todos os colegas que com a sua presença

e participação enriqueceram este evento. Uma palavra de agradecimento para os 16 *sponsors* presentes, demonstrando que a nossa organização está com boa credibilidade científica. A todos, expressamos aqui o nosso mais sincero agradecimento.

Ficam já todos convidados para a 4.^a Reunião que se realizará nos dias 27 e 28 de Maio de 2011, em local a definir brevemente.

Acompanhe a evolução do próximo programa em www.aeop.net.



3^a REUNIÃO NACIONAL

da Associação de Enfermagem
Oncológica Portuguesa

CUIDAR EM
ONCOLOGIA,
REABILITAR A
VIDA

Foi assim, na Curia, nos dias
28 e 29 de Maio de 2010...



*Será diferente a 27 e 28 de
Maio de 2011!*



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

Os nossos Grupos Específicos de Trabalho (Workgroups)



AEOP • GRUPO DIGESTIVOS



AEOP • GRUPO PULMÃO



AEOP • GRUPO CABEÇA-PESCOÇO



AEOP • GRUPO MAMA



AEOP • GRUPO HEMATO-ONCOLOGIA



AEOP • GRUPO SARCOMAS



AEOP • GRUPO UROLOGIA



AEOP • GRUPO EDUCAÇÃO

Toda a informação disponível em www.aeop.net
INSCREVE-TE!

PROJECTO EDUCACIONAL EUROPEU TARGET:

Início das Implementação em
Portugal



Target é uma iniciativa educacional da EONS (The European Oncology Nursing Society) que visa dar aos enfermeiros um maior conhecimento das terapêuticas alvo com anticorpos monoclonais, o seu uso e as suas complicações. Este projecto passa por uma fase de formação e uma fase de implementação prática de projectos individuais que envolvam profissionais e doentes.

Relativamente à componente teórica, ela passa essencialmente por: biologia molecular do cancro; novas terapêuticas dirigidas; como estas terapias são usadas na prática clínica; considerações de enfermagem no cuidar dos doentes a fazerem estas terapêuticas; apoiar as necessidades dos pacientes e seus cuidadores.

Independentemente do lugar onde se trabalha, seja em grandes ou pequenos hospitais, as terapias moleculares alvo têm sido aplicadas para uma ampla variedade de tumores e estão continuamente a expandir-se para outras aplicações através de estudos em ensaios clínicos.

Com o apoio exclusivo da Amgen, a AEOP irá implementar este projecto em Portugal. Um dos grandes objectivos, além da componente formativa, passa pela implementação de projectos locais nas unidades de oncologia, dirigido aos profissionais ou aos doentes sob esta nova área terapêutica. Teremos a formação em Setembro e a apresentação dos projectos individuais decorrerá até Dezembro de 2010. No nosso site divulgaremos os passos deste programa.

NOVO WORKGROUP: AEOP GRUPO UROLOGIA



AEOP • GRUPOUROLOGIA

Com a 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 da patologia oncológica urológica, denominado AEOP – Grupo Urologia. Toda a informação do seu funcionamento, objectivos e formas de adesão, podem ser encontrados em www.aeop.net.

PROJECTO EDUCAR E PREVENIR.

Aceitam-se candidaturas até 30 de Setembro



PROJECTO
EDUCAR E PREVENIR

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, através do grupo específico de trabalho AEOP Educação, em parceria com a Secção Regional do Norte da Ordem dos Enfermeiros, organizam este ano um concurso literário infanto-juvenil destinado a promover a prevenção do cancro através do conto infantil.

O concurso destina-se a enfermeiros na área hospitalar e nos Cuidados de Saúde Primários. Cada história deverá ter o máximo de dois autores e os participantes assumirão o compromisso de conhecer e cumprir o regulamento e aceitar as decisões adoptadas pelo júri do concurso. Os trabalhos a concurso deverão ser enviados até às 24 horas do dia 30 de Setembro de 2010. Consultar o Regulamento em www.aeop.net.

4.º CONGRESSO PORTUGUÊS DO CANCRO DO PULMÃO, OUTUBRO 2010.

AEOP estará presente



No Centro de Congressos de Aveiro, nos dias 14 a 16 de Outubro, decorre o 4.º Congresso Português do Cancro do Pulmão, organizado pelo Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão. A AEOP estará presente com programa científico, em parceria. Teremos uma sessão científica sobre “Controlo de Sintomas no Doente com Cancro do Pulmão Avançado” onde abordaremos as temáticas de anemia, fadiga, dispneia e náuseas e vômitos durante a quimioterapia. Realizaremos um workshop sobre “Drenagem Torácica no Cancro Avançado do Pulmão: Estratégias e intervenções”.

Toda a informação em www.aeop.net.

REGIONAL NURSES ADVISORY BOARD:

Bruxelas, Junho 2010



No passado dia 14 Junho decorreu em Bruxelas, o *Regional Nurses Advisory Board*, onde a AEOP apre-

sentou o desenvolvimento do projecto PIGART em Portugal, seus objectivos, o percurso da sua implementação e a situação actual do estudo.

Tratou-se de um evento onde esteve reunido um amplo painel de enfermeiros peritos na área, representativos de Portugal, Dinamarca, Noruega, Finlândia, Suécia, Holanda, Bélgica, Irlanda e Suíça.

PRÉMIO DE EXCELÊNCIA 2010 AEOP/PFIZER

Contribuição para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia



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

São candidatos ao Prémio de Excelência 2010 “Contribuição para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia”, no valor de 2.000 euros, todos os trabalhos enviados para a AEOP até 31 de Dezembro de 2010, via e-mail, e utilizando a Ficha de Inscrição. Toda a informação está disponível no nosso site.

Estudo CTE:

CTE *Capecitabina Toxicity Evaluation*

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 (formigueiro, 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.

A 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 da síndrome de mão-pé nos doentes com cancro da mama a fazerem capecitabina oral;
- Avaliar a prática clínica utilizada no tratamento da síndrome de mão-pé nos doentes com cancro da mama a fazerem capecitabina oral;

- Avaliar o impacto da síndrome de mão-pé na Qualidade de Vida dos doentes (IQV-D);
- Avaliar o impacto da 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). Até final do mês de Junho recrutaram-se 22 doentes para este estudo, ou seja, 52% da amostra pretendida. O recrutamento termina em Dezembro de 2010.

Estudo POSER:

POSER

Portuguese Observational Study on Emetic Risk

Emese induzida por drogas citotóxicas é um dos principais efeitos colaterais dos tratamentos antineoplásicos. Com o aumento do uso de quimioterapia, o controle deste sintoma é um importante foco na meta de viabilizar o melhor tratamento possível sob o menor impacto em qualidade de vida.

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 (CINV). Náusea ocorre com maior frequência do que vômitos, mas é mais difícil tratar. O sucesso no manejo de um é fortemente correlacionado ao do outro. Estima-se que aproximadamente 70% dos pacientes que serão submetidos a quimioterapia apresentarão CINV.

Por outro lado, a incidência de náuseas e vômitos em doentes a rea-

lizar quimioterapia está relacionada com o potencial emético das drogas administradas.

O conhecimento do potencial emético das drogas 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 vómitos 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 vómitos 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 Vómito, denominado POSER (Portuguese Observational Study of Emetic Risk) assenta nos seguintes objectivos:

- Avaliação da Intensidade da Náusea e Vómito 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.

No final do primeiro trimestre, temos os seguintes centros em fase de recrutamento, com os seguintes números de doentes:

- Instituto CUF Porto (8 doentes); Oncologia Médica, Piso 3, IPO (19 doentes); Oncologia Médica P.4 IPOP (4 doentes); Hemato-Oncologia IPO (2 doentes); Hospital Dia IPOP (18 doentes); Amadora-Sintra (5 doentes); CLISA (11 doentes); Hospital de Aveiro (6 doentes); Hospital

de Vila Real (8 doentes); Hospital da Guarda (0 doentes). Neste momento temos 81 doentes o que representa já cerca de 40% da amostra pretendida. Outros centros aguardam autorização para início do estudo.

Este estudo tem como objectivo amostral o recrutamento competitivo de 200 doentes a nível nacional, entre Janeiro e Dezembro de 2010. Em futuros números da Onco.News daremos notícias da sua implementação.

Programa Nacional



Tratamento do GIST e RCC com novas terapêuticas dirigidas (Sunitinib) e a sua interferência na qualidade de vida destes doentes.

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

1. Tumores do Estroma Gastrintestinal (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 es-

tado 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.

Trata-se de um estudo observacional que pretende avaliar as toxicidades provocadas pelo Sunitinib.

O objectivo deste estudo é recrutar um total de 40 doentes até Junho de 2010. Até ao final do primeiro trimestre, a situação do recrutamento é a seguinte:

- Clínica de Urologia do IPO Porto: 28 doentes;
- Hospital de Dia do Hospital Garcia de Orta: 1 doente;
- Clínica da Pele do IPO Porto: 1 doente;
- Hospital de Dia do Hospital Setúbal: 3 doente;
- Hospital de Dia do Hospital Évora: 1 doente;
- Hospital de Dia-Oncologia do Hospital da Feira: 0 doentes.

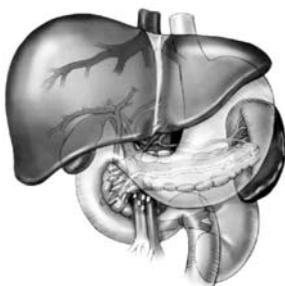
Neste momento temos um total de 28 doentes, correspondendo a cerca de 70% da amostra.

Daremos mais notícias do desenvolvimento do estudo no próximo número desta revista.

Divulgamos aqui notícias recentes de interesse científico. As mesmas podem ser encontradas também na página web da Associação em <http://www.aeop.net>

CANCRO DIGESTIVO

Cancro do fígado pode aumentar 70% até 2015



O número de casos de cancro do fígado poderá aumentar 70% até final de 2015, prevê a Sociedade Portuguesa de Hepatologia (SPH), que defende por isso uma maior sensibilização nacional para as doenças hepáticas, sobretudo a alcoólica, avança a agência Lusa.

“Cada vez há mais doenças e não se tem conseguido que o número de doentes diminua”, disse à agência Lusa a presidente da SPH, Estela Monteiro.

Segundo a mesma responsável, o crescente número de doentes hepáticos, em especial aqueles em que a doença está avançada por falta de diagnóstico atempado, “faz pensar que, daqui a uns cinco ou dez anos, vai aumentar” o número de casos de cancro no fígado.

“Temos de lutar muito” por uma maior “sensibilização e esclarecimento” da sociedade portuguesa, argumentou, frisando: “Se pensássemos um bocadinho mais nestas doenças, poderíamos redu-

zir os custos aí nuns 50%, não só os económicos, mas também os humanos”.

A presidente da SPH falava à Lusa a propósito do 3.º Congresso Português de Hepatologia, com cerca de 300 inscitos e que decorre, entre sexta-feira e sábado, em Évora.

O encontro vai abordar temas como “o consumo excessivo de álcool, as hepatites, a co-infecção, o carcinoma hepatocelular” e outras doenças do fígado menos frequentes, mas com que os especialistas “se confrontam e que, se forem diagnosticadas precocemente, podem ser tratadas e curadas”.

Consumo de álcool

Estela Monteiro realçou que, em Portugal, a doença hepática “mais frequente” é a “alcoólica”, realçando que se estima que existam no país “dois a três milhões de alcoólicos”, contabilizando “os dependentes”, mas também “os bebedores excessivos”.

“Dois terços das doenças hepáticas crónicas em Portugal são alcoólicas. O que acontece muitas vezes é que não é só o álcool. Têm álcool e vírus [da hepatite] C ou álcool e vírus B, o que agrava” a doença, fazendo com que evolua “mais rapidamente para cirrose hepática”, frisou.

E, argumentou, “há muita gente que tem cirrose hepática e nem sabe. Às vezes, a primeira manifes-

tação” da doença é ficar “de repente amarelo” e ir “para o hospital”, onde lhe é feito o diagnóstico.

Também as dificuldades na detecção da Hepatite C, doença que “evolui silenciosamente”, levando a um diagnóstico tardio, em doentes que já podem ter cirrose hepática ou mesmo cancro, preocupam os especialistas, embora Estela Monteiro garanta que actualmente se diagnosticam “muito mais” casos do que “há cinco anos”.

Campanha de sensibilização

Para a presidente da SPH, é fundamental desenvolver, por todo o país, uma campanha de sensibilização sobre as doenças hepáticas, “que não irrite”, ou seja, “sem proibir”, mas sim “para esclarecer”.

Tal campanha, precisou, deveria desenvolver-se, não apenas nas escolas, com os jovens, os professores e os pais, sobretudo sobre os perigos do consumo excessivo de álcool, mas também junto dos médicos de família, que “chegam ao doente primeiro” e “podem detectar os sintomas mais cedo”.

POP, 13 MAIO 2010

Testes avaliam progresso do tratamento no cancro do esófago

A epidemia de cancro no estômago superior e no esófago pode ser causada pelo álcool, o tabagismo e a obesidade, segundo cientistas da Grã-Bretanha, citados pelo site UPI.com.

Investigadores da Universidade de Nottingham descobriram que, desde os anos 70, a incidência de cancro no estômago superior e no esófago aumentou 50% nos homens e 20% nas mulheres.

A taxa destes tipos de cancro em homens brancos na Grã-Bretanha é a maior do mundo, sendo que a dieta e o estilo de vida são os principais factores por trás deste rápido crescimento, dizem os especialistas.

Resposta do tumor ao tratamento

Os cientistas usaram a patologia molecular do cancro e técnicas de expressão de proteínas no ADN em amostras de tumor de cerca de 250 pacientes após realizarem cirurgia, que indicaram que 40% a 50% do cancro iria responder à quimioterapia.

Os autores do estudo explicam que o teste de monitorização durante o tratamento permite aos médicos avaliar até que ponto o tumor está a regredir durante a quimioterapia.

Além disso, os cientistas também identificaram um marcador promissor numa proteína envolvida na reparação do ADN nas células cancerosas, que prediz a resistência dos tumores à quimioterapia.

No estudo, publicado no British Journal of Cancer, lê-se que estes novos dados podem ajudar os médicos a decidir se recomendam um segundo ciclo de quimioterapia após a cirurgia.

POP, 18 MAIO 2010

Helicobacter pylori reduz para metade o risco de cancro do esófago

A *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), uma bactéria que coloniza o estômago humano e considerada uma das responsáveis pelo aparecimento de úlceras e do cancro do

estômago parece reduzir, de forma significativa, o risco de um tipo específico de cancro do esófago, noticia o site Saúde na Internet.

O estudo, liderado por David Whiteman, do Queensland Institute of Medical Research, na Austrália, e publicado no site IB-THHealth, analisou amostras de sangue de mais de 2 mil voluntários australianos (800 com cancro do esófago e 1400 que não apresentavam a doença) para determinar se tinham anticorpos contra a *H. pylori* no sangue.

Os investigadores também avaliaram se os participantes eram portadores de genes em comum que determinassem a resposta à bactéria.

Risco de adenocarcinoma baixa para metade

“Descobrimos que os pacientes com adenocarcinoma, um tipo particular de cancro do esófago, tinham menos de metade da probabilidade de estarem infectados com *H. pylori* do que pessoas que não aparentavam cancro, enquanto os pacientes com cancro de células escamosas tiveram uma taxa de infecção semelhante à das pessoas sem cancro.

Por outras palavras, a infecção pelo *H. pylori* parece reduzir o risco de adenocarcinoma em mais de 50%”, explicou o investigador.

Os cientistas esperavam desvendar os efeitos protectores da infecção por *H. pylori* nos portadores de genes específicos que regulam a inflamação, mas neste estudo verificaram que a redução do risco era idêntica, independentemente da carga genética de cada um.

POP, 26 MAIO 2010

Avastin® aumenta sobrevida no cancro do cólon

Os pacientes com cancro colo-rectal que continuaram o tratamento com o Avastin® da Roche viveram mais tempo do que aqueles que deixaram de tomar o fármaco, de acordo com uma análise apresentada na semana passada, notícia a agência Reuters.

Os resultados são do seguimento de um ensaio que envolveu mais de 1000 pacientes com cancro colo-rectal avançado, que inicialmente receberam o Avastin®, em combinação com quimioterapia.

Diminuição do risco de morte

A análise mostrou que os pacientes que continuaram com o Avastin®, depois de a doença piorar, tiveram uma diminuição de 59% no risco de morte, em comparação com aqueles que deixaram a terapia ou que mudaram para um regime que não inclui o fármaco.

A sobrevida mediana após a primeira progressão da doença foi de 16,3 meses para os pacientes que continuaram com o Avastin®, de 8,5 meses para aqueles que receberam um regime sem este fármaco, e de 5,2 meses para aqueles que interromperam a terapêutica completamente.

Os efeitos secundários adversos associados ao Avastin® incluíram perfurações gastrointestinais (0,2%), eventos tromboembólicos arteriais (1,9%) e hemorragia (3,7%).

Os dados actualizados de eficácia e segurança, incluindo os resultados de sobrevida livre de progressão e sobrevida global, serão relatados na reunião anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica, no início de Junho.

A Roche acaba de completar as inscrições num ensaio de fase III, que avalia o uso continuado de um regime com Avastin®, comparado com apenas quimioterapia, após a progressão da primeira utilização com o Avastin® mais quimioterapia.

POP, 26 MAIO 2010

CANCRO MAMA

Terapias hormonais associadas a metástases no cancro da mama



Investigadores norte-americanos dizem que modelos animais indicam que as terapias hormonais podem aumentar a probabilidade de desenvolver metástases no cancro da mama, avança o site UPI.com.

Os cientistas da Universidade do Missouri, na Colômbia, explicam que as metástases, neste caso a disseminação do cancro para além dos gânglios linfáticos, eram mais prováveis quando a mulher tomava a hormona progesterona. Esta hormona é utilizada para neutralizar os efeitos potencialmente negativos da terapia com o estrogénio.

“No nosso estudo, descobrimos que a progesterona aumenta o número de vasos sanguíneos que são responsáveis pelo transporte das células cancerosas existentes”, afirma Salman Hyder.

“E quanto mais vasos sanguíneos, maior é a probabilidade das

células cancerosas metastizarem”, acrescenta.

Os cientistas afirmam que o efeito negativo da progesterona foi pior na ausência de uma proteína supressora de tumores, a P53.

Os investigadores testaram vários tipos de progesterona em tumores do cancro da mama num modelo animal. E perceberam que todas as versões aumentaram a probabilidade de propagação do cancro.

O estudo foi aceite para publicação no *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*.

POP, 14 MAIO 2010

Infância do modo de vida predomina no cancro da mama

Os genes explicam apenas uma pequena proporção do desenvolvimento do cancro da mama, enquanto que os factores de risco, ligados ao modo de vida, permanecem predominantes na maioria das mulheres, segundo especialistas, avança a agência AFP.

O tratamento hormonal para a menopausa, o consumo exagerado de álcool, a gravidez tardia, a ausência de gravidez e a obesidade fazem parte destes factores de risco.

O estudo, divulgado nesta quarta-feira na revista médica *The Lancet*, tinha como objectivo determinar se esses factores interferiam em doze variações genéticas, frequentemente associadas a um pequeno aumento do risco de desenvolver um cancro da mama.

O estudo, feito com 7160 mulheres que tinham cancro da mama e 10.196 saudáveis, e liderado por Ruth Travis, da Universidade de Oxford, visava estabelecer melhor as influências genéticas (de peque-

no risco) e não-genéticas (causadas pelo modo de vida e outras particularidades).

Os resultados mostram que o risco levemente mais elevado de cancro da mama, associado a essas doze variações genéticas, não desceu e nem foi reforçado pelos factores ligados ao modo de vida, como o tratamento hormonal substitutivo ou o nascimento tardio do primeiro filho.

Os autores ressaltam, no entanto, que este trabalho não inclui dois genes bem conhecidos, o BRCA1 e o BRCA2, que são mais raros e portadores de um alto risco de desenvolvimento do carcinoma.

“Os genes são considerados em apenas uma pequena proporção dos casos de cancro da mama e, para a maior parte das mulheres, os principais factores de risco continuam a ser aqueles ligados ao modo de vida”, comenta a Dra. Jane Green, co-autora do estudo.

“A boa notícia é que alguns deles podem ser mudados, e mudando os seus comportamentos, as mulheres podem modificar o seu risco”, acrescenta.

As variações genéticas examinadas no estudo, chamadas “SNPs”, correspondem à mudança de uma única letra (ou nucleotídeo) do ADN. Especialistas questionaram recentemente os desempenhos dos SNPs na previsão dos riscos do cancro.

POP, 2 JUNHO 2010

Eribulin aumenta a sobrevivência no cancro da mama metastático

Os resultados de um ensaio de fase III, apresentado na reunião anual da ASCO (American Society of Clinical Oncology),

demonstraram que o eribulin, da Eisai, aumentou a sobrevida média global em pacientes com cancro da mama metastático fortemente pré-tratadas, em comparação com a escolha de tratamento do médico, noticia o site FirstWord.

O estudo EMBRACE envolveu 762 pacientes com cancro da mama localmente recorrente ou metastático, que foram previamente tratadas com, pelo menos, dois ciclos e um máximo de cinco rondas de quimioterapia para receber o eribulin ou o tratamento escolhido pelo médico.

Os dados mostraram que as mulheres tratadas com o fármaco experimental viveram uma média de 13,1 meses, em comparação com 10,7 meses entre as mulheres tratadas com a escolha do médico.

Em Março, a farmacêutica japonesa apresentou pedidos de comercialização do eribulin nos EUA, Europa e Japão, com base nos resultados deste estudo.

No início deste mês, a FDA (Food & Drug Administration) concedeu uma revisão prioritária para o pedido da empresa, e a decisão de aprovar o medicamento é esperada a 30 de Setembro.

POP, 8 JUNHO 2010

CANCRO PULMÃO

Novo fármaco oferece esperanças no tratamento do cancro do pulmão

Durante a 2.^a Conferência Europeia do Cancro do Pulmão da IASLC-ESMO foram apresentados dados sobre a qualidade de vida, com base no estudo IPASS, que comparou a administração de gefitinib, como terapêutica de pri-



meira linha, com o regime duplo de quimioterapia (carboplatina e paclitaxel), numa grande amostra de doentes com cancro do pulmão de não-pequenas células (CPNPC).

O estudo IPASS demonstrou, no subgrupo de doentes com mutação do gene EGFR, que o gefitinib permite um superior controlo da progressão da doença e um aumento do tempo de vida dos doentes, comparativamente com o regime de carboplatina/paclitaxel.

Para aqueles que reportaram uma melhoria da qualidade de vida (QoL), ou uma melhoria dos sintomas associados ao cancro do pulmão com o gefitinib, foi registada uma rápida alteração dos parâmetros de QoL, lê-se em comunicado de imprensa.

Estes benefícios significativos na qualidade de vida e na melhoria dos sintomas nos doentes com mutação do gene EGFR, comprovam a eficácia de gefitinib no atraso da progressão da doença, e no aumento das taxas de sobrevivência nestes doentes.

O investigador que apresentou o estudo, Dr. Sumitra Thongprasert do Chiang Mai Hospital, na Tailândia, afirmou que “este estudo mostrou-nos que há uma opção para os doentes com CPNPC com a mutação do gene EGFR, e que o grupo que recebeu o gefitinib apresentou melhorias significativas na sua qualidade de vida”.

RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO:

Vidaza 25 mg/ml pó para suspensão injetável apresenta-se em frasco para injetáveis contendo 100 mg de azacitidina. Após reconstituição, cada ml de suspensão contém 25 mg de azacitidina. Vidaza é indicado para o tratamento de doentes adultos que não são elegíveis para transplantação de células estaminais hematopoiéticas com síndromes mielodisplásicas de risco intermédio 2 e de alto risco de acordo com o IPSS; leucemia mielomonocítica crónica com 10-29% de blastos na medula óssea sem doença mieloproliferativa e leucemia mielóide aguda com 20-30% de blastos e displasia multi-série, de acordo com a classificação da OMS. Os doentes devem ser pré-medicados com antieméticos para as náuseas e vómitos. A dose inicial recomendada para o 1º ciclo de tratamento, para todos os doentes independentemente dos valores laboratoriais hematológicos iniciais, é de 75 mg/m² por via s.c. /dia durante 7 dias em ciclos de tratamento de 28 dias. As provas da função hepática e a creatinina sérica devem ser determinadas antes do início da terapêutica e antes de cada ciclo de tratamento. Devem ser efectuados hemogramas completos antes do início da terapêutica e sempre que necessário para monitorizar a resposta e a toxicidade ou, no mínimo, antes de cada ciclo de tratamento. Os doentes devem ser monitorizados para detecção de resposta/toxicidade hematológica e renal, podendo ser necessário adiar o início do ciclo seguinte ou diminuir a dose como se descreve na secção 4.2 do Resumo das Características do Medicamento (RCM). Não se recomenda uma modificação específica da dose inicial em doentes com compromisso renal (por exemplo, valores iniciais da creatinina sérica ou do azoto ureico sanguíneo [AUS] ≥ 2 vezes o limite superior do normal [LSN] ou bicarbonato sérico inferior a 20 mmol/l) antes do início do tratamento; as modificações subsequentes da dose devem ser efectuadas com base nos valores laboratoriais hematológicos e renais. Se ocorrerem diminuições inexplicadas dos níveis do bicarbonato sérico para menos de 20 mmol/l, a dose deve ser diminuída em 50% no ciclo seguinte. Se ocorrerem aumentos inexplicados da creatinina sérica ou do AUS para valores ≥ 2 vezes os valores iniciais e acima do LSN, o ciclo seguinte deve ser adiado até os valores normalizarem ou voltarem aos valores iniciais e a dose deve ser diminuída em 50% no ciclo de tratamento seguinte. Não se recomenda uma modificação específica da dose inicial em doentes com compromisso hepático antes do início do tratamento. Não se recomendam ajustes posológicos específicos para os idosos. Como os doentes idosos têm uma maior probabilidade de ter a função renal diminuída, pode ser útil monitorizar esta função. **Modo de administração:** Vidaza reconstituído deve ser administrado por via s.c. no braço, na coxa ou no abdómen. Deve efectuar-se a rotação dos locais de injeção, pelo menos a 2,5 cm do local anterior e nunca em zonas com dor, equimose, rubor ou endurecimento do local. As instruções pormenorizadas sobre o procedimento de reconstituição e administração de Vidaza são apresentadas na secção 6.6 do RCM. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade conhecida à substância activa ou a qualquer um dos excipientes; Tumores hepáticos malignos em estado avançado; Aleitamento. A azacitidina não deve ser utilizada durante a gravidez, especialmente durante o primeiro trimestre, a menos que tal seja claramente necessário. Os benefícios do tratamento devem ser cuidadosamente ponderados em relação ao risco possível para o feto, considerando cada caso em particular. Os homens e as mulheres com potencial para engravidar deverão utilizar um método contraceptivo eficaz durante e até 3 meses após o tratamento. As reacções adversas (RA) notificadas com mais frequência com o tratamento com azacitidina foram reacções hematológicas (71,4%) incluindo trombocitopenia, neutropenia e leucopenia (geralmente de Grau 3-4), acontecimentos gastrointestinais (60,6%) incluindo náuseas e vómitos (geralmente de Grau 1-2) ou reacções no local de injeção (77,1%; geralmente de

Grau 1-2). As RA graves mais frequentes (> 2%) observadas nos estudos AZA PH GL 2003 CL 001, CALGB 9221 e CALGB 8921 incluíram neutropenia febril (8,0%) e anemia (2,3%). Outras RA notificadas menos frequentemente (< 2%) incluíram sépsis neutropénica, pneumonia, trombocitopenia e acontecimentos hemorrágicos (por exemplo, hemorragia cerebral). A tabela da secção 4.8 do RCM contém as RA para as quais se pode estabelecer, de forma plausível, uma relação causal com o tratamento com a azacitidina. As RA hematológicas notificadas com mais frequência associadas ao tratamento com azacitidina incluíram trombocitopenia, neutropenia e leucopenia, geralmente de Grau 3 ou 4. Verifica-se um maior risco de ocorrência destes acontecimentos durante os dois primeiros ciclos, após os quais ocorrem com menos frequência em doentes com restabelecimento da função hematológica. A maior parte das RA hematológicas foram controladas efectuando a monitorização de rotina de hemogramas completos e adiando a administração de azacitidina no ciclo seguinte, administrando antibióticos profiláticos e/ou tratamento de suporte com factores de crescimento (por exemplo, G-CSF) para a neutropenia e transfusões para a anemia ou trombocitopenia, conforme necessário. Foram notificadas RA graves como: sépsis neutropénica (0,8%) e pneumonia (2,5%) em doentes medicados com azacitidina (as infecções podem ser controladas utilizando anti-infecciosos e tratamento de suporte com factores de crescimento (por exemplo, G-CSF) para a neutropenia); hemorragia gastrointestinal (0,8%) e hemorragia intracraniana (0,5%) (os doentes devem ser monitorizados para detecção de sinais e sintomas de hemorragia, especialmente aqueles com trombocitopenia anterior ou com trombocitopenia relacionada com o tratamento); reacções de hipersensibilidade graves (0,25%) em doentes medicados com azacitidina (no caso de uma reacção de tipo anafilático, o tratamento com azacitidina deve ser imediatamente suspenso e iniciado o tratamento sintomático apropriado). A maioria das RA cutâneas e subcutâneas foram associadas com o local de injeção. Nenhuma destas RA levou à suspensão temporária ou permanente da azacitidina ou à diminuição da dose da azacitidina no estudo de referência. A maioria das RA ocorreu durante os dois primeiros ciclos e tenderam a diminuir com os ciclos subsequentes. As RA gastrointestinais notificadas com mais frequência associadas ao tratamento com azacitidina incluíram obstipação, diarreia, náuseas e vómitos. Estas RA foram tratadas sintomaticamente com antieméticos para as náuseas e vómitos, com antidiarreicos para a diarreia e com laxantes e/ou amolecedores das fezes para a obstipação. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado:** Celgene Europe Ltd, Riverside House, Riverside Walk, Windsor, SL4 1NA Reino Unido, Tel: +44 1753 240600, Fax: +44 1753 240656. Informação pormenorizada sobre este medicamento no site da EMEA: <http://www.emea.europa.eu/>.

Vidaza é um medicamento sujeito a receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados.



Celgene, Sociedade Unipessoal, Lda.
Lagoas Park, Edifício 11, 1º andar, 2740-270 Porto Salvo - Portugal
Tel.: + 351 210 044 300 - Fax: + 351 210 044 301
Capital Social: €10 000,00 - C.R.C. Cascais (Deiras) nº 507 791 690
NIPC / NIF: 507 791 690
E-mail: celgene.portugal@celgene.com



Vidaza[®]

azacitidina injectável

Resultados Comprovados. Sobrevida Prolongada.



Maior Esperança de VIDA com VIDAZA.

Primeiro e único tratamento que demonstrou **duplicar a sobrevivência** após 2 anos em doentes com¹:

- SMD de risco int-2/alto
- LMA com 20%-30% de blastos e displasia multi-série

Indicado para o tratamento de doentes adultos que não são elegíveis para transplantação com²:

- Síndromes mielodisplásicas de risco intermédio 2/alto risco de acordo com o Sistema IPSS.
- Leucemia mielomonocítica crónica com 10-29% de blastos sem doença mieloproliferativa.
- Leucemia mielóide aguda com 20-30% de blastos e displasia multi-série, de acordo com a classificação da OMS.

1. Fenaux P, et al. Efficacy of azacitidine compared with that of conventional care regimens in the treatment of higher-risk myelodysplastic syndromes: a randomised, open-label, phase III study. *The Lancet Oncology*. 10(3): 223 – 232. 2. Resumo das características do medicamento Vidaza

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

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

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

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

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

- Fácil de usar e sem sabor desagradável.



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

Referências:

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



EUSA Pharma

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

Code: CAP/PT/003.0210.01

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

mouthsmadegood



CE

Data preparação Maio de 2010

Alison Armour, Medical Science Director da AstraZeneca, diz que “temos constatado os benefícios resultantes do tratamento de primeira linha com o gefitinib, ao atrasar a progressão da doença, aumentando a sobrevivência dos doentes com CPNPC em estado avançado, com mutação do gene EGFR.”

O fármaco recebeu a autorização de comercialização pela Agência Europeia do Medicamento (EMA) em Julho de 2009.

POP, 17 MAIO 2010

Tarceva® prolonga a vida de pacientes com cancro do pulmão avançado

O fármaco oncológico Tarceva® da farmacêutica suíça Roche Holding é bem tolerado e aumenta significativamente a sobrevida global dos pacientes com cancro do pulmão de não-pequenas células (CPNPC) avançado, quando usado como terapia de manutenção após quimioterapia baseada em platina.

E aumenta o tempo de sobrevida sem progressão da doença, disseram investigadores na quinta-feira, avança o *The Wall Street Journal*.

Num artigo publicado na revista britânica *The Lancet*, os investigadores da Universidade da Carolina do Norte e da Emory University, concluem que a terapia de manutenção com o Tarceva® deve ser considerada para pacientes com CPNPC cuja doença não piore depois da quimioterapia de primeira linha.

Cerca de 85% dos cancros do pulmão são CPNPC. Cerca de metade desses pacientes são diagnosticados com a doença avançada e recebem apenas quimioterapia.

A terapia de manutenção, dada

imediatamente após os tratamentos de primeira linha, tem mostrado que atrasa a progressão da doença e aumenta a sobrevivência.

O Tarceva® (erlotinib) é um tratamento de segunda linha para o CPNPC com comprovada eficácia e toxicidade aceitável, e pode melhorar os resultados, quando administrado como terapia de manutenção nesses pacientes, explicaram os investigadores.

“O perfil de tolerabilidade aceitável do erlotinib, juntamente com a sua eficácia comprovada em todos os subgrupos de pacientes e a sua dosagem oral, distingue o erlotinib de outros agentes, e pode proporcionar uma maior escolha de tratamento para os médicos”, disseram.

O Tarceva® foi aprovado na União Europeia para o uso de manutenção no cancro do pulmão avançado, e recebeu recentemente a aprovação da FDA (Food and Drug Administration) para o tratamento de manutenção do CPNPC.

POP, 25 MAIO 2010

Cancro do pulmão aumenta mais entre as mulheres

O maior consumo de tabaco por parte das mulheres e o facto de terem começado a fumar mais tarde está a provocar um crescimento mais acentuado do cancro do pulmão na população feminina e a tendência deve reforçar-se nos próximos anos. A situação não é exclusiva de Portugal e, por isso, o Dia Mundial sem Tabaco é dedicado segunda-feira às estratégias de marketing que a indústria tabaqueira tem direccionado para as mulheres, avança o Público.

Em Portugal, de acordo com a Direcção-Geral de Saúde, o con-

sumo de tabaco tem registado um ligeiro decréscimo nos adolescentes do sexo masculino, mas, em contrapartida, tem aumentado nas adolescentes e mulheres jovens. De uma forma geral, as mulheres portuguesas estão a fumar mais e isso, conclui o oncologista do IPO e membro do Grupo de Estudo do Cancro do Pulmão, António Araújo, “vai repercutir-se na incidência do cancro do pulmão”.

“O cancro do pulmão tem vindo a aumentar mais nas mulheres do que nos homens e não há dúvida de que nos próximos anos esta tendência vai acentuar-se”, defende o oncologista. A explicação pode não estar apenas nos padrões de consumo: “Há evidências cada vez maiores de que o organismo da mulher metaboliza com mais dificuldade os produtos carcinogénicos do tabaco e, por isso, as mulheres são mais susceptíveis e correm mais risco de desenvolver cancro do pulmão”.

As alterações nos hábitos de consumo do tabaco, defende a docente de Medicina Preventiva e Epidemiologia da Universidade da Beira Interior, Sofia Ravara, começaram a registar-se em Portugal na década de 70 e acompanharam “o processo de emancipação da mulher”. Hoje, “fumar está a tornar-se num comportamento cada vez mais feminino”, sustenta.

20% são do sexo feminino

A tendência não é exclusiva de Portugal. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), dos mil milhões de fumadores que há no mundo apenas 20% são do sexo feminino. No entanto, a “epidemia do tabaco está a crescer

muito mais” junto das mulheres do que nos homens.

Parte do problema, defende a OMS, reside nas estratégias de marketing da indústria tabaqueira, que definiu as mulheres, em particular as mais jovens, como o mercado onde podem conquistar novos consumidores. “As mulheres representam uma enorme oportunidade para a indústria tabaqueira que precisa de conquistar novos consumidores para substituir quase metade dos fumadores actuais que deverão morrer prematuramente, por causa de doenças relacionados com o consumo de tabaco”, sustenta a OMS na página dedicada ao Dia Mundial sem Tabaco.

Para Sofia Ravara, as campanhas publicitárias dirigidas às mulheres procuram, sobretudo, associar o tabaco a imagens de “glamour, sofisticação e elegância, alimentando mitos como o de que o tabaco faz emagrecer ou ajuda a aliviar o stress”. “É urgente desenvolver políticas de saúde e medidas de sensibilização dirigidas às mulheres, em particular às mais jovens, que é a faixa etária onde se tem registado uma maior crescimento no número de fumadores”, defende.

POP, 31 MAIO 2010

TUMORES HEMATOLÓGICOS

Apresentados dados positivos do Rituxan® no uso de manutenção do linfoma

A Roche e a Biogen Idec apresentaram, quinta-feira, dados de um ensaio de fase final que demonstram que o uso do Rituxan® (rituximab), como tratamento de manutenção em pacientes com lin-

foma folicular avançado, duplicou a probabilidade de sobrevida livre de progressão, em comparação com os doentes que interromperam o tratamento, noticia o site FirstWord.

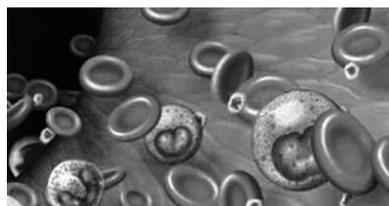
Comentando estes resultados, o principal investigador Gilles Salles disse que “estes dados trazem esperança no tratamento do linfoma folicular,” acrescentando que o uso do Rituxan® como terapia de manutenção “é susceptível de se tornar num novo padrão de tratamento para estes pacientes.”

No estudo randomizado PRIMA, 1018 pacientes sem tratamento prévio, que responderam ao tratamento inicial com o Rituxan® mais quimioterapia, continuaram o tratamento com o Rituxan® em monoterapia por dois anos ou pararam o tratamento.

Após um acompanhamento médio de 25 meses, os dados mostram que a progressão da doença ocorreu em 18% dos pacientes que continuaram a receber o Rituxan®, comparando com 34% dos pacientes que não receberam nenhum tratamento.

A Roche revelou que apresentou recentemente um pedido de extensão da autorização de comercialização do Rituxan® à EMA (Agência Europeia do Medicamento) e à FDA (Food & Drug Administration), com base nos dados do estudo PRIMA.

Analistas do Citigroup estimam que cerca de 70% dos pacientes nos



EUA já usam o fármaco como terapia de manutenção, em comparação com 10 a 15% na Europa e nos mercados emergentes.

POP, 21 MAIO 2010

Revlimid® é promissor como terapia de manutenção do mieloma múltiplo

Dois grandes estudos com o fármaco Revlimid® contra o mieloma múltiplo, da Celgene, mostram que o fármaco reduz o risco de progressão da doença por mais de 50%, quando tomado como terapia de manutenção, após transplante de células estaminais, avança a agência Reuters.

De acordo com dados preliminares divulgados antes da reunião anual da American Society of Clinical Oncology, os pacientes que tomaram o Revlimid® numa base contínua, na sequência de um transplante de células estaminais, mantiveram a doença sob controlo por mais tempo do que aqueles que tomaram um placebo.

Os dados são importantes porque trazem evidências de que os pacientes que tomam o Revlimid® como terapia de manutenção, após a administração de outros fármacos ou após transplante de células estaminais, podem melhorar os resultados.

No ensaio, após três anos, 68% dos pacientes que receberam o Revlimid® foram capazes de manter a doença sob controlo, em comparação com 35% dos pacientes do grupo placebo.

O resultado equivale a uma redução de 54% do risco global de progressão da doença. “A lenalidomida mostrou melhorar drasticamente a sobrevida livre de progressão”, disse Michel At-

tal, professor de Hematologia do Hospital Purpan, em Toulouse, na França, e principal autor do estudo.

O Revlimid® (lenalidomida) já foi aprovado em combinação com dexametasona para o tratamento de doentes com mieloma múltiplo que tenham recebido pelo menos um tratamento anterior.

POP, 26 MAIO 2010

Cientistas bloqueiam diferenciação de células estaminais do cancro

Cientistas da Universidade de Pittsburgh, nos EUA, descobriram uma forma de bloquear a diferenciação de células estaminais do cancro. Por um tempo determinado, é possível fazer com que as células estaminais não se transformem em células cancerosas, noticia o site Ciência Diária.

O método, inédito, permitirá o estudo mais aprofundado para caracterizar as células estaminais que se diferenciam em cancro, levando ao desenvolvimento de fármacos que possam orientar o caminho de diferenciação no futuro.

As células estaminais do cancro são mais poderosas do que outros tipos de células cancerosas, resistindo mais à quimioterapia. Apesar de existirem em pequenas concentrações, acredita-se que sejam responsáveis pelo início e sobrevivência do tumor enquanto ele cresce e se espalha pelo corpo (metástase).

As células estaminais levam cerca de três ou cinco semanas para se transformarem em células diferenciadas, tornando o seu estudo bastante complicado. Para o estudo em questão, a equipa marcou as células estaminais do cancro com proteína verde fluorescente e um indutor específico Oct3/4.

“Com esta abordagem poderemos congelar as células estaminais no seu estado actual, cultivá-las em quantidades ilimitadas e, de seguida, estudá-las”, explica Edward Prochownik, responsável pelo estudo. “Então, seremos capazes de compreender o que faz com que as células estaminais cancerosas fiquem mais fortes do que outros tipos de células do cancro”, acrescenta.

Além disso, conseguir armazenar muitas células estaminais é um passo para o desenvolvimento de fármacos mais eficazes contra este tipo específico de célula. “O objectivo é fazer um arsenal de terapias direccionadas ao tumor e às células estaminais cancerosas específicas”, acrescenta o cientista.

POP, 1 JUNHO 2010

CANCRO GINECOLÓGICO

Cancro dos ovários é pouco frequente mas tem elevada mortalidade



O cancro dos ovários é um tumor pouco frequente quando comparado com os outros tumores genitais, por exemplo, o do colo do útero ou do endométrio, mas é aquele que causa maior mortalidade.

Isto porque, conforme nos explica Daniel Pereira da Silva, director do Serviço de Ginecologia do IPO de Coimbra, “é um cancro extremamente agressivo, do qual não se conhece a história natural com exactidão e se desenvolve de uma forma muito explosiva”.

Segundo o último registo nacional que data de 2005, este tipo de tumor tem uma taxa de incidência na ordem dos 6,6 por 6000 mulheres. Apesar de poder surgir em qualquer idade, o cancro dos ovários tem maior prevalência nas mulheres a partir dos 40/45 anos de idade e na pós-menopausa, lê-se em comunicado de imprensa.

Exame anual

Actualmente, não existe nenhum teste ou exame que permita servir de rastreio, prevenção ou mesmo de diagnóstico precoce. Daniel Pereira da Silva aconselha um exame ginecológico anual, no qual não é obrigatório que se faça ecografia.

Na opinião do especialista, “fazem-se muitas ecografias e as mulheres ficam com a falsa noção de que, se naquela ecografia estava tudo bem, está protegida contra um cancro dos ovários. Ela pode fazer uma ecografia hoje e estar tudo normal e três meses depois ter um cancro dos ovários. É tudo muito rápido”, explica.

Contudo, é recomendada uma vigilância mais apertada em famílias cuja incidência deste tumor, ou outros que lhe estão associados (mama, cólon...), seja elevada.

Isto porque, sublinha o ginecologista, “é sabido que a probabilidade de aparecimento deste cancro é de mais de 50% quando há mutações de certos genes. Nestas circunstâncias, a mulher pode diminuir a probabilidade de vir a ter a doença, retirando antecipadamente os dois ovários, embora sofra as consequências de tomar essa medida”.

Se o diagnóstico for precoce e o tumor estiver num só ovário a probabilidade de cura é maior.

Sintomas inespecíficos

Acontece que os sintomas na fase precoce da doença são inespecíficos. Pode surgir desconforto abdominal, um certo mal-estar e dores que se confundem com problemas intestinais. Na fase adiantada da doença, há um aumento significativo do volume do abdómen e há mesmo a acumulação de líquido, sinais de mau prognóstico e de que o processo está a avançar com rapidez. Nessa altura a probabilidade de cura é muito menor.

Por isso, a taxa de sobrevivência destas doentes depende muito da fase do diagnóstico. De uma forma geral e a nível internacional se o diagnóstico for precoce, a sobrevivência aos cinco anos pode ultrapassar os 90%. Mas na maior parte dos casos o diagnóstico é tardio e o estadiamento da doença é feito durante a cirurgia.

A cirurgia vai permitir saber em que fase está o tumor, isto é, classificar. “Podem ser feitos vários exames (TAC, ecografia, etc.) que nos podem chamar a atenção para a existência do tumor, mas nenhum tem a sensibilidade de nos garantir qual a fase da doença. Portanto, a cirurgia do ovário cumpre vários objectivos”, diz.

Importante é também o especialista que realiza a cirurgia, pois segundo Daniel Pereira da Silva, “o objectivo é que consiga o tumor residual mínimo, e a probabilidade de isso acontecer é maior se o cirurgião estiver habituado a tratar estes casos”.

POP, 28 MAIO 2010

FDA estende revisão da Gardasil® para uso em mulheres mais velhas

A FDA (Food & Drug Administration) estendeu a revisão do pedido da Merck Sharp & Dohme

(MSD) para expandir a indicação da Gardasil®, passando a incluir mulheres com idades entre os 27 e os 45, anunciou a farmacêutica quarta-feira, avança o site FirstWord.

A companhia esperava uma resposta da FDA na próxima semana, durante uma reunião do painel consultivo de vacinas do US Centers for Disease Control and Prevention, mas agora aguarda uma resposta no final do ano, segundo a porta-voz da empresa Pam Eisele.

A porta-voz recusou-se a comentar a razão pela qual o tempo de revisão foi prolongado, mas observou que “vamos continuar o nosso diálogo com a FDA.”

O pedido foi baseado em dados de um ensaio clínico, que envolveu mais de 3800 mulheres que descobriram que a vacina foi eficaz na prevenção de infecção persistente, anomalias do colo do útero de baixo grau, e pré-cancros causados por vários tipos de HPV (papiloma vírus humano), em mulheres com idades entre os 24 e os 45 anos, em comparação com um placebo.

A farmacêutica apresentou dados clínicos adicionais em Janeiro, em resposta a um pedido da FDA no ano passado.

POP, 17 JUNHO 2010

ONCO-ESTATÍSTICA

Mortes por cancro aumentarão 34% em Portugal até 2030

Em 2030, o cancro vai matar mais de 32 mil portugueses por ano – um aumento de 34,5% em relação aos 24 mil que morrem actualmente por causa desta doença. E todos os anos surgirão quase 56 mil novos casos, mais 12 mil do

que agora. A estimativa é da Organização Mundial da Saúde (OMS), que alerta para o crescimento brutal da doença nas próximas duas décadas em todo mundo, avança o Diário de Notícias.

Segundo os peritos da Agência Internacional de Pesquisa sobre o Cancro, da OMS, no conjunto de todos os países, o número de doentes e de mortes vai mesmo duplicar. Na década de 2030 vão registar-se cerca de 13,2 milhões de vítimas mortais, contra os 7,6 milhões de 2008.

A tendência deve-se sobretudo ao envelhecimento da população, explica Jorge Espírito Santo, presidente do Colégio de Oncologia da Ordem dos Médicos. Aliás, as estimativas da OMS baseiam-se nas projecções demográficas. E consideram que nos países em que a esperança de vida é maior e há mais idosos haverá mais casos de cancro.

Em Portugal, o aumento do número de casos será de 12,7% na população abaixo dos 65 e de 40% nos mais velhos. “Até aos quarenta anos há muito poucos casos e depois dispara a partir dos 65”, lembra o oncologista. No entanto, o crescimento deve-se também a uma série de mudanças no estilo de vida, nomeadamente o consumo de tabaco ou o aumento da obesidade, acrescenta.

Os cinco cancros mais frequentes no País são o colo-rectal, da mama, da próstata, dos pulmões e do estômago. Sendo que o cancro colo-rectal é o que faz mais vítimas, mas o dos pulmões é o mais mortal.

Segundo as estimativas dos peritos da OMS, nas próximas duas décadas a mortalidade devido a



estes tumores vai continuar a aumentar: o cancro da mama é aquele que cresce menos (25%) e o da próstata o que sobe mais (43%).

POP, 4 JUNHO 2010

Cabazitaxel da sanofi reduz risco de morte em 28% no cancro da próstata

A sanofi-aventis informou, esta quinta-feira, os resultados actualizados de um estudo de fase III, que demonstra que o fármaco experimental cabazitaxel melhorou significativamente a sobrevida de pacientes com cancro da próstata hormono-refractário metastático, cuja doença progrediu após tratamento com o Taxotere® (docetaxel), em comparação com aqueles tratados com o mitoxantrone, avança o site FirstWord.

No ensaio TROPIC, 755 homens com cancro da próstata avançado foram randomizados para receber o cabazitaxel ou o mitoxantrone, ambos em combinação com a prednisona.

A companhia observou que os dados, que serão apresentados na próxima reunião da American Society of Clinical Oncology, mostram que o cabazitaxel reduz o risco de morte em 28%, com um aumento da sobrevida mediana de 15,1 meses, comparada com 12,7 meses no grupo do mitoxantrone.

Os resultados preliminares do estudo foram divulgados em Mar-

ço. O cabazitaxel recebeu revisão prioritária da Food & Drug Administration (FDA), e é esperada uma revisão do fármaco no terceiro trimestre deste ano.

POP, 28 MAIO 2010

Amgen pede aprovação do Prolia® para tratamento de perda óssea nos EUA

A Amgen anunciou que pediu a aprovação à FDA (entidade que regula o medicamento nos EUA) para mais uma indicação do seu fármaco experimental Prolia® (denosumab) para a prevenção ou tratamento de perda óssea em doentes com cancro que desenvolveram metástases ósseas, avança o site FirstWord.

O pedido é baseado em dados de três ensaios clínicos de fase final que compararam o denosumab ao Zometa® (ácido zolendronic) da Novartis. “O denosumab, administrado mensalmente com uma dose de 120 miligramas por via subcutânea, demonstrou sempre igual ou maior eficácia em ensaios clínicos, quando comparado ao [Zometa®]”, avançou o chefe de investigação da Amgen, Roger Perlmutter. A farmacêutica deverá divulgar os dados de Fase III sobre o fármaco, nesta indicação, numa reunião no próximo mês.

Além do pedido para aprovação nos EUA, a Amgen anunciou que vai também apresentar pedidos na UE, Suíça, Canadá, Austrália e Japão, onde a empresa tem um acordo de licenciamento e de fornecimento com a Daiichi Sankyo.

A farmacêutica apresentou anteriormente um pedido para a aprovação do fármaco como tratamento para a osteoporose pós-me-

nopáusica. Em Agosto, um painel consultivo da FDA recomendou a aprovação do medicamento nesta indicação, mas não apoiou a aprovação do medicamento como uma medida preventiva contra a perda óssea em doentes de baixo risco. A decisão sobre o fármaco para esta indicação, que seria vendido sob a marca Prolia®, é esperada para 25 de Julho.

POP, 15 MAIO 2010

Fármaco da Ziopharm atrasa crescimento do sarcoma em 77%

O tratamento com um fármaco experimental da Ziopharm Oncology atrasou em 77% o tempo que leva para os sarcomas crescerem, de acordo com os resultados de um estudo de fase intermédia, noticia a agência Reuters.

Os pacientes tratados com a combinação do medicamento da Ziopharm, o palifosfamida e o quimioterápico doxorrubicina, viveram por um período médio de 7,8 meses antes do agravamento da doença, em comparação com os 4,4 meses para o grupo tratado apenas com doxorrubicina.

O estudo envolveu 62 pacientes com sarcoma dos tecidos moles, um cancro que se desenvolve nos tecidos conectivos, como a cartilagem e a gordura.

Os resultados mostram que não houve diferença significativa nos efeitos adversos entre os dois grupos, disseram os investigadores num resumo apresentado à Sociedade Americana de Oncologia Clínica.

O ensaio foi interrompido mais cedo após ficar claro que o fármaco prolongava a sobrevivência dos pacientes.

POP, 25 MAIO 2010.

APRESENTAÇÃO DA REVISTA

A revista Onco.News é o órgão oficial da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa e pertence a todos os associados que pretendam divulgar conteúdos científicos em enfermagem oncológica. Tem duas grandes vertentes:

- Apresentação de artigos científicos que versem ou não trabalhos de investigação, em conformidade com o definido nas normas de publicação;
- Divulgação de programas e projectos que a associação vier a implementar.

A revista Onco.News considera para publicação trabalhos relacionados directa ou indirectamente com a Enfermagem Oncológica, nomeadamente através de artigos originais, de revisão, de actualização, casos clínicos ou Cartas ao Editor.

Os artigos poderão ser enviados via e-mail para secretariado@aeop.net.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO NA REVISTA ONCO.NEWS

1. A revista Onco. News considera para publicação trabalhos relacionados directa ou indirectamente com a Enfermagem Oncológica, nomeadamente através de artigos originais, de revisão, de actualização, casos clínicos ou Cartas ao Editor. Deverá ser referenciado, pelos próprios autores, qual a classificação do artigo. Os artigos provenientes de trabalhos científicos têm prioridade de publicação. As Cartas ao Editor devem constituir um comentário crítico sobre um artigo da revista ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 500 palavras, nem conter mais de um quadro ou figura e um máximo de 5 referências bibliográficas.

2. Os autores devem enviar os artigos preferencialmente por e-mail para a nossa redacção ou poderá fazê-lo por carta onde conste o artigo em papel e em suporte informático (em cd).

3. No artigo, deve constar a identificação do autor ou autores, local de trabalho e suas categorias profissionais, a morada e telefone.

4. Os trabalhos devem ser enviados em nome do autor principal para: Revista Onco.News, Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, Estrada Interior da Circunvalação, 6657, 4200-177 Porto, acompanhados por carta com pedido de publicação, subscrito por todos os autores, mas preferencialmente via e-mail, para secretariado@aeop.net. Não serão aceites trabalhos já publicados ou enviados simultaneamente a outras revistas.

5. O texto é submetido à apreciação do Conselho Redactorial e os artigos poderão ser:

- a) Aceites sem alterações;
- b) Aceites após as modificações propostas e aceites pelos autores;
- c) Recusados.

Sendo aceites, os artigos ficam propriedade da AEOP, não podendo ser utilizados para publicação por quem quer que seja (nem mesmo pelos autores) sem a nossa prévia autorização por escrito. Antes dessa decisão, a revista não se compromete a publicar os artigos que lhe são enviados. Todas as decisões serão dadas a conhecer aos autores.

6. O artigo deve conter necessariamente o título, este deve ser breve e específico, o nome e apelidos do(s) autor(s) e respectivo grau académico, o nome da Instituição onde exerce(m) a sua actividade profissional, indicar o autor principal e os eventuais secundários. Deve conter um resumo em Inglês e em Português, com palavras-chave, em ambos os idiomas, com vista à indexação. Todo o artigo deve ser produzido a preto e branco.

7. Os trabalhos deverão ser impressos em papel branco, formato A4, com margens de ambos os lados, incluindo cada página legendas, referências e numeração. Devem conter, além do resumo, Introdução, Conclusão e Referências Bibliográficas. As imagens deverão ser enviadas em formato JPG ou TIFF de modo a que fiquem nítidas na sua impressão tipográfica.

8. Não devem ser usadas siglas e abreviaturas que não tenham sido explicitadas, na primeira menção, por extenso.

9. As referências bibliográficas devem ser numeradas por ordem consecutiva da sua primeira citação no texto. As referências devem conter, no caso das revistas, o nome do primeiro autor (apelido e nome), seguido dos restantes, do título do artigo, do nome da revista e da sua identificação (ano, volume e páginas). A norma a utilizar é a APA. Mais informações sobre as regras de utilização destas normas encontram-se no site da aeop. Os quadros e figuras devem ser apresentados e inseridos no texto. Os gráficos deverão ser apresentados como original. Todos devem estar numerados ao longo do texto.

10. A extensão máxima do artigo é de 12 páginas, dactilografadas a 1,5 espaços e em Times New Roman. No caso de maior extensão, o autor deve sugerir o local de corte, para dividir o artigo em duas publicações consecutivas.

11. No caso de aceitação do artigo estar condicionada a modificações, estas devem ser realizadas pelos autores no prazo máximo de trinta dias.

12. As provas tipográficas serão da responsabilidade da Redacção.