

# ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

## 12

NÚMERO 12 · PRIMAVERA 2010

### **EDITORIAL**

A Coordenadora Editorial da Onco.News comenta a actividade recente da AEOP e introduz o conteúdo desta edição da Primavera.

### **CANCRO COLO-RECTAL: IMPACTO PSICOLÓGICO NO DOENTE E NO CÔNJUGE**

Neste artigo de investigação a autora relata a existência de uma correlação entre a depressão do doente e a depressão do cônjuge e destaca os efeitos a nível psicológico da presença duma ostomia de eliminação.

### **PREVENÇÃO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO**

O cancro do colo do útero tem um grande impacto na vida das mulheres, pois afecta maioritariamente mulheres jovens, em idade activa, entre 35 e 50 anos. A autora publica um artigo de revisão onde fornece dados epidemiológicos importantes e destaca as estratégias de prevenção desta patologia.

### **ESTUDOS INVESTIGACIONAIS AEOP**

Nesta secção, fazemos o ponto da situação dos estudos investigacionais em curso: Art, Pigart, CTE e Poser.



Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa



“Esta é a sessão  
de quimioterapia  
dos meus doentes.”



1) Liu G, Franssen E, Fitch M, Warner E. Patient Preferences for Oral Versus Intravenous Palliative Chemotherapy. J Clin Oncol. 1997 Jan; 15 (1): 110-5  
Feb 2007 - 886

8 em cada 10 doentes  
preferem a quimioterapia oral.<sup>(1)</sup>

**Rochnet**  
www.roche.pt

**Xeloda**  
capecitabine

RCM em anexo

Roche Farmacêutica Química, Lda.  
Estrada Nacional 249, 1 - 2720-413 Amadora Tel: 21 425 70 00 Fax: 21 418 66 77

## 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  
deolindap@gmail.com

**Ana Pinto Fonseca**

Esc. Superior Enfermagem Évora  
afonseca@uevora.pt

**Marta Barbosa**

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

### CONSELHO EDITORIAL DESTA REVISTA

**Ana Paula Figueiredo**

**Carla Alves**

### 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**

### COORDENADOR PÁGINA WEB

**Bruno Magalhães**  
Oncologia Cirúrgica, IPO Porto

### DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Medesign, Lda

### PERIODICIDADE

Trimestral

### IMPRESSÃO

Tipografia Nunes, Lda

### TIRAGEM

600 exemplares

### DEPÓSITO-LEGAL

262108/08

## ÍNDICE

### 02 CARTA EDITORIAL

Mónica Castro, Coordenadora da Revista

## ARTIGOS

### 04 CANCRO COLO-RECTAL: IMPACTO PSICOLÓGICO NO DOENTE E NO CÔNJUGE

Ana Paula Figueiredo

### 14 PREVENÇÃO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Carla Alves dos Santos

## INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

### 21 PROJECTO EDUCACIONAL EUROPEU TARGET: INÍCIO DA IMPLEMENTAÇÃO EM PORTUGAL

3.ª REUNIÃO NACIONAL DA AEOP: HOTEL CURIA PALACE, 28 E 29 MAIO 2010

### ESTUDO ART: APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS FINAIS

### INDEXAÇÃO DA REVISTA ONCO.NEWS À EBSCO: SEGUNDA INDEXAÇÃO CONCLUÍDA

### NOVO SITE, COM NOVAS FUNCIONALIDADES

## INVESTIGAÇÃO

### 23 ESTUDO CTE

Capecitabine Toxicity Evaluation

### 23 ESTUDO POSER

Portuguese Observational Study of Emetic Risk

### 24 PROGRAMA NACIONAL PIGART

Patient Information about GIST and Renal Carcinoma Treatment

## DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

### 25 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

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

Onco.news dedica-se à publicação de artigos científicos na área da enfermagem oncológica, nas variantes temáticas de epidemiologia, biologia molecular e patológica, cirurgia, radioterapia e quimioterapia, tanto no cancro do adulto como no pediátrico. Toda a informação sobre a revista poderá ser encontrada em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).



A AEOP é membro efectivo da EONS

### INDEXANTES:



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



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



Conforme o que já anunciámos no editorial anterior, 2010 poderá ser um bom ano para a AEOP e por inerência para a Onco.News. Concretizámos o nosso objectivo maior: a indexação internacional da revista ao LATINDEX e à EBSCO, americana. Esta indexação, para além de surgir como um reconhecimento exterior de critérios de qualidade, garante uma divulgação mais abrangente que a nacional, de assuntos comuns tratados em línguas e perspectivas diferentes. Desta forma, todos os artigos publicados, bem como o trabalho realizado ao nível da enfermagem oncológica em Portugal, terá um maior impacto junto da comunidade científica da Oncologia.

Após dois anos de persistência, termos alcançado um dos nossos objectivos iniciais só nos vem confirmar que, independentemente das dificuldades que possamos sentir a nível de reconhecimento político, social ou institucional, é possível uma Enfermagem Oncológica maior, melhor e mais reconhecida, contando para isso com a colaboração de todos aqueles que fazem parte deste projecto. E se anteriormente já tinham boas razões para partilhar o que se faz nas diferentes áreas da Oncologia, com esta nova abrangência, esperamos que a motivação para enviar artigos seja ainda maior.

Paralelamente a estas novidades, o site da AEOP – [www.aeop.net](http://www.aeop.net) – também foi renovado, sendo possível visualizar desde o dia 1 de Abril uma nova apresentação, com mais dinamismo e facilidade de acesso. Pedimos a quem nos visita o seu feedback, no sentido de colmatar lacunas e melhorar a interacção. A opinião de quem utiliza o site é importante, atendendo a que este é um dos meios utilizados para manter o que de mais inovador e actual se produz ou investiga em Oncologia acessível a todos.

Recordando os sucessos anteriores, esperamos que a 3.ª Reunião Anual da AEOP seja a continuação da Qualidade e Excelência das reuniões anteriores. Sendo o foco principal desta reunião (“Cuidar em Oncologia, Reabilitar a Vida”) um dos centros de interesse diário dos enfermeiros e abrangente de todos os aspectos na arte do cuidar, é natural que as sessões desta reunião

abordem temas variados e de grande interesse para quem cuida diariamente de doentes. Aguardamos com alguma ansiedade mais este momento enriquecedor, de profícua troca de experiências, e contamos nas próximas edições da Onco.News divulgar o que foi apresentado nas várias sessões, assim como o(s) trabalho(s) em evidência pela atribuição de prémios nesta Reunião.

Com os olhos colocados no futuro, mas sem esquecer todo o trabalho já realizado, a edição deste número vai abordar temas como o impacto dos tratamentos de cirurgia, cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia em doentes com cancro colo-rectal e respectivos cônjuges, ao nível da depressão, ansiedade e stress pós-traumático. Neste artigo de investigação a autora pretende demonstrar a correlação entre a depressão do doente e a depressão do cônjuge, bem como os efeitos a nível psicológico da presença duma ostomia de eliminação. O outro artigo de revisão publicado nesta revista relaciona-se com o cancro do colo do útero, onde a autora reflecte sobre o impacto desta patologia na população portuguesa, abordando as suas principais características e formas de rastreios. Para além destes dois artigos, que esperamos poderem contribuir para pôr em evidência dois dos diagnósticos que mais afectam a nossa população, temos, como é habitual, um espaço dedicado ao Projecto Target, já apresentado no número anterior, e que irá iniciar-se em Junho, bem como o desenvolvimento dos resultados do Projecto ART. Finalmente temos o habitual espaço destinado à divulgação científica e informação institucional.

Termino com o desejo de que este número seja mais um passo no percurso para tornar a Onco.News a face visível do Cuidar em Oncologia e um contributo para a confirmação de que a Enfermagem é uma forma de Arte baseada na Ciência e revestida de Humanismo.

Contamos consigo na Curia nos próximos dias 28 e 29 de Maio.



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



# CANCRO COLO-RECTAL: IMPACTO PSICOLÓGICO NO DOENTE E NO CÔNJUGE

Ana Paula Figueiredo

Enfermeira, Serviço Oncologia Médica, Instituto Português de Oncologia-Porto  
Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria  
Mestre em Educação para a Saúde

O presente estudo analisa o impacto dos tratamentos de cirurgia, cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia em doentes com cancro colo-rectal e respectivos cônjuges, ao nível da depressão, ansiedade e stress pós-traumático.

Os dados foram recolhidos no Instituto Português de Oncologia, sendo a amostra constituída por 114 doentes com o diagnóstico de cancro colo-rectal e 67 cônjuges.

Verificou-se neste estudo a existência de uma correlação positiva entre a depressão do doente e a depressão do cônjuge.

Também ficou demonstrado que a presença de uma ostomia de eliminação traduz ganhos físicos para o indivíduo doente. No entanto, a nível psicológico provoca um aumento significativo dos níveis de depressão, ansiedade e stress pós-traumático.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cancro colo-rectal, depressão, ostomia de eliminação.

*The current study assesses the impact of treatment by means of surgery, surgery/chemotherapy and surgery/radiotherapy in patients with colorectal cancer and their respective spouses, concerning depression, anxiety and post-traumatic stress. Data was gathered at the Portuguese Institute of Oncology, using a sample composed of 114 patients diagnosed of colorectal cancer and 67 spouses of such patients.*

*This study has shown a positive correlation between patients' depression status and that of their spouses. We've also demonstrated that an elimination ostomy brings physical benefits to the patient, yet significantly increases the risk of depression, anxiety and post-traumatic stress.*

**KEYWORDS:** Colorectal cancer, depression, ostomy.

## INTRODUÇÃO

A descoberta de uma doença crónica num indivíduo não afecta apenas esse indivíduo doente mas também toda a sua envolvência, em particular a sua família (Camdressus et al., 1989).

Tem-se verificado com frequência que reacções emocionais desencadeadas pelo cancro são encontradas não só no doente como nos membros da sua família (Figueiredo, Ferreira & Figueiredo, 2001), nomeadamente no cônjuge, onde o impacto da doença e seus tratamentos é sentida com grande intensidade (Sobral, 1987).

Weihls e Reiss (1996) referem que relações caracteristicamente inseguras são mais vulneráveis aos efeitos destrutíveis da ameaça do cancro do que relações familiares seguras, onde se verifica uma protecção do impacto destrutivo da ameaça.

Do mesmo modo que o doente atravessa um contexto de processo de luto (Kubler-Ross, 1994), também a família vivencia este processo (Lopes, 1997; Pereira & Lopes, 2002).

Tem-se verificado a existência de morbilidade psicológica e stress pós-traumático nos doentes oncológicos e seus cônjuges. Kissane e col. (1994), no seu estudo, verificaram a existência de depressão em 35% das esposas de doentes portadores de cancro e, nos doentes, valores de depressão 14 a 24% mais elevados do que na população em geral. Segundo os mesmos autores, este estado de angústia psicológica apresentado pelo doente reflecte-se potencialmente na família.

Também Maguire (1994) se refere à sintomatologia ansiosa e depressiva no cônjuge como consequência da doença, uma vez que esta provoca incertezas relacionadas com o prolongamento da vida em contraste com a eminência da morte.

Para Bishop (1994) e Weitzner (1999), o impacto da doença oncológica associado ao stress e à depressão são frequentemente de amplitude superior ou igual para os cônjuges, quando comparados com os doentes. Neste contexto Blanchard e col. (1997) referem que a percentagem de cônjuges que apresenta perturbações de humor e deterioração psicológica varia entre 20 a 30%.

Sabe-se que a doença oncológica tem determinadas particularidades que diferem de muitas outras situações capazes de contribuir para o desenvolvimento

de perturbação de stress pós-traumático. A quantidade de situações complexas que se vão desenvolvendo ao longo do tempo, que passam pela suspeita de doença oncológica, diagnóstico da mesma, tratamentos com os seus efeitos adversos, consultas de follow-up, exames e por vezes notícia de recidiva, fazem com que o doente se exponha continuamente às recordações da doença e seus sintomas (Passik & Grummon, 1998).

## OBJECTIVOS DO ESTUDO

Tendo em consideração a extensão da problemática em estudo e pretendendo aumentar e melhorar a nossa compreensão acerca do impacto psicológico do tratamento no doente com cancro colo-rectal e cônjuge, tornou-se necessário delimitar o campo em análise.

Assim, foram definidos como objectivos para este estudo:

- Avaliar a morbilidade psicológica e stress pós-traumático no doente oncológico e seu cônjuge;
- Comparar os três grupos de doentes em estudo ao nível da morbilidade psicológica e stress pós-traumático

## METODOLOGIA

A amostra do estudo é constituída por 181 indivíduos. Destes, 114 são doentes com diagnóstico de cancro colo-rectal e 67 são cônjuges dos referidos doentes.

Estes 114 doentes encontram-se divididos em 3 grupos, sendo o grupo A constituído por 35 doentes que efectuaram apenas tratamento cirúrgico, o grupo B constituído por 41 doentes que efectuaram tratamento de cirurgia/quimioterapia e o grupo C constituído por 38 doentes que efectuaram tratamento de cirurgia/radioterapia. O conjunto de cônjuges é também constituído por 3 grupos, sendo o grupo 1 constituído por 19 cônjuges de doentes que efectuaram apenas o tratamento de cirurgia, o grupo 2 constituído por 26 cônjuges de doentes que efectuaram o tratamento de cirurgia/quimioterapia e o grupo 3 constituído por 22 cônjuges de doentes que efectuaram tratamento de cirurgia/radioterapia.

Os instrumentos utilizados foram: “Hospital Anxiety & Depression Scale” (HADS) de Zigmund & Snaith (1983) e “Impact of Events Scale” (IES) de Weiss & Marmer (1977); “Inventário de Beck para a De-

pressão” (BDI) de Beck, Mendelson & Mock (1961) e “State Trait Anxiety Inventory” (STAI) de Spielberger, Gorush, Lushene, Vagg & Jacobs (1983).

A recolha de dados foi realizada no Instituto Português de Oncologia do Porto, nos Serviços de Consulta Externa e Medicina Oncológica.

A amostra é de conveniência, e todos os doentes e respectivos cônjuges que cumpriam os critérios de inclusão foram convidados a participar no estudo.

### **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Os tratamentos efectuados aos doentes oncológicos encontram-se submetidos a significações.

Segundo Gameiro (1999), no seu processo de reflexão, o doente tem em conta os males, os danos, as ameaças em relação ao futuro, assim como os possíveis ganhos que se relacionam com a situação.

Garcia, Wax e Chwartzmann (1996) referem que o tratamento cirúrgico para o doente oncológico por vezes representa mutilação, especialmente se esta se relacionar com a mama, face, órgãos genitais, membros ou perda de funções intestinais, urinárias e perda de voz. Para Santos (1995) a perda de autonomia e o desfiguramento perturbam o doente e a família, assim como o sentimento de “fardo” por parte do doente e o aspecto repulsivo que por vezes apresenta.

A necessidade de efectuar quimioterapia significa muitas vezes a possibilidade de tratamento da doença, proporcionando uma nova cura, no entanto, para a maioria dos doentes a notícia deste tratamento é recebida como assustadora, podendo significar recidiva ou metastização. Também os efeitos colaterais da quimioterapia exercem a sua influência na representação do tratamento, uma vez que estes provocam uma grande variedade de sintomas físicos e alterações da imagem corporal (Figueiredo, Ferreira & Figueiredo, 2001).

O significado atribuído ao tratamento de radioterapia é muitas vezes influenciado por acontecimentos que nada se relacionam com a doença ou com o próprio tratamento. Os horrores relativos à radiação foram, e ainda são, influenciados pelo lançamento da primeira bomba nuclear em Hiroshima, em 1945, e posteriormente pelo controle inadequado de reactores nucleares em Chernobyl. Estes dois acontecimentos provo-

cam muitas vezes medo dos efeitos da radiação, mesmo que seja utilizada com fins terapêuticos (Garcia, Wax & Chwartzmann, 1996).

A ideia de queimaduras dolorosas provocadas pela radioterapia, emissão de radiação excessiva e receio de tornar-se radioactivo, representando perigo para os outros, são razões que contribuem para o medo destes tratamentos e consequentemente para o significado atribuído a estes tratamentos (Garcia, Wax & Chwartzmann, 1996; Figueiredo, Ferreira & Figueiredo, 2001).

Também Gameiro (1999) refere que um tratamento efectuado anteriormente por um doente ou por uma pessoa conhecida que não teve bons resultados, posteriormente influenciará negativamente o mesmo doente.

Muitos são os autores que referem a ansiedade e a depressão como as mais frequentes alterações do foro psicológico em doentes portadores de cancro (Derogatis et al., 1983; Nordin & Glimelius, 1999; Ogden, 1999; Hacpille, 2000).

Segundo Ogden (1999), até 20% dos doentes com cancro manifestam depressão grave, luto, falta de controlo, alterações de personalidade, fúria e ansiedade.

Também Nordin e Glimelius (1999) se referem à ansiedade e depressão como sendo as reacções psicológicas mais comuns nos doentes com cancro. Segundo estes autores, o predomínio dos níveis de distúrbios como a ansiedade e a depressão variam de 0 a 45%, verificando-se que a ansiedade diminui com o tempo enquanto a depressão não apresenta um decréscimo significativo. Referem também que os níveis médios de ansiedade e distúrbios psicológicos em doentes com cancro durante o acompanhamento de follow-up não diferem significativamente dos níveis da população normal, contudo, os níveis de depressão apresentam-se mais elevados.

Como referido anteriormente, a ansiedade e a depressão representam as perturbações mais frequentes nos doentes oncológicos, verificando-se a existência de sintomatologia destas patologias em cerca de 85% dos doentes. A intensidade dos sintomas é variável e encontra-se relacionada com o tipo de ameaça especificamente ligada à doença ou ao seu tratamento (Holland, Silberfarb, Tross & Celia, 1986; Halcpille, 2000).





## Uma esperança que vem de dentro

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

**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. **POSOLOGIA 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 exacto 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 tomada antes de uma refeição. A dose recomendada de capecitabina é 2000 mg/m<sup>2</sup>/dia tomada em 2 doses com intervalo de 12 horas nos dias 1-14 em ciclos de 21 dias. A capecitabina deve ser tomada com alimentos ou nos 30 minutos a seguir à refeição. **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 acneiforme). **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<sup>®</sup> pemetrexedo



## A quimioterapia baseada na histologia

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

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

<sup>1</sup> RCM ALIMTA, Setembro 2009

### 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. **Indicações terapêuticas:** ALIMTA em combinação com cisplatina está indicado no tratamento de doentes em quimioterapia pela primeira vez, com mesotelioma pleural maligno não ressecável. ALIMTA em combinação com cisplatina está indicado no tratamento de primeira linha de doentes com cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa. ALIMTA está indicado em monoterapia no tratamento de manutenção do cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa, em doentes cuja doença não progrediu imediatamente após quimioterapia à base de platina. O tratamento de primeira linha deve ser uma combinação de platina, com gemcitabina, paclitaxel ou docetaxel. ALIMTA está indicado em monoterapia de segunda linha, no tratamento de doentes com cancro do pulmão de não pequenas células localmente avançado ou metastático, com histologia celular que não predominantemente escamosa. **Posologia e modo de administração:** Alimta em combinação com cisplatina: a dose recomendada de ALIMTA é de 500 mg/m<sup>2</sup> da área da superfície corporal (ASC) e administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. A dose recomendada de cisplatina é de 75 mg/m<sup>2</sup> da ASC administrada durante duas horas, aproximadamente 30 minutos depois do final da perfusão de pemetrexedo no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Os doentes têm de receber tratamento anti-émético adequado e serem adequadamente hidratados antes e/ou depois da administração de cisplatina. Alimta como agente único: No tratamento de doentes com carcinoma do pulmão de não-pequenas células, após quimioterapia prévia, a dose recomendada de ALIMTA é de 500 mg/m<sup>2</sup> (ASC) administrada por perfusão intravenosa durante 10 minutos, no primeiro dia de cada ciclo de 21 dias. Regime de pré-medicação: Deve administrar-se ácido fólico diariamente, vitamina B12 intramuscular na semana anterior à primeira dose de pemetrexedo e subsequentemente a cada 3 ciclos e dexametasona no dia anterior, no dia e no dia após a administração de Alimta. *(Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada)* **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. A amamentação deverá ser interrompida durante a terapêutica com o pemetrexedo. Vacina da febre amarela concomitante. *(Consultar o Resumo das Características do Medicamento para informação detalhada)* **Efeitos indesejáveis:** **Alimta+cisplatina: efeitos indesejáveis muito frequentes:** diminuição dos neutrófilos/granulócitos, leucócitos, hemoglobina, plaquetas, diarreia, diarreia sem colostomia, vômitos, estomatite/faringite, náuseas, anorexia, obstipação, fadiga, neuropatia sensorial, aumento da creatinina, diminuição da depuração da creatinina, erupção cutânea e alopecia. **Efeitos indesejáveis frequentes:** conjuntivite, dispênsia, 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-émético 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:** Setembro de 2009 **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.



Para Ribeiro (1998), as consequências emocionais relacionadas com o cancro dependem do tipo de cancro. De entre a grande diversidade de cancros existentes, encontram-se expectativas de sobrevivência diferentes, processos terapêuticos diferentes (uns mais agressivos do que outros) e alterações a nível da imagem corporal variadas (mais ou menos mutilantes). A personalidade de cada indivíduo, em combinação com o seu diagnóstico e tratamento efectuado, produzem respostas emocionais mais ou menos expressivas.

A este nível, Harrison e Maguire (1994) referem que são vários os factores responsáveis pelos níveis de morbilidade psicológica nos doentes com cancro, nomeadamente factores demográficos tais como a idade, sexo e estado civil; factores psicológicos pré-mórbidos como a auto-estima, um historial psiquiátrico e factores ambientais como a existência ou não de apoio social.

A ansiedade destes doentes deve-se à existência de medos múltiplos tais como mutilações, futuro incerto, perda do estatuto social, dor, separação dos entes queridos e morte (Couvreur, 2001; Stedeford, 1986; Bibbings, 1998). O reconhecimento de sintomas de ansiedade que requerem tratamento pode ser difícil, uma vez que estes doentes podem apresentar insónias, pesadelos, tensão muscular, cansaço, hiperactividade, dispneia e preocupação, sendo estas manifestações coincidentes na ansiedade e na própria doença oncológica (Roth & Breitbart, 2001; Stedeford, 1986).

A depressão é largamente influenciada pela perda ou diminuição de capacidades físicas, sentimento de impotência, fealdade, problemas financeiros, perda de estatuto social, do emprego (Couvreur, 2001), assim como dor física e o desconforto que envolve a ameaça de perda ou mesmo a perda da identidade e integridade da pessoa e alteração da sua percepção do futuro (Rosas, 1998). Bibbings (1998) acrescenta a estes factores o medo apresentado por alguns doentes, que se relaciona com o facto de por vezes os profissionais de saúde e os familiares do doente não lhes contarem toda a verdade em relação ao seu diagnóstico ou prognóstico.

Pode também existir por parte destes doentes uma grande dificuldade em se considerarem física e sexualmente desejáveis, o que influenciará e dificultará a manutenção de relações já estabelecidas ou a formação de

novas relações. De facto, uma cirurgia pode envolver a excisão de órgãos pélvicos, com possível distúrbio da função sexual, tanto no homem como na mulher (Griffin, 1998).

Num estudo referente à ansiedade face à morte efectuado por Oliveira (2002), verifica-se que os indivíduos adolescentes e os idosos apresentam maior ansiedade face à morte, comparativamente com os outros adultos. Relativamente ao sexo, assiste-se a uma tendência mais ou menos significativa do sexo feminino ser mais dominado pelo medo da morte.

Para Halcpille (2000), o síndrome depressivo pode manifestar-se através de um comportamento agressivo do doente para com a família ou para com as pessoas que o tratam, outras vezes manifestando-se por um comportamento de passividade acompanhado de mutismo. No entanto, o comportamento mais habitual consiste na perda de interesse pelo meio envolvente e por si próprio, perda de confiança no futuro e autodepreciação.

Hughes (1987) refere que o conhecimento do diagnóstico, a perda de um órgão e os efeitos colaterais dos tratamentos (quimioterapia, radioterapia ou hormonoterapia) contribuem, em algumas situações, para a morbilidade psiquiátrica. Também Apilanez (1995) se refere aos tratamentos efectuados pelo doente oncológico, com os seus efeitos colaterais por vezes irreversíveis (esterilidade), como promotores de problemas psicológicos.

Relativamente aos doentes portadores de um estoma de eliminação, Santos (1999) refere que a morbilidade psiquiátrica é mais elevada após a realização de uma ileostomia ou colostomia do que de qualquer outra cirurgia do foro intestinal. Refere também que esta se encontra em maior percentagem nos doentes portadores de cancro do que em doentes portadores de outras patologias. Os doentes que se submeteram à realização de um estoma de eliminação de carácter definitivo apresentam ao fim de um ano, segundo este autor, morbilidade psicológica grave a moderada, comparativamente aos doentes que posteriormente efectuaram cirurgia reconstrutiva. Estes resultados sugerem que a causa de tais alterações psicológicas se deve mais à presença da ostomia do que à doença em si.

Em concordância com Thomas encontram-se Geller e col. (1996), ao mencionarem que metade dos doen-

tes portadores de estoma manifestam nos primeiros meses após a cirurgia depressão ou outro sintoma psiquiátrico.

Nos doentes oncológicos que se apresentam em fase terminal torna-se difícil efectuar um diagnóstico de depressão (Cavanaugh, 1983), uma vez que os indicadores somáticos sugestivos de depressão, tais como alterações do sono, anorexia, astenia, diminuição da libido, perda de peso, cansaço e susceptibilidade emocional, podem estar directamente relacionados com a doença (Twycross, 2001).

Para se efectuar um diagnóstico de depressão num doente terminal deve-se prestar atenção ao conteúdo verbal que o doente apresenta, especialmente à existência de indicadores de baixa auto-estima, sentimentos de culpa, negação e adesão ou não aos tratamentos. Verifica-se por vezes que o doente manifesta ser um peso para a sua família e que seria melhor se morresse. Sente que não tem valor e acredita que já não tem utilidade para si próprio, para a família e para a sociedade. Os sentimentos positivos diminuem e o entusiasmo pelas anteriores actividades sociais desaparece, surgindo a desesperança e os sentimentos de culpa (Stedeford, 1986).

Nos seus estudos, Roth e Breitbart (2001) concluíram que a incidência da dor, depressão e delírio no doente oncológico aumenta consoante aumentam os níveis de debilidade física e avanço da doença, mostrando que aproximadamente 25% dos doentes apresentam sintomas depressivos severos, aumentando a sua prevalência nos doentes com doença avançada.

Na realidade, a depressão e a ansiedade encontram-se presentes em pessoas de ambos os sexos, de todas as idades e classes sociais, sendo importante a detecção precoce e o tratamento adequado, contribuindo-se assim para melhorar o prognóstico, sejam quais forem os factores etiológicos (Barbosa & Ribeiro, 2000).

Vários são os autores que se têm dedicado a estudar o stress pós-traumático na população em geral, tendo verificado que a probabilidade de um indivíduo presenciar um acontecimento traumático ao longo da sua vida é de cerca de 70% (Norris, 1992; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1993).

Na população portadora de doença oncológica, também se verifica a existência desta patologia. Encontram-se com frequência variáveis tais como ameaça à

integridade física e gravidade da doença. O seu carácter súbito, imprevisível, por vezes irreversível, as perdas sofridas, a impossibilidade de escape ou incontrolabilidade e as expectativas de se sujeitar a traumas futuros, são factores significativos que podem influenciar o aparecimento desta patologia (Andrykowski & Cordova, 1998).

Devido a estas características, verifica-se que o cancro apresenta-se como um acontecimento capaz de contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia pós-traumática. As primeiras manifestações surgem frequentemente de forma súbita, imprevisível e incontrolável, constituindo uma ameaça para a integridade física do indivíduo (Perez & Galdón, 2002).

A sintomatologia pode surgir ao longo de várias etapas da doença, sendo frequente na altura do diagnóstico (Roth & Breitbart, 2001). No entanto, a variedade de tratamentos cuja duração é por vezes muito prolongada e que frequentemente implicam perdas importantes para a pessoa, como a perda de órgãos fisiologicamente importantes, ou de outras partes do organismo que detêm um importante papel a nível da imagem corporal e da qualidade de vida, são também factores influentes no aparecimento desta patologia (Perez & Galdón, 2002).

As recordações de tratamentos anteriores, dolorosos ou assustadores, invadem por vezes os doentes oncológicos. Tanto nos adultos como nas crianças, o uso da negação é facilmente visível e minimiza o acontecimento doloroso (Roth & Breitbart, 2001).

A percepção de cada um acerca do diagnóstico, prognóstico e da ameaça de novos tratamentos, encontra-se também susceptível de constituir uma experiência traumática (Andrykowski & Cordova, 1998).

Não há dúvida que a doença oncológica tem determinadas particularidades que diferem de muitas outras situações capazes de contribuir para o desenvolvimento da perturbação de stress pós-traumático. A série de situações complexas que se vão desenvolvendo ao longo do tempo, que passam pela suspeita da doença, diagnóstico, tratamentos (cirurgia, quimioterapia, hormonoterapia e radioterapia), com os seus efeitos colaterais, consultas de follow-up, exames complementares e por vezes as notícias de recidiva, faz com que o doente se exponha continuamente às recordações da doença e dos seus sintomas, dificultando assim o tratamento da



perturbação de stress pós-traumático (Passik & Grummon, 1998). Assim, a doença oncológica pode produzir um trauma complexo, de natureza multifactorial, onde a pessoa se expõe de forma repetida a situações stressantes (Andrykowski & Cordova, 1998).

## RESULTADOS

Para testar a primeira hipótese “Espera-se que exista relação entre o stress pós-traumático, depressão e ansiedade do doente e o stress pós-traumático, depressão e ansiedade do cônjuge”, fomos inicialmente avaliar se os pressupostos da estatística paramétrica estavam presentes na amostra. Assim, testamos a normalidade e a homogeneidade de variância. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva normal revelam que os instrumentos medidos do IES, HADS, BECK e STAI não têm uma distribuição normal na amostra estudada. A normalidade das variáveis sob estudo e a homogeneidade das variâncias da amostra não se verifica.

Como se pretende analisar uma relação entre as variáveis, a análise estatística utilizada foi a Correlação de Spearman.

Apresentamos de seguida os resultados referentes às correlações entre as variáveis estudadas nesta hipótese: Stress pós-traumático, Depressão e Ansiedade dos doentes com cancro colo-rectal e respectivos cônjuges.

Quadro 1 – Resultados da correlação entre Depressão, Ansiedade e Stress pós-traumático dos doentes e respectivos cônjuges (Teste: Correlação de Spearman).

| Variáveis   | Coefficiente de Correlação de Spearman (ró) | p    |
|---|---|------|
| Ansiedade do doente – Ansiedade traço do conjugue                   | 0.082                                       | .508 |
| Ansiedade do doente – Ansiedade estado do conjugue                  | .154  | .212 |
| Depressão do doente – depressão do conjugue                         | .287  | .021 |
| Stress pós-traumático do doente – stress pós-traumático do conjugue | .186  | .128 |

Após a observação do quadro anterior concluímos que existe uma correlação positiva entre a Depressão do doente e a Depressão do cônjuge. Relativamente às restantes variáveis verificamos a não existência de relação, pelo que a hipótese foi parcialmente confirmada.

Relativamente à segunda hipótese “Espera-se que existam diferenças significativas a nível da depressão, ansiedade e stress pós-traumático nos doentes portadores e não portadores de ostomia”, os quadros seguintes apresentam os resultados das diferenças significativas das variáveis depressão, ansiedade, stress pós-traumático e representações da doença encontrados entre os doentes portadores de ostomia e os doentes que não possuem ostomia.

Os resultados do teste de Kolmogorov-Smirnov de ajustamento à curva revelam que os construtos medidos pela versão adaptada do HADS e IES têm uma distribuição não normal na amostra estudada. Recorreu-se então a um teste U de Mann-Witney para grupos independentes.

Quadro 2 – Resultados da análise referente às variáveis Depressão, Ansiedade e Stress pós-traumático em função da presença ou não de ostomia (Teste U de Mann-Whitney).

| Variáveis             | Média N = 29 (Ostomizado) | Média N = 85 (Não ostomizado) | Z     | p     |
|-----------------------|---------------------------|-------------------------------|-------|-------|
| Ansiedade             | 12.10                     | 7.70                          | -3.74 | <.001 |
| Depressão             | 11.31                     | 6.42                          | -4.37 | <.001 |
| IES Total             | 9.19                      | 7.81                          | -3.52 | <.001 |
| Intrusão (IES)        | 3.35                      | 2.61                          | -4.48 | <.001 |
| Evitamento (IES)      | 2.59                      | 2.72                          | -.150 | .880  |
| Hipervigilância (IES) | 3.24                      | 2.47                          | -3.26 | .001  |

Verifica-se, da análise do quadro anterior, que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Ansiedade, Depressão e Stress pós-traumático entre os doentes portadores de ostomia e os não portadores de ostomia. A presença de uma ostomia de eliminação causa maiores níveis de depressão, ansiedade e stress pós-

traumático nos doentes com cancro colo-rectal. Relativamente às várias dimensões do stress pós-traumático, verifica-se que os doentes com ostomia apresentam-se mais hipervigilantes e com mais sintomas de intrusão, o mesmo não se verificando relativamente à sintomatologia de evitamento.

## CONCLUSÃO

A doença oncológica continua a ser uma das doenças mais temidas da humanidade. Encontrando-se associada ao grupo de doenças que mais ameaçam a integridade física e psicológica dos indivíduos, tende a causar um impacto profundo na forma como os indivíduos se percebem e percebem o ambiente que os rodeia.

A percepção da doença encontra-se estreitamente relacionada com o aparecimento de sintomas, no entanto, muitas vezes esta surge de forma silenciosa, sem que se perceba qualquer sinal ou sintoma, tornando inevitável o aparecimento de alterações emocionais.

A base do medo que existe em relação à doença oncológica encontra-se relacionada com a dor, sofrimento, alterações da imagem corporal motivada por os tratamentos (cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonoterapia), morte, relatos dos meios de comunicação social e com as reacções das pessoas mais próximas. No entanto, também as crenças relacionadas com as fantasias que surgem motivadas pelo desconhecido, exercem grande influência nesta área (Blanco, Antequera & Aires, 2002).

Em todas as sociedades se assiste a um aumento da incidência e da mortalidade por cancro, devendo-se esta situação, em parte, a mudanças do estilo de vida, nomeadamente a alterações dos hábitos alimentares, ao aumento da sobrevivência e a novas e melhores técnicas de diagnóstico (Pimentel, 2004).

O cancro colo-rectal não é uma excepção. Este é a segunda causa de morte por cancro nos Estados Unidos da América (Murard, 1996) e apresenta uma elevada taxa de incidência em Portugal (cancro do cólon – 15,15 % no sexo feminino e 22,09 % no sexo masculino; cancro do recto – 12,15% no sexo masculino e 20,14 % no sexo masculino) (Gouveia e col., 1993).

Em termos clínicos, o presente estudo veio evidenciar diferenças relevantes a nível da morbilidade psicológica dos doentes com cancro colo-rectal e dos seus cônjuges nas várias vertentes dos tratamentos (cirurgia, cirurgia/quimioterapia e cirurgia/radioterapia), assim como algumas variáveis importantes a considerar na qualidade de vida dos doentes, nas diferentes situações de tratamento.

A presença de uma ostomia de eliminação traduz ganhos físicos para o indivíduo doente, mas a nível psicológico provoca um aumento significativo dos níveis de depressão, ansiedade e stress pós-traumático.

Existem indicações de que devemos estar atentos à sintomatologia quer física quer psicológica dos doentes com cancro colo-rectal, uma vez que, encontrando-se esta presente, os doentes tendem a apresentar alterações importantes na sua qualidade de vida, nas suas várias vertentes.

A qualidade de vida, procurada por todos nós, é também um direito que assiste aos doentes com cancro colo-rectal, devendo os profissionais de saúde, também educadores para a saúde, estabelecer critérios que contribuam para o seu melhor estabelecimento.

## BIBLIOGRAFIA

- ANDRYKOWSKI, A. & CORDOVA, J. (1998). Factors Associated with PTSD Symptoms Following Treatment for Breast Cancer: Test of the Andersen Model. *Journal of Traumatic Stress*, nº 11: 189-203.
- BIBBINGS, J. (1998). Upper Gastrointestinal Tract Tumours. In V. TSCHUDIN. *Nursing the Patient With Cancer*. New York. Prentice Hall, 203 - 205.
- BECK, A.; WARD, C.; MENDELSON, M.; MOCH & ERBARGL. (1961). An inventory for Measuring Depression. *Archives of general Psychiatry*, 561-571.
- BLANCO, A.; ANTEQUERA, R. & AIRES, M. (2002). Percepción Subjectiva del Cáncer. In M. Dias & E. Durá. *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa. Climepsi: 547 a 578.
- BISHOP, G. (1994). *Health Psychology: Integrating Mind and Body*. Boston. Allynand Bacon.
- BLANCHARD, C.; ALBRECHT, T. & RUCKDESCHEL, J. (1997). The Crisis of Cancer: Psychological Impact on Family Caregivers. In *Oncology*, nº 11: 189 a 194.
- CAMDESSUS, B. (1989). *Les crises familiares du Grand Age*. Paris. ESF.
- CAVANAUGH, A. (1983). The Prevalence of Emotional and Cognitive Dysfunction in a General Medical Population using the MMSE, GHQ and BDI. *General Hospital Psychiatry*, 5, 15-24.
- COUVREUR, C. (2001). *A Qualidade de Vida - Arte para Viver no Século XXI*. Loures. Lusociência.
- DEROGATIS, L.; MORROW, G.; FETTING, J.; PENMAN, D.; PIASETSKY, S.; SCHMALE, A.; HENRICH, M. & CANEICK, C. (1983). The Prevalence of Psychiatric Disorders Among Cancer Patients. *Journal of the American Medical Association*, 249, 751-757.
- FIGUEIREDO, A.; FERREIRA, L. & FIGUEIREDO, P. (2001). Impacto Psico-social do Cancro da Mama na Mulher. *Enfermagem Oncológica*. Porto. nº 17: 22 a 27.

- GARCIA, I.; WAX, P. & GHWRTZMANN, F. (1996). Aspectos Psicossociais do Paciente com Cancer. In A. Murard & A. Katz.. *Bases Clínicas do Tratamento*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 125-131.
- GELDER, M.; GATH, D.; MAIOU, R. & COWEN, P. (1996). *Oxford Textbook of Psychiatry*. New York. Oxford University Press Inc. 385-388.
- GOUVEIA, J. ANTÓNIO, M. & VELOSO, V. (1993). *Registo Oncológico Nacional*. Porto. I.P.O.
- GRIFFIN, C. (1998). Lower Gastrointestinal Tract Tumours. In V. TSCHUDIN. *Nursing the Patient With Cancer*. New York. Prentice Hall. 227-232.
- HACPILLE, L. (2000). *A Dor Cancerosa e seu Tratamento. Abordagem em Cuidados Paliativos*. Lisboa. Instituto Piaget.
- HARRISON, J. & MAGUIRE, P. (1994). Predictors of Psychiatric Morbidity in Cancer Patients. *British Journal Psychiatric.*, 165, 593-598.
- HOLLAND, J.; SILBERFARB, P. TROSS, S. & CELIA, D. (1986). Psychosocial Research in Cancer: The Cancer and Leukemia Group B. In V. Ventafridda. *Assessment of Quality of Life na Cancer Treatment*. Amsterdão. Experta Medica. 89-101.
- HUGHS, J. (1987). *Cancer and Emotion: Psychological Preluds and Reactions to Cancer*. Chichester. John Wiley & Sons.
- KISSANE, D. & BLOCH, S. (1994). Grief. In S. BLOCH; J. HAFNER; E. HARAI & G. SZMUKLER. (Eds). *The Family in Clinical Psychiatry*. Oxford. Oxford University Press.
- KUBLER-ROSS, E. (1994). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Barcelona. Grijalbo.
- LOPES, M. (1997). A Integração do Doente Oncológico no seu Meio Bio-sócio-familiar. Problemas mais Frequentes no Doente Oncológico Pós-alta. Lisboa. Nº 28.
- MAGUIRE, P. (1994). ABC of Brest Diseases. Psychological Aspects. *British Medical Journal*. nº 309: 1649 a 1652.
- MURARD, A. (1996). Câncer Anal. In MURARD, A. & KATZ, A. *Oncologia. Bases Clínicas do tratamento.*. Rio de Janeiro. Guanabara koogan: 180 a 181.
- NORDIN, N. & GLIMELIUS, B. (1999). Predicting Delayed Anxiety and Depression in Patients with Gastrointestinal Cancer. *Journal of Cancer: Cancer Research Campaign*. 525-529.
- NORRIS, F. (1992). Epidemiology of Trauma: Frequency and Impact of Different Potentially Traumatic Events on Different Demographic Groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409 - 418.
- OGDEN, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa. Climepsi.
- PASSIK, S. & GRUMMON, L. (1998). Post Traumatic Stress Disorder. In J. Holland. *Handbook of Psychooncology*. New York. Oxford University Press. 595-607.
- RESNHCK, H.; KILPATRICK, D.; DANSKY, B. & BEST, C. ( 1993). Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991
- ROTH, A. & BREITBART, W. (2001). Principles of Psychosocial Oncology. In P. Rubin. *Clinical Oncology: A Multidisciplinary Approach for Physician na Students*. New York. Sanders. 220-238.
- SANTOS, Z. (1995). Reações Emocionais e Apoio Psicológico ao Doente com Doença grave. *Cuidar*, 2, 3-7.
- SOBRAL, Z. (1987). Adaptação Psico-social do Doente Oncológico. In *Divulgação*. nº 3: 5 a 7.
- SPIELBERGER, C. GORUCH, R. LUSHENE, R. VAGG, P. & JACOBS, G. (1983). *Manual for the State-trait Anxiety Inventory, (form Y), Self Evaluation Questionnaire*. Consulting Psychologists Press, Inc.
- STEDFORD, A. (1986). *Encarando a Morte: Uma Abordagem ao Relacionamento com o Paciente Terminal*. Porto Alegre. Artes Médicas.
- TWYXCROSS, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores.
- WEISS, D. & MARMER, C. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. J. Wilson & Teane (Eds). *Assessing Psychological Trauma and PTSD*. New York. Guildford.
- WEIHS, k. & REISS, D. (1996). Family Reorganization in Response to Cancer: A Developmental Perspective. In BAIDER, L.; COOPER, C. & DE-NOUR, A.; *Cancer and Family*. Chichester. Wiley: 3 a 29.
- WEITZNER, M. JACOBSEN, P. WAGNER, H. FRIEDLAND, J. & COX, C. (1999). The Caregiver Quality of Life Index – Cancer (CQQLC) Scale: Development and Validation of na Instrument to Measure Quality of Life the Family Caregiver of Patients with Cancer. *Quality os Life Research*. nº 8: 55 a 63.

# ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

INDEXANTES:



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



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

**A SUA REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA**  
 ENVIE OS SEUS ARTIGOS PARA SECRETARIADO@AEOP.NET

# PREVENÇÃO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO

Carla Alves dos Santos

Serviço de Oncologia Médica, IPOFG Porto

Mestrado em Saúde Pública

carla.lmalves@gmail.com

O cancro do colo do útero apresenta um importante impacto na vida das mulheres em todo o mundo, pois, embora o cancro seja mais frequente em pessoas idosas, o cancro do colo do útero afecta maioritariamente mulheres jovens, em idade activa, entre 35 e 50 anos, muitas das quais com responsabilidades profissionais e familiares. São reportados, anualmente, na União Europeia, cerca de 34.000 novos casos e 16.000 mortes por cancro do colo do útero<sup>(1)</sup>.

De todos os cancros, o cancro do colo do útero é o que apresenta um dos mais elevados potenciais de prevenção e cura, aquele que pode ser controlado com maior efectividade.

Na prevenção do cancro do colo do útero podem ser utilizadas estratégias de prevenção primária, através da vacinação, que tem como objectivo impedir a transmissão do agente (HPV-16 e -18), indispensável ao desenvolvimento da doença, e estratégias de prevenção secundária, através de um teste de rastreio (citologia ou teste de HPV), com o intuito de detectar as lesões pré-invasivas e impedir o aparecimento de cancro.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cancro do colo do útero, prevenção do cancro do colo do útero, rastreio e vacinação.

*Cervical cancer has a major impact on the lives of women worldwide. Although cancer is common in the elderly, cervical cancer mainly affects young women, between 35 and 50, many with work and family responsibilities. In the European Union, about 34,000 new cases and 16,000 deaths from cervical cancer are reported annually<sup>(1)</sup>.*

*Within all cancers, cervical cancer is the one which can be most effectively controlled, having a great potential for prevention and cure.*

*Cervical cancer can be prevented through primary prevention strategies, through vaccination, which aims to prevent the transmission of the virus (HPV-16 and -18) necessary to the disease development, and secondary prevention strategies, through a screening test (Pap test or HPV), in order to detect pre-invasive lesions and prevent the onset of cancer.*

**KEYWORDS:** Cervical cancer, prevention of cervical cancer, screening and vaccination.

## INTRODUÇÃO

O cancro do colo do útero é o segundo cancro mais frequente no sexo feminino, sendo a terceira causa de morte por cancro na mulher. Em 2002 foram estimados cerca de 493.000 novos casos e 274.000 mortes, 80% dos casos, aproximadamente, ocorrendo em países em vias de desenvolvimento<sup>(2)</sup>. Em países em vias desenvol-

vimento ainda, menos de 50% das mulheres diagnosticadas com cancro do colo do útero sobrevivem para além de 5 anos, em contraste com a sobrevivência aos 5 anos em países desenvolvidos que é de cerca de 66%<sup>(3)</sup>. O cancro do colo do útero afecta maioritariamente mulheres jovens, sendo uma importante causa de anos de vida perdidos, tornando-se, desta forma, um proble-



ma de saúde pública que merece a maior atenção por parte dos profissionais de saúde.

Portugal apresenta uma das mais altas taxas de incidência de cancro do colo do útero da Europa Ocidental, com uma taxa de incidência de 14,8 por 100.000 mulheres e uma taxa de mortalidade de 4,9 por 100.000 mulheres em 2001, representando o quinto cancro mais frequente no sexo feminino (Figura 1)<sup>(4)</sup>.



O cancro do colo do útero resulta de uma proliferação anómala de células pertencentes à mucosa que reveste o canal cervical que, ao sofrerem transformações intra-epiteliais progressivas, podem evoluir para uma lesão cancerosa invasiva de uma forma progressiva (podendo levar até 30 anos)<sup>(6)</sup>.

O cancro do colo do útero pode ser apresentado fundamentalmente sob a forma de carcinoma espinocelular, que representa cerca de 90% a 95% de todos os cancros do colo do útero, ou sob a forma de adenocarcinoma, sendo este último mais difícil de detectar na fase pré-cancerosa.

As características das lesões pré-cancerosas determinam os vários graus de displasia ou neoplasia intra-epitelial cervical (*CIN*). Desta forma, na displasia ligeira, ou *CIN I*, a lesão é considerada pré-cancerosa, já que a presença de algumas células atípicas é tão localizada que não chegam a ocupar toda a espessura do epitélio cervical. Na displasia moderada, ou *CIN II*, é possível observar um maior número de células atípicas e uma conseqüente maior alteração da estrutura do epitélio

cervical, sendo, igualmente, considerada pré-cancerosa, já que não se procedendo ao seu oportuno tratamento poderá transformar-se, a médio ou longo prazo, num cancro. A displasia grave ou *CIN III*, por sua vez, corresponde precisamente a um cancro em fase inicial, no qual se observa a presença de células atípicas, e uma evidente alteração da estrutura do epitélio da mucosa cervical, apesar de a lesão se localizar essencialmente no epitélio. Esta fase é igualmente conhecida como carcinoma *in situ*, pois, não tendo invadido as camadas subjacentes, não se infiltrou nos tecidos adjacentes nem originou metástases<sup>(7)</sup>.

O risco de desenvolver cancro do colo do útero tem sido claramente demonstrado, através de estudos epidemiológicos, como fortemente influenciado por factores de comportamento sexual, como múltiplos parceiros sexuais e início precoce de relações sexuais<sup>(3)</sup>.

Nos anos 90, a epidemiologia e a biologia molecular estabeleceram uma relação causal entre a infecção persistente pelo Papiloma Vírus Humano (*HPV*) de alto risco e o cancro do colo do útero, tornando-se no primeiro cancro que tem sempre como causa necessária, embora não suficiente, um agente infeccioso<sup>(8)</sup>. A infecção pelo *HPV* é a doença sexualmente transmissível mais prevalente em todo o mundo, especialmente em mulheres jovens, sexualmente activas, estimando-se que cerca de 75% a 80% dos indivíduos sexualmente activos sejam infectados durante a vida<sup>(9)</sup>. Vários factores podem influenciar a progressão da infecção por *HPV* para cancro do colo do útero, que se centram essencialmente na susceptibilidade individual, na robustez da resposta imunológica e em outros factores complementares que modulam a resposta do hospedeiro. Desta forma, situações que comprometam essa imunidade, como tabagismo, infecção concomitante com outros microrganismos como Vírus Herpes Simples, *Chlamydia Trachomatis*, múltiplas infecções sexuais, desnutrição, qualquer situação associada à imunodeficiência (infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana), favorecem a persistência da infecção e a progressão para lesão epitelial<sup>(10,11)</sup>.

O *HPV* é responsável por uma das infecções por transmissão sexual mais prevalente a nível mundial. Até à data foram identificados mais de 200 tipos de *HPV*, dos quais cerca de 40 infectam, preferencialmente, o

trato anogenital: vulva, vagina, colo do útero, pênis e áreas perianais. Dentro destes, cerca de 15 são considerados tipos de *HPV* de alto risco, baseados na força da associação com o cancro do colo do útero e outros cancros anogenitais<sup>(12)</sup>.

O cancro do colo do útero é uma neoplasia maligna na qual as iniciativas de prevenção de saúde pública tiveram o maior sucesso<sup>(14)</sup>. As alterações citológicas, bem como as fases iniciais de cancro do colo do útero são, geralmente, assintomáticas. Este facto, associado ao longo período de progressão das lesões pré-cancerosas, passíveis de tratamento eficaz, poderá levar, se detectadas precocemente, a uma redução da incidência e, em última análise, da mortalidade<sup>(14)</sup>.

No controlo do cancro do colo do útero existem estratégias integradas que incluem a prevenção primária (prevenção da infecção por *HPV* e dos co-factores que aumentam o risco de cancro do colo do útero), secundária (detecção precoce de lesões pré-malignas) e terciária (diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos para os casos avançados de doença).

A relação causal estabelecida entre a infecção persistente pelo papiloma vírus humano (*HPV*) de alto risco e o cancro cervical, tornando-o, como já se destacou, no primeiro cancro que tem sempre como causa necessária, embora não suficiente, um agente infeccioso, conduziu ao aparecimento de vacinas, dirigidas contra a infecção pelos *HPV*s de alto risco 16 e 18, responsáveis por cerca de 70-75% dos carcinomas cervicais. As medidas de prevenção primária do cancro do colo do útero, incluindo a utilização de vacinas que tenham na sua composição os genótipos adequados, permitem reduzir as infecções por *HPV* e contribuem para baixar a incidência de cancro do colo do útero e também de outros tipos de cancro provocados por *HPV*. A vacinação surge, assim, como mais uma arma no combate a esta doença oncológica. A vacinação foi aprovada pela Comissão Europeia em 2006, no entanto, no início de 2008 a vacinação para o *HPV* ainda não se encontra implementada em todos os países da União Europeia. Em Portugal a vacinação foi incluída no Programa Nacional de Vacinação em Outubro de 2008 para todas as raparigas com 13 anos de idade<sup>(15)</sup>. Recentemente, duas vacinas foram comercializadas (Gardasil® e Cervarix®).

Ambas as vacinas são constituídas por partículas semelhantes aos vírus (*virus like particles – VLP*), não infecciosas, produzidas por tecnologia de ácido desoxirribonucleico (*DNA*) recombinante e destinam-se à prevenção de infecções por *HPV*, incluindo infecções persistentes, lesões intra-epiteliais de baixo grau (*CIN I*), lesões precursoras do cancro (*CIN II/III*) e, finalmente, cancro do colo do útero<sup>(16)</sup>. Tanto a vacina bivalente (Cervarix®), desenvolvida contra os *HPV*-16 e -18 (responsáveis por 70 a 75% de casos de cancro do colo do útero, recorde-se), como a vacina tetravalente (Gardasil®), desenvolvida contra os *HPV*-16 e -18 e contra os *HPV*-6 e -11 (responsáveis por cerca de 90% de casos de verrugas genitais/condilomas) têm sido demonstradas como seguras e efectivas<sup>(17, 18)</sup>. Em mulheres sem indícios de exposição ou infecção com os genótipos de *HPV* que estão presentes na vacina, as duas vacinas mostram uma eficácia muito elevada, com mais de 90% de redução nos casos de infecção persistente e redução superior a 98% nas lesões do colo do útero de alto grau<sup>(19-21)</sup>, sendo eficazes nas faixas etárias entre os 15-26 anos<sup>(22)</sup>.

O progressivo desenvolvimento de estratégias de prevenção primária deve coexistir com a prevenção secundária do cancro de colo do útero, através de programas de rastreio organizados, pois nenhuma das vacinas existentes confere protecção contra todos os *HPV* oncogénicos e o seu efeito só se verificará a médio/longo prazo<sup>(23)</sup>. Além disso o impacto epidemiológico da vacinação só se começará a verificar dentro de 2-3 décadas. Desta forma, o desenvolvimento de programas de rastreio organizado do cancro do colo do útero é fundamental.

O rastreio do cancro do colo do útero começou com a introdução do teste de Papanicolaou em países desenvolvidos e constitui-se como, em grande parte, responsável pelo notável sucesso alcançado na prevenção deste tipo de cancro. A citologia cervical convencional é um teste desenvolvido nos anos 40 para detectar alterações citológicas e, hoje em dia, este método de rastreio constitui-se ainda uma parte importante na medicina preventiva da mulher<sup>(24)</sup>.

O teste de citologia cervical convencional consiste basicamente na colheita de células do colo do útero com auxílio de uma espátula, que se colocam, posteriormente, numa lâmina para análise microscópica (Figura 2).

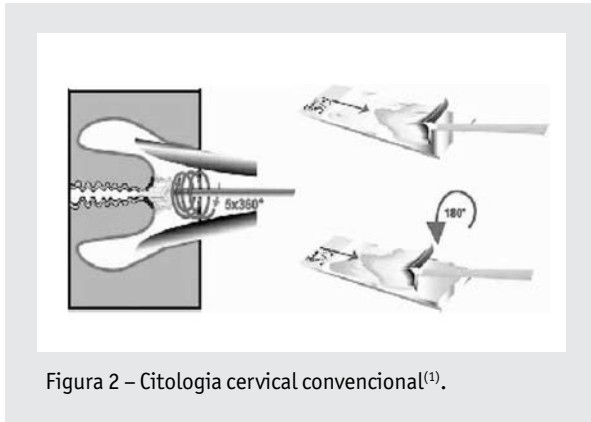


Figura 2 – Citologia cervical convencional<sup>(1)</sup>.

A eficácia da citologia cervical convencional no rastreamento do cancro do colo do útero nunca foi demonstrada em ensaios clínicos randomizados, no entanto, a evidência da sua efectividade é, actualmente, claramente aceite através de estudos observacionais<sup>(1)</sup>. A citologia cervical apresenta uma grande variação na sensibilidade para detectar neoplasia do colo do útero. Em revisões de vários estudos a sensibilidade para detectar lesões neoplásicas intra-epiteliais cervicais de alto grau varia entre 47-62% e a especificidade entre 91-96%<sup>(25-27)</sup>. Em estudos desenvolvidos em países em desenvolvimento a sensibilidade da citologia cervical varia entre 31% e 78% e a especificidade entre 91% e 96%<sup>(28)</sup>. Esta baixa sensibilidade tem sido atribuída a uma má recolha das amostras (em 5% a 10% das amostras), incorrecta preparação das amostras e erros de interpretação laboratoriais<sup>(26,29)</sup>. Contudo, o teste da citologia cervical convencional tem o potencial para reduzir o risco de cancro do colo do útero em 60% a 90% dentro de três anos<sup>(30)</sup>, e a redução da incidência e mortalidade do cancro do colo do útero nos Estados Unidos e outros países desenvolvidos tem-se verificado, apesar da relativamente baixa sensibilidade deste método de rastreio<sup>(27)</sup>.

A citologia em meio líquido (*LBC*) foi desenvolvida principalmente para melhorar a qualidade das amostras recolhidas do colo do útero, e é realizada sem a produção de esfregaços<sup>(31,32)</sup> (Figura 3). Este processo visa a reduzir potencialmente duas importantes desvantagens da citologia convencional: a amostra relativamente pequena e não representativa de células, e os efeitos de outras substâncias como sangue, muco e outras células

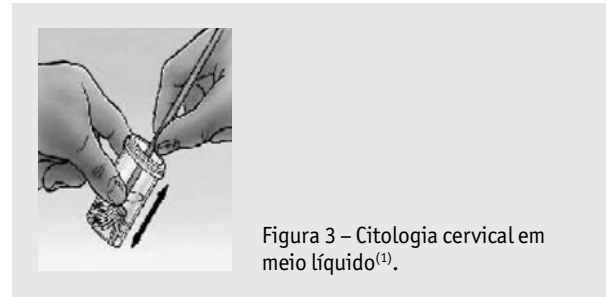


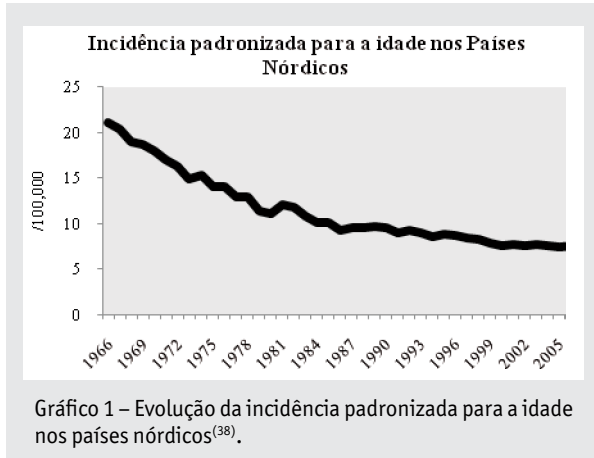
Figura 3 – Citologia cervical em meio líquido<sup>(1)</sup>.

não-cervicais, na legibilidade da amostra. Como a *LBC* é mais cara do que a citologia convencional, e requer instrumentação adicional, pode não ser viável para implementar em países com baixos recursos<sup>(28)</sup>.

O teste de *HPV* é usado principalmente para a triagem para a colposcopia de mulheres com exames de citologia cervical classificados como “células escamosas atípicas de significado indeterminado”<sup>(34)</sup>.

Em países com baixos recursos são utilizados outros tipos de testes, como a inspecção visual com ácido acético (*VIA*) ou o teste de Schiller, em que a inspecção visual é realizada com a solução de Lugol (*VILI*). No primeiro teste é realizada uma raspagem do colo do útero com ácido acético, sendo que existindo células pré-cancerosas estas adquirem a coloração branca. Quanto à inspecção visual com a solução de Lugol, aplicando a solução no colo do útero as lesões pré-cancerosas aparecem bem definidas, com coloração amarelada. Estes testes, apesar de exigirem a formação adequada dos profissionais de saúde, incluem uma grande vantagem em países com baixos recursos económicos e infra-estruturas devido à aplicação relativamente simples e de baixo custo<sup>(35)</sup>.

Os resultados dos programas de rastreio dependem, em grande parte, da magnitude do problema na população, da sensibilidade e especificidade do método de rastreio e da elevada adesão ao rastreio, aspectos alcançados apenas com programas de rastreio organizado<sup>(37)</sup>. Nos países nórdicos, por exemplo, onde programas de rastreio organizados estão implementados, a taxa de incidência padronizada para a idade tem demonstrado uma tendência decrescente desde a década de 1960, passando de 21,2/100.000 em 1966 para 7,3/100.000 em 2007<sup>(38)</sup> (Gráfico 1).



Contudo, o rastreio oportunista, no qual se procura prevenir a doença, aproveitando a presença da mulher no serviço de saúde, como, por exemplo, nas consultas de planeamento familiar, não garantindo nem a universalidade/equidade desejáveis, nem uma cobertura adequada da população, ainda se encontra predominante na maioria dos países europeus. Apesar de existirem recursos relativamente bons, poucos programas de rastreio organizados estão implementados, a nível nacional. Um relatório recente sobre o controlo do cancro em países da União Europeia, Islândia, Noruega e Suíça mostra que apenas em metade dos países da União Europeia é observada a cobertura nacional através de programas de rastreio organizados, verificando-se também uma grande heterogeneidade quanto à definição de populações-alvo, à selecção do intervalo e testes, e à taxa de participação<sup>(15)</sup>.

Segundo as Guidelines Europeias para o rastreio do cancro do colo do útero, o rastreio é recomendado entre os 20-30 anos, com intervalos de 3-5 anos até aos 60 anos<sup>(1)</sup>. Contudo, em países onde o rastreio oportunista do cancro do colo do útero predomina poderão existir desigualdades no acesso a esse mesmo rastreio. Num estudo recente realizado numa amostra de mulheres portuguesas residentes numa zona urbana, sem rastreio organizado na altura do estudo, verificou-se que a prevalência do uso da citologia cervical ao longo da vida foi de 91,2%<sup>(39)</sup>. Esta elevada proporção de mulheres, contudo, poderá ocultar desigualdades no acesso a esse rastreio, impedindo que os seus potenciais benefícios,

ao menor custo possível, sejam atingidos na sua totalidade.

Em Portugal o rastreio do cancro do colo do útero tem sido predominantemente oportunista. Na região Centro foi implementado gradualmente, desde 1990, um programa regional de rastreio organizado, bem como na região do Alentejo onde um programa de rastreio organizado foi iniciado em 2007. Recentemente encontra-se em implementação um programa de rastreio organizado que apresenta como meta rastrear pelo menos 70% da população feminina elegível a cada ano da área de influência da Administração Regional de Saúde do Norte<sup>(36)</sup>.

## CONCLUSÃO

O cancro do colo do útero, apesar de ser uma das neoplasias malignas nas quais as iniciativas de prevenção de saúde pública são mais eficazes e efectivas, é um exemplo patente das assimetrias no acesso aos cuidados de saúde, maioritariamente devido à inexistência ou mau funcionamento de programas de rastreio. Os rastreios tipo oportunista são negativamente influenciados pela dependência dos serviços de saúde materno-infantis, baixa adesão ao rastreio pela população-alvo e rastreio frequente de mulheres de baixo risco, não sendo capaz de cumprir os princípios de universalidade e equidade.

A vacinação constitui uma parte da resposta no combate ao cancro do colo do útero, mas, por si só, não resolve o problema. Apesar de a vacinação reduzir o risco de cancro do colo do útero, não o elimina completamente, pois apesar de proteger contra os tipos mais comuns de HPV não protege contra todos os tipos.

Assim, no combate a esta doença oncológica torna-se fulcral a implementação de programas de rastreio organizado assentes numa metodologia de base populacional, organizada, centralizada, com mecanismos de controlo e garantia de qualidade, sujeitos a auditorias, garantindo a gratuitidade à população.



## BIBLIOGRAFIA

- [1] Arbyn M, European Commission. Directorate-General H, Consumer P. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008.
- [2] Ferlay J, Bray F, Pisani P, Parkin DM. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. GLOBOCAN 2002 IARC CancerBase No 5 version 2.0. 2004.
- [3] Franco EL, Duarte-Franco E, Ferenczy A. Cervical cancer: epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. *CMAJ*. 2001 Apr 3;164(7):1017-25.
- [4] Registo Oncológico Nacional 2001 Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil, Porto, 2008.
- [5] Ferlay J. WHO Mortality Database Journal [serial on the Internet]. 2008 Date.
- [6] Tranbaloc P. [Natural history of precursor lesions of cervical cancer]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2008 Jun;36(6):650-5.
- [7] Bosch FX, de Sanjose S. The epidemiology of human papillomavirus infection and cervical cancer. *Dis Markers*. 2007;23(4):213-27.
- [8] Bosch FX, Lorincz A, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV. The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*. 2002 Apr;55(4):244-65.
- [9] Weaver BA. Epidemiology and natural history of genital human papillomavirus infection. *J Am Osteopath Assoc*. 2006 Mar;106(3 Suppl 1):S2-8.
- [10] Baseman JG, Koutsky LA. The epidemiology of human papillomavirus infections. *J Clin Virol*. 2005 Mar;32 Suppl 1:S16-24.
- [11] Kufe D, Bast R, Hait W, Hong W, Polack R, Weichselbaum R, et al. *Cancer Medicine 7*. Hamilton, Ont.; Lewiston, NY [distributor]: American Cancer Society BC Decker; 2006.
- [12] Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S, Herrero R, Castellsague X, Shah KV, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med*. 2003 Feb 6;348(6):518-27.
- [13] de Villiers EM, Fauquet C, Broker TR, Bernard HU, zur Hausen H. Classification of papillomaviruses. *Virology*. 2004 Jun 20;324(1):17-27.
- [14] Miller AB, Nazeer S, Fonn S, Brandup-Lukanow A, Rehman R, Cronje H, et al. Report on consensus conference on cervical cancer screening and management. *Int J Cancer*. 2000 May 1;86(3):440-7.
- [15] The state of the art of cancer control structures in European countries in January 2008 Department of Hygiene and Epidemiology, Porto University Medical School, Portugal National Coordination for the Oncological Diseases, Portugal 2008.
- [16] Saslow D, Castle PE, Cox JT, Davey DD, Einstein MH, Ferris DG, et al. American Cancer Society Guideline for human papillomavirus (HPV) vaccine use to prevent cervical cancer and its precursors. *CA Cancer J Clin*. 2007 Jan-Feb;57(1):7-28.
- [17] Paavonen J, Jenkins D, Bosch FX, Naud P, Salmeron J, Wheeler CM, et al. Efficacy of a prophylactic adjuvanted bivalent L1 virus-like-particle vaccine against infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: an interim analysis of a phase III double-blind, randomised controlled trial. *Lancet*. 2007 Jun 30;369(9580):2161-70.
- [18] Newall AT, Beutels P, Wood JG, Edmunds WJ, MacIntyre CR. Cost-effectiveness analyses of human papillomavirus vaccination. *Lancet Infect Dis*. 2007 Apr;7(4):289-96.
- [19] Joura EA, Leodolter S, Hernandez-Avila M, Wheeler CM, Perez G, Koutsky LA, et al. Efficacy of a quadrivalent prophylactic human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like-particle vaccine against high-grade vulval and vaginal lesions: a combined analysis of three randomised clinical trials. *Lancet*. 2007 May 19;369(9574):1693-702.
- [20] Harper DM, Franco EL, Wheeler CM, Moscicki AB, Romanowski B, Roteli-Martins CM, et al. Sustained efficacy up to 4.5 years of a bivalent L1 virus-like particle vaccine against human papillomavirus types 16 and 18: follow-up from a randomised control trial. *Lancet*. 2006 Apr 15;367(9518):1247-55.
- [21] Harper DM, Franco EL, Wheeler C, Ferris DG, Jenkins D, Schuind A, et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2004 Nov 13-19;364(9447):1757-65.
- [22] Bosch FX, Castellsague X, de Sanjose S. HPV and cervical cancer: screening or vaccination? *Br J Cancer*. 2008 Jan 15;98(1):15-21.
- [23] Franco EL, Cuzick J, Hildesheim A, de Sanjose S. Chapter 20: Issues in planning cervical cancer screening in the era of HPV vaccination. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:S3/171-7.
- [24] Solomon D, Breen N, McNeel T. Cervical cancer screening rates in the United States and the potential impact of implementation of screening guidelines. *CA Cancer J Clin*. 2007 Mar-Apr;57(2):105-11.
- [25] Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, et al. Accuracy of the Papanicolaou test in screening for and follow-up of cervical cytologic abnormalities: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2000 May 16;132(10):810-9.
- [26] Fahey MT, Irwig L, Macaskill P. Meta-analysis of Pap test accuracy. *Am J Epidemiol*. 1995 Apr 1;141(7):680-9.
- [27] Wright TC, Jr. Cervical cancer screening in the 21st century: is it time to retire the PAP smear? *Clin Obstet Gynecol*. 2007 Jun;50(2):313-23.
- [28] Sankaranarayanan R, Gaffikin L, Jacob M, Sellors J, Robles S. A critical assessment of screening methods for cervical neoplasia. *Int J Gynaecol Obstet*. 2005 May;89 Suppl 2:S4-S12.
- [29] Cohn DE, Herzog TJ. New innovations in cervical cancer screening. *Clin Obstet Gynecol*. 2001 Sep;44(3):538-49.
- [30] Kitchener HC, Castle PE, Cox JT. Chapter 7: Achievements and limitations of cervical cytology screening. *Vaccine*. 2006 Aug 31;24 Suppl 3:S3/63-70.
- [31] Linder J, Zahniser D. The ThinPrep Pap test. A review of clinical studies. *Acta Cytol*. 1997 Jan-Feb;41(1):30-8.
- [32] Linder J, Zahniser D. ThinPrep Papanicolaou testing to reduce false-negative cervical cytology. *Arch Pathol Lab Med*. 1998 Feb;122(2):139-44.
- [33] Solomon D, Schiffman M, Tarone R. Comparison of three management strategies for patients with atypical squamous cells of undetermined significance: baseline results from a randomized trial. *J Natl Cancer Inst*. 2001 Feb 21;93(4):293-9.
- [34] Wheeler CM, Hunt WC, Schiffman M, Castle PE. Human papillomavirus genotypes and the cumulative 2-year risk of cervical precancer. *J Infect Dis*. 2006 Nov 1;194(9):1291-9.
- [35] Sankaranarayanan R, Wesley R, Thara S, Dhakad N, Chandrakha B, Sebastian P, et al. Test characteristics of visual inspection with 4% acetic acid (VIA) and Lugol's iodine (VILI) in cervical cancer screening in Kerala, India. *Int J Cancer*. 2003 Sep 1;106(3):404-8.
- [36] Programas de rastreio da Região Norte. ARS Norte; 2009 [updated 2009; cited 23.07.2009]; Available from: <http://portal.arsnorte.minsau.de.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Not%C3%ADcias/Programas%20de%20rastreio%20na%20Regi%C3%A3o%20Norte%20a%20apresenta%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- [37] IARC Handbooks on Cancer Prevention Cervix Cancer Screening. World Health Organization; 2005.
- [38] Engholm G, Ferlay, J., Christensen, N., Bray, F., Gjerstorff, ML., Klint, A., Køtlum, JE., Ólafsdóttir, E., Pukkala, E., Storm, HA. . NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in the Nordic Countries, Version 3.4. Association of Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society. (<http://www.ancr.nu>). 2009 [cited].
- [39] Alves C AL, Lunet N. Prevalence and determinants of cervical cytology use in an urban sample of Portuguese women. *Eur J Cancer Prev*. 2009.

## PROJECTO EDUCACIONAL EUROPEU TARGET:

Início das Implementação em Portugal



Target é uma iniciativa educacional da EONS 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 usados 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 hospitais ou nos mais pequenos, as terapias moleculares alvo têm sido aplicadas numa ampla variedade de tumores e estão continuamente a expandir-se para outras aplicações através de estudos em ensaios clínicos. O número de moléculas tem aumentado exponencialmente nos últimos anos pelo que os novos regimes de terapia passam por uma combinação de um anticorpo monoclonal ou inibidor da transmissão do sinal em contraponto com os regimes convencionais.

Com o apoio exclusivo da Amgen, a AEOP irá implementar este projecto em Portugal. Teremos a Formação em Junho. No nosso site divulgaremos os passos deste programa.

## 3.ª REUNIÃO NACIONAL DA AEOP: HOTEL CURIA PALACE, 28 E 29 MAIO 2010

Decorre nos próximos dias 28 e 29 Maio a nossa 3.ª Reunião Nacional, este ano na Região Centro do País. Contamos ter uma boa adesão dos colegas que trabalham em Oncologia. Teremos um bom programa científico com três Sessões Plenárias, duas conferências e uma Sessão Especial a fechar o programa, no Sábado. Relativamente aos Simpósios, recordo que teremos duas colegas inglesas, uma da Associação de Enfermagem Oncológica Britânica de Cabeça e Pescoço e outra da Sociedade de Oncologia. Pensamos que será um óptimo momento de partilha de experiências por parte dos presentes.

Contamos consigo para este evento nacional. Está disponível a inscrição no nosso site ([www.aeop.net](http://www.aeop.net)) assim como toda a informação sobre a estadia e a Reunião. A inscrição inclui todo o programa social.

## ESTUDO ART:

Apresentação dos Resultados Finais

Durante a próxima Reunião Nacional da AEOP serão apresentados os resultados finais do estudo da Fadiga do Doente submetido a quimioterapia. Trata-se do primeiro estudo observacional desenvolvido pela AEOP e apoiado pela Amgen, com uma amostra nacional de 200 doentes. Posteriormente serão publicados os resultados a nível nacional e em revistas internacionais.

## INDEXAÇÃO DA REVISTA ONCO.NEWS NA EBSCO:

Segunda indexação concluída



A Revista Onco.News passa a estar indexada na base de dados EBSCO - indexante americano onde os nossos artigos estarão disponíveis para a comunidade científica académica e profissional. Toda a informação poderá ser obtida em [www.ebscohost.com](http://www.ebscohost.com). Trata-se da segunda indexação, possibilitando que a Revista Onco.News esteja no circuito das publicações científicas internacionais. É mais um passo importante para que os nossos autores, que publicam na nossa revista, possam beneficiar da partilha de informação à escala mundial.

## PARCERIA COM EUROPEAN JOURNAL OF CLINICAL & MEDICAL ONCOLOGY (EJCMO)



O European Journal of Clinical & Medical Oncology (EJCMO) é uma nova revista científica na área da Oncologia Médica, com publicação trimestral, um jornal peer-reviewed dirigido a Oncologistas, Hematologistas, Radiologistas, Cirurgiões, Cuidados paliativos, Enfermeiros e outros especialistas interessados em diagnóstico de cancro, gestão e investigação na Europa.

Os associados da AEOP podem subscrever individualmente esta revista electrónica gratuita utilizando o website <http://www.slm-oncology.com>.

## ENCONTROS DA PRIMAVERA – ONCOLOGIA 2010, ÉVORA, 8-11 ABRIL

Decorreu mais um evento científico multidisciplinar, em Évora, no passado mês de Abril, com a presença de cerca de 600 congressistas, entre Médicos e Enfermeiros. A AEOP esteve presente com um programa científico, incidindo numa Sessão sobre Sarcomas, um Workshop sobre “Seroma no Cancro da Mama”: Definição de Linhas de Consenso nacionais, e a apresentação e discussão das actuais Linhas de Consenso sobre “Terapêutica Oral no cancro da mama” onde haverá alterações às actuais Linhas publicadas pela nossa organização. Foi mais um bom momento de partilha de ideias e de opiniões sobre questões importantes ligadas à prática da enfermagem oncológica.

## PRÉMIO DE EXCELÊNCIA 2010 AEOP/FIZER

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.

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

## NOVO SITE E NOVAS FUNCIONALIDADES

Decorridos que foram 3 anos desde o nascimento da AEOP, decidimos mudar a nossa imagem.

Desde o dia 1 de Abril que a AEOP lançou um novo site, com uma nova imagem e com novas funcionalidades de forma a melhor servir quem nos visita. Já é possível efectuar directamente a inscrição nos workgroups e submeter artigos automaticamente. Criamos uma nova funcionalidade a que chamamos de “Informação” e juntamos toda a informação que diz respeito aos estudos investigacionais e projectos a serem desenvolvidos pela nossa associação. Mudamos o logótipo da AEOP, significando movimento e vida. É este significado que pretendemos dar à nossa organização. Tudo isto poderá ser visto em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).

Fica aqui a informação que desde a data da criação do nosso site (Julho de 2007) até 4 Abril 2010, já tivemos 17.774 visitas.

Toda a informação sobre o nosso modo funcionamento está disponível no nosso site. Vale a pena visitar-nos!

## 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 primeiro trimestre de 2010 recrutaram-se 12 doentes para este estudo, ou seja, mais de 25% da amostra pretendida.

## 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 IPOPOP (4 doentes); Hemato-Oncologia IPO (2 doentes); Hospital Dia IPOPOP (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: 20 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: 2 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 24 doentes, correspondendo a cerca de 60% 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>

## LEUCEMIA

Descobertos quatro novos genes que aumentam risco de leucemia

Quatro novas variantes, que aumentam o risco de contrair um dos principais tipos de leucemia, acabam de ser descobertas por cientistas da Associação Europeia para a Investigação do Cancro. Publicado na revista especializada Nature Genetics, o estudo confirma ainda que os factores de risco do cancro do sangue são hereditários, noticia o jornal *i*.

A leucemia é um cancro do sangue com origem na medula óssea devido a uma proliferação anormal de células sanguíneas. No caso da LLC, afecta os linfócitos B – células envolvidas no combate às infecções.

As quatro novas variantes descobertas são comuns às populações europeias e cada uma contribui para aumentar o risco da doença.

Além disso, “este estudo fornece evidências genéticas de que um risco mais elevado de desenvolver LLC pode ser herdado”, disse David Grant, um dos autores do estudo.

Os investigadores confirmaram ainda que a doença não é causada por um único gene, mas por vários genes de risco, identificados com recurso a uma técnica de análise já usada noutros cancros, como a leucemia infantil.

Quanto mais factores genéticos o paciente tiver, mais riscos tem de desenvolver LLC.

No ADN dos 2503 doentes rastreados com a doença, 87% possuía, pelo menos, um dos quatro novos genes descobertos.

[POP, 12 JANEIRO 2010]

## Novos fármacos contra leucemia

Uma nova molécula de laboratório pode ajudar a combater a leucemia. Apesar de os cientistas conhecerem bastante bem o papel da proteína mTOR (responsável por grande parte dos tumores), os fármacos desenvolvidos para a bloquear entorpecem o funcionamento do sistema imunitário, avança o site Ciência Hoje.

Segundo uma investigação publicada na Nature Medicine, a nova substância anti-tumoral foi testada com êxito em ratinhos e em linhagens celulares. No entanto, ainda é cedo para saber se o potencial é semelhante em humanos.

Como explica o estudo, de David Fruman e equipa, da Universidade da Califórnia e do Centro de Cancro de Anderson em Houston, os resultados do novo inibidor de mTOR superou – pelo menos em laboratório – muitos fármacos utilizados actualmente para combater a leucemia, como o dasatinib (Sprycel®) ou a rapamicina (Sirolimus®).

Para surpresa dos investigadores, o novo composto, baptizado como PP242, mostrou muito menos efeitos secundários nos leucócitos: um dos principais problemas que interferiam na utilização dos inibidores de mTOR como anti-tumurais.

“Esta proteína interfere numa série de funções fisiológicas essenciais, o que dificultou um perfil farmacológico óptimo para conseguir um fármaco eficaz contra as células tumorais”, explica o trabalho.

### Células estaminais criam nova esperança contra leucemia

Uma investigação científica do programa MIT-Portugal pode ser a derradeira oportunidade para doentes com leucemia. Para quem sofre de leucemia, encontrar um dador de medula óssea compatível pode significar a cura. Mas, em cerca de 50% dos casos, surgem episódios de rejeição que, em alguns doentes, podem ter consequências fatais.

No âmbito da parceria MIT-Portugal, investigadores portugueses e americanos estão a usar clinicamente células estaminais que conseguem neutralizar a rejeição numa das suas formas mais graves, conhecida como a doença contra o hospedeiro, avança o semanário Expresso.

### Ajudar o sistema imunológico

“Estas células mesenquimatosas podem ser isoladas a partir de vários tecidos do corpo humano, mas no caso presente foram isoladas a partir da medula óssea. São células que vão ajudar o sistema imunológico do paciente a res-

ponder relativamente a um determinado tipo de doença, chamada doença contra o hospedeiro”, garante Joaquim Sampaio Cabral, o coordenador deste projecto.

Cabe aos investigadores do Instituto de Biotecnologia e Bioengenharia, do Instituto Superior Técnico, estudar a melhor maneira de multiplicar estas células, e ao Centro Lusotransplante de Lisboa fazer com que rapidamente se atinja o número a partir do qual se podem salvar vidas.

### Cultura de células é essencial

Francisco Santos, investigador do Instituto de Biotecnologia e Bioengenharia, assegura que “é preciso uma grande dose, porque a dose clínica que se tem estado a utilizar em Portugal e na Europa é cerca de 1 a 2 milhões de células por quilograma de paciente, portanto, chega-se a números de 80 milhões de células, que são bastante elevados e que só se consegue com a cultura destas células”.

A triagem de doentes que poderão beneficiar deste tratamento é da responsabilidade do IPO de Lisboa. O grupo José de Mello Saúde é uma das empresas que tem contribuído para o financiamento desta investigação, e a Associação Portuguesa Contra a Leucemia e o MIT-Portugal também têm angariado fundos para este projecto cujos resultados são já uma realidade.

### Doentes tratados com sucesso

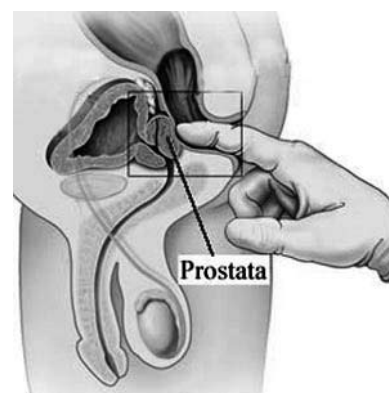
Em Novembro de 2007 foi tratado com sucesso o primeiro caso de doença do enxerto contra o hospedeiro, grave e resistente a todos

os tratamentos e cujo desfecho sem o recurso a este projecto seria fatal. Depois disso mais oito pacientes com doenças hematológicas graves foram tratados com células estaminais com resultados positivos.

[POP, 11 FEVEREIRO 2010]

## CANCRO UROLÓGICO

Cancro da próstata: falsos positivos preocupam



Um em cada oito homens submetidos ao rastreio do cancro da próstata vai apresentar um resultado positivo, embora não tenha a doença, mostram os resultados de um estudo europeu publicado no British Journal of Cancer, citado pelo site Tribuna Médica Press.

Um resultado positivo, neste caso, significa que o indivíduo vai ser submetido a exames invasivos, como a biopsia, e possivelmente a tratamentos desnecessários.

Os dados preliminares do European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer, que está a ser conduzido em sete países, mostraram, em Março de 2009, que a taxa de mortalidade poderia ser reduzida em 20%.

Mas os dados mais recentes levantam dúvidas acerca dos benefícios do rastreio a longo prazo,

através do teste ao PSA (antígeno específico da próstata), sugerindo que alguns homens serão tratados desnecessariamente a uma doença de progressão lenta, que poderia nunca chegar a causar problemas.

Além disso, o estudo revela também que muitos dos homens com falsos positivos recusam submeter-se de novo ao rastreio, embora apresentem um risco mais elevado de desenvolver a doença.

[POP, 12 JANEIRO 2010]

### Novo fármaco atrasa progressão do cancro nos rins avançado

O tratamento de pacientes com cancro nos rins avançado com o medicamento Votrient® (pazopanib) atrasou a progressão da doença em 54%, aponta um novo estudo, avançado pela agência Reuters.

A fase III do estudo incluiu 233 pacientes não tratados anteriormente, com cancro nos rins (carcinoma de células renais), que estava localmente avançado ou metastizado, e 202 pacientes que tinham sido tratados previamente com citoquinas (interferon ou interleucina).

Os pacientes que receberam o pazopanib tiveram uma média de 9,2 meses para a doença progredir, contra uma média de 4,2 meses no grupo placebo.

A diferença foi maior nos pacientes não tratados previamente (11,1 meses no grupo pazopanib e 2,8 meses no grupo placebo), mas também se verificou entre os doentes tratados com citoquinas (7,4 meses no grupo pazopanib versus 4,2 meses no grupo placebo).

Os efeitos secundários comuns do tratamento com o pazopanib

incluíram diarreia (52%), hipertensão (40%), alterações da cor do cabelo (38%), náuseas (26%), perda de peso (22%) e vômitos (21%).

Os dados deste estudo, publicados no Journal of Clinical Oncology, foram utilizados pela FDA (Food and Drug Administration) para aprovar o fármaco em Outubro de 2009 para o tratamento do carcinoma de células renais avançado. O medicamento inibe o desenvolvimento de vasos sanguíneos, que alimentam o crescimento dos tumores.

“O carcinoma de células renais avançado continua a ser um desafio, mas o tratamento tem melhorado com a introdução de novas terapias direccionadas, no último ano”, afirmou a autora do estudo, Cora Sternberg, do departamento médico de Oncologia do Hospital San Camillo and Forlanini em Roma, Itália.

[POP, 27 JANEIRO 2010]

### Denosumab supera Zometa® a reduzir fracturas no cancro da próstata

A Amgen afirma que um estudo avançado do fármaco experimental denosumab “demonstrou superioridade” em comparação com o Zometa® (ácido zoledrónico), da Novartis, no tratamento de metástases ósseas em pacientes com cancro da próstata avançado, noticia o site FirstWord.

O ensaio, que envolveu 1901 homens com cancro da próstata avançado, alcançou os objectivos primários e secundários, com o denosumab a obter diferenças estatisticamente significativas em

relação ao Zometa® ao retardar o tempo para o primeiro evento esquelético, e a reduzir a taxa de complicações ósseas múltiplas.

Contudo, não houve diferença na taxa de sobrevida e no tempo de progressão da doença entre pacientes que receberam os dois fármacos, afirmou a Amgen. Os resultados completos deverão ser apresentados num encontro científico no final deste ano.

A companhia observou que os resultados do estudo, juntamente com dados de dois outros ensaios clínicos de fase III, que avaliaram o tratamento de metástases ósseas em pacientes com cancro da mama avançado, mieloma múltiplo e tumores sólidos, serão apresentados às autoridades reguladoras, ainda em 2010, como parte de um pedido para o uso do fármaco no cancro avançado.

O analista Craig da Gordon Cowen & Co. observou que as últimas descobertas “são importantes porque a oportunidade real para o fármaco é realmente maior no cancro da próstata do que no cancro da mama”. O especialista acrescenta que os dados esperados para o final deste ano mostram que o denosumab pode prevenir que o cancro dissemine para os ossos, e que as vendas podem chegar aos 6 mil milhões de dólares por ano até 2015, se for aprovado.

O denosumab está actualmente em análise pela FDA para diversos usos, incluindo para a osteoporose na pós-menopausa e como tratamento para a perda óssea em pacientes com cancro da mama ou da próstata.

[POP, 10 FEVEREIRO 2010]

Novas orientações para o rastreio ao cancro da próstata

As novas directrizes da American Cancer Society urgem os médicos a certificarem-se de que os pacientes entendem completamente os riscos, bem como os benefícios, do rastreio ao cancro da próstata, noticia a agência Reuters.

As orientações actualizadas, emitidas na passada quarta-feira, reflectem o debate em curso sobre o antígeno prostático específico ou PSA, depois de dois grandes estudos questionarem se o exame salva vidas.

Os médicos têm recomendado testes ao PSA de rotina para homens acima dos 50 anos, acreditando que o diagnóstico precoce e o tratamento agressivo para qualquer tipo de cancro é melhor do que não fazer nada.

Mas um estudo publicado no jornal do National Cancer Institute, em Agosto passado, mostrou que os exames de rotina ao cancro da próstata resultaram em mais de 1 milhão de homens diagnosticados, nos EUA, com tumores que, de outro modo, não sofreriam com a doença.

### Efeitos secundários

Os tratamentos para o cancro da próstata, incluindo a cirurgia ou a radioterapia, podem causar incontinência e disfunção eréctil em cerca de um terço dos pacientes. Muitos homens também têm problemas intestinais.

“Com estas recomendações, recentemente actualizadas, a American Cancer Society enfatiza ainda mais a decisão partilhada entre médicos e pacientes”, afirmou o

Dr. Otis Brawley, director médico da American Cancer Society.

### Riscos médios

As recentes orientações recomendam que os homens com risco médio obtenham informações sobre os riscos e os benefícios do rastreio aos 50 anos, antes de tomarem uma decisão sobre o teste.

Os homens com maior risco – incluindo negros e homens com um pai ou um irmão a quem foi diagnosticado um cancro da próstata – devem obter essa informação aos 45 anos.

Já os homens com vários membros da família que foram diagnosticados com cancro da próstata, antes dos 65 anos, devem ter esta discussão com os seus médicos, aos 40 anos.

“Queremos ter a certeza de que os homens sabem dos riscos antes de decidirem se devem ou não ser rastreados”, afirmou o Dr. Andrew Wolf, do Virgínia Health System, que presidiu a comissão que desenvolveu as novas orientações publicadas no CA: Cancer Journal for Clinicians.

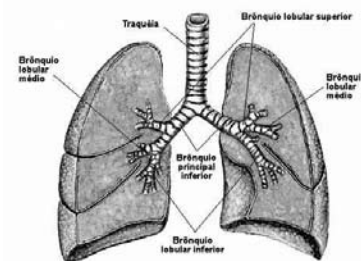
O cancro da próstata é o segundo cancro mais comum nos homens em todo o mundo, depois do cancro do pulmão, matando 254.000 homens por ano.

[POP, 10 MARÇO 2010]

## CANCRO PULMÃO

FDA adia revisão do Tarceva® como tratamento de manutenção no cancro do pulmão

A Genentech (unidade da Roche) e a OSI Pharmaceuticals anunciaram que a FDA (Food & Drug Administration) estendeu o período de revisão do Tarceva®



(erlotinib), como tratamento de manutenção de primeira linha do cancro do pulmão de não-pequenas células (CPNPC), noticia o site PharmaTimes.

A agência reguladora avançou que precisa de mais tempo para avaliar os novos dados apresentados pela OSI Pharmaceuticals para apoiar esta utilização. A decisão está prevista para 18 de Abril.

Os novos dados fazem parte do estudo SATURN de fase III com 889 pacientes, que receberam o Tarceva® imediatamente após a quimioterapia inicial. Os investigadores acreditam que os dados mostram que o medicamento retardou a progressão da doença e “ajudou os pacientes do estudo a viverem mais tempo”.

No mês passado, um painel consultivo da FDA votou contra a aprovação do Tarceva® para a indicação proposta.

O presidente do painel, Wyndham Wilson, director de investigação terapêutica do linfoma do US National Cancer Institute, afirmou que “o benefício de sobrevivência global neste ensaio é relativamente pequeno”.

O Tarceva® é indicado para pessoas com CPNPC, cuja doença tenha progredido após um ou mais ciclos de quimioterapia. Foi também aprovado, em combinação



com a quimioterapia Gemzar® da Eli Lilly (gemcitabina), para o tratamento de primeira linha do cancro pancreático avançado

[POP, 20 JANEIRO 2010]

### Genes são importantes no prognóstico do cancro do pulmão

Cientistas dos EUA descobriram que há perfis genéticos que desempenham um papel no prognóstico do cancro do pulmão de não-pequenas células, sendo que estes diferem da idade e do sexo do paciente, noticia o site HealthDay.

Os investigadores analisaram dados genéticos e clínicos de 787 pacientes, que foram divididos em subgrupos com base no sexo e na idade. Os resultados foram publicados no Journal of American Medical Association.

Naqueles com menos de 70 anos, 25% dos pacientes de alto risco (com menor sobrevida livre de recorrência) mostraram uma maior activação de um gene chamado Src, contra 6% dos pacientes de baixo risco. Além disso, a activação das vias do factor de necrose tumoral (que estão relacionadas à morte das células ou dos tecidos) foi observada em 76% dos pacientes de alto risco e em 42% dos pacientes de baixo risco.

Entre os pacientes com 70 anos ou mais, os de alto risco apresentaram uma maior activação das vias de cicatrização de feridas (40% contra 24%) e das vias de invasão (64% contra 20%) em comparação com os pacientes de baixo risco, relatam os autores do estudo.

O resultados também mostram diferenças de género na biologia do cancro do pulmão. Os pacientes do sexo feminino de alto risco

apresentaram maior activação das vias de invasão e do gene STAT3, enquanto os pacientes do sexo masculino de alto risco tinham maior activação do STAT3, do factor de necrose tumoral, de cicatrização e do receptor do factor de crescimento epidérmico (EGFR).

“Acreditamos que os nossos resultados representam um avanço na definição de estudos sobre o cancro do pulmão de não-pequenas células que expliquem as diferenças de idade e sexo observadas neste tipo de cancro”, concluíram os investigadores, da Duke University.

[POP, 11 FEVEREIRO 2010]

### Variante genética aumenta risco do cancro do pulmão

As pessoas com um traço genético específico têm um risco muito maior de desenvolver cancro do pulmão através da exposição ao fumo passivo, mesmo que raramente entrem em contacto com o fumo, aponta um novo estudo, avança o site HealthDay.

Os investigadores também descobriram que os fumadores com esta variante são mais susceptíveis de desenvolver cancro do pulmão, quer fumem muito ou pouco.

“Se a pessoa tem o risco herdado e fuma, não importa se é um fumador leve ou pesado – tem na mesma maior propensão a desenvolver cancro do pulmão”, explica o co-investigador do estudo Pinney Susan, professor adjunto no departamento de saúde ambiental da Universidade de Cincinnati, nos EUA.

Os cientistas descobriram que os membros da família que tinham este traço genético tinham um risco maior de contrair can-

cro do pulmão mesmo se fossem fumadores leves. Para eles, o fumo moderado ou pesado não aumenta muito o seu risco.

### Fumadores pesados têm grande risco

Em contrapartida, os fumadores pesados normalmente enfrentam um risco muito maior de desenvolver cancro do pulmão do que os moderados.

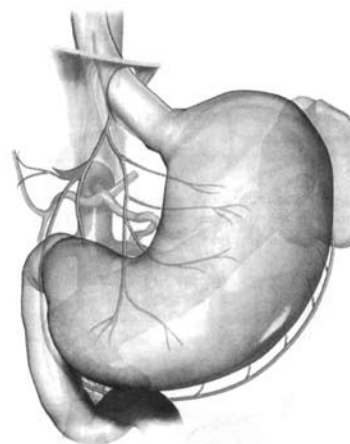
O estudo, conduzido pela Consórcio de Epidemiologia Genética do Cancro do Pulmão, vai ser publicado na revista Cancer Research.

Cerca de 200.000 pessoas foram diagnosticadas com cancro do pulmão em 2005, segundo o U.S. Centers for Disease Control and Prevention, e é o carcinoma que mata mais pessoas.

[POP, 11 MARÇO 2010]

## CANCRO DIGESTIVO

Dieta mediterrânea protege contra cancro no estômago



Uma dieta mediterrânea pode ajudar a reduzir o risco de desenvolver cancro do estômago, mostra

um grande estudo realizado pelo Instituto Catalão de Oncologia, em Barcelona, citado pela agência Reuters.

As dietas tradicionais da Grécia, Itália e de outros países do Mediterrâneo têm muitos benefícios para a saúde, incluindo uma protecção contra o cancro, apontam os investigadores no *American Journal of Clinical Nutrition*.

A equipa analisou dados do estudo *European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC)* com 485.044 homens e mulheres dos 35 aos 70 anos, de dez países europeus.

A cada uma das pessoas foi atribuída uma pontuação numa escala de 18 valores, em termos de proximidade com a dieta mediterrânea, rica em frutas, vegetais, legumes, peixes, cereais e azeite, com um consumo baixo de carnes vermelhas e lacticínios.

Durante nove anos de acompanhamento, 449 dos participantes do estudo desenvolveram cancro gástrico.

As pessoas com uma pontuação mais alta tiveram 33% menor probabilidade de desenvolver a doença do que as pessoas cujos hábitos alimentares estavam mais distantes do ideal mediterrâneo.

“Estes resultados evidenciam o papel da dieta mediterrânea na redução do risco de cancro e apoiam a necessidade de continuar a promover este regime em áreas onde este está a desaparecer”, afirmam os cientistas.

Apenas 23% das pessoas diagnosticadas com cancro gástrico sobrevivem por cinco anos, notam os investigadores, “por isso, é impor-

tante ajudar a reduzir a incidência deste cancro”, concluem.

O cancro gástrico é a segunda causa mundial de morte por cancro.

[POP, 18 JANEIRO 2010]

### Fármaco da Roche aumenta sobrevida livre de progressão no cancro colo-rectal

A Roche informou, esta quinta-feira, que o fármaco oncológico *Xeloda*<sup>®</sup> permitiu aos pacientes mais velhos com cancro colo-rectal viverem mais tempo sem progressão da doença, avança a agência Reuters.

Um estudo mostrou que os doentes com idade superior a 65 ou 70 anos, que tomaram o *Xeloda*<sup>®</sup> (capecitabina) com o *Xelox*<sup>®</sup> (oxaliplatina), imediatamente após a cirurgia, viveram livres da doença por mais tempo, em comparação com aqueles tratados com a quimioterapia padrão 5-fluorouracil/leucovorin.

Em Julho passado, a Roche afirmou que o *Xeloda*<sup>®</sup> – que já tem aprovação para o tratamento do cancro do cólon em fase inicial como monoterapia – aumentou o tempo de sobrevida global, quando combinado com oxaliplatina, cumprindo assim a meta principal num ensaio avançado.

O cancro colo-rectal é a segunda causa de morte por cancro mais comum em homens e mulheres na Europa, com quase um milhão de casos a cada ano no mundo, segundo a farmacêutica.

A idade é o maior factor de risco para a doença e mais de 90% dos casos são diagnosticados em indivíduos com mais de 50 anos, acrescentou.

[POP, 21 JANEIRO 2010]

### Herceptin<sup>®</sup> recebe aprovação na UE para tratar cancro gástrico

O *Herceptin*<sup>®</sup> da Roche ganhou a aprovação da União Europeia para tratar pacientes com cancro gástrico HER2 positivo avançado, afirmou a farmacêutica, citada pela agência Reuters.

Esta decisão surge após a recomendação das autoridades de Saúde europeias, em Dezembro passado, de expansão do uso do fármaco no tratamento do cancro gástrico HER2 positivo.

“A aprovação baseia-se nos resultados impressionantes do ensaio TOGA, que mostram que o tratamento com *Herceptin*<sup>®</sup> prolonga significativamente a vida dos doentes com este tipo de cancro agressivo”, afirmou a farmacêutica suíça esta quinta-feira.

A sobrevida global, nos pacientes com níveis elevados da HER2 no ensaio TOGA, foi de 16 meses, em comparação com os 11,8 meses para os pacientes que receberam apenas quimioterapia, acrescentou.

O *Herceptin*<sup>®</sup> (trastuzumab) já está aprovado para o uso em pacientes com cancro da mama, cujos tumores geram a proteína HER2, o que pode impulsionar o crescimento do cancro.

O cancro do estômago é a segunda causa de morte por cancro mais comum no mundo e é o quarto cancro mais diagnosticado, com mais de 1 milhão de casos de cancro gástrico diagnosticados a cada ano, conclui a companhia.

Este tipo de cancro não é habitualmente diagnosticado até atingir uma fase avançada, porque a maioria dos doentes não apresenta

sintomas antes dessa fase. Cerca de 16% dos tumores do estômago têm níveis elevados da HER2.

[POP, 28 JANEIRO 2010]

### Tratamento intensivo ao cancro rectal mostra-se promissor

Uma estratégia de tratamento intensivo mostrou-se promissora contra o cancro rectal localmente avançado, noticia o site HealthDay.

A fase II do estudo incluiu 105 pacientes com cancro rectal, que têm uma grande probabilidade de recorrência da doença e fracas hipóteses de sobrevivência, apesar de receberem quimioterapia padrão e cirurgia otimizada.

Os pacientes foram submetidos a 12 semanas de tratamento de quimioterapia com capecitabina e oxaliplatina, seguida de quimiorradioterapia com capecitabina e cirurgia, e outras 12 semanas de tratamento com capecitabina.

Após três anos, 68% dos pacientes não tiveram nenhuma progressão do cancro, e a taxa de sobrevivência global foi de 83%. Após cinco anos, a taxa de sobrevivência global foi de 75%.

“A diminuição dos tumores ocorreu na maioria dos pacientes que recebeu tratamento neo-adjuvante”, afirmou David Cunningham, do Royal Marsden Hospital, na Inglaterra, e colegas.

“Até agora, não houve recorrências dos tumores nos pacientes que atingiram uma resposta patológica completa. A eficácia e segurança destes resultados justificam uma avaliação adicional da quimioterapia neo-adjuvante”, concluíram.

O estudo foi publicado no The Lancet Oncology.

[POP, 28 JANEIRO 2010]

### Avastin® falha em ensaio do cancro do estômago

O fármaco oncológico Avastin® falhou o principal objetivo num ensaio avançado, quando utilizado com quimioterapia para tratar pacientes com cancro gástrico avançado, avançou a Roche na terça-feira, citada pela agência Reuters.

O Avastin® não conseguiu aumentar a sobrevivência global em pacientes tratados com o fármaco em combinação com quimioterapia, quando comparado com o mesmo tratamento de quimioterapia mais placebo.

“Estamos desapontados com estes resultados, porque as opções de tratamento para o cancro do estômago são limitadas”, afirmou o director médico Hal Barron.

A farmacêutica acrescentou que não foram encontrados problemas de segurança no ensaio de fase III AVAGAST e que o fármaco vai continuar a ser estudado para outros tipos de tumor.

“Ainda esperamos dados do Avastin® no cancro dos ovários”, afirmam.

A Roche indicou que o pico de vendas do medicamento para tratar a doença poderia ter atingido entre 466 milhões e os 933 milhões de dólares, segundo analistas do Deutsche Bank. Esta falha pode tirar 0,5 a 2% das estimativas de vendas e em torno de 1 a 4% do lucro por ação, acrescentam.

A farmacêutica suíça vai apresentar estes dados na reunião anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica, em Junho. O analista Martin Voegli da Kepler Capital Market disse que a falha neste

ensaio ainda pode ser parcialmente colmatada se o Avastin® cumprir os objectivos secundários, tal como a sobrevivência livre de progressão.

O Avastin® já é usado para tratar o cancro do pulmão, do cólon e da mama, e em 2009 alcançou vendas globais anuais de 5,77 mil milhões de dólares.

Cerca de 1 milhão de pessoas são diagnosticadas com cancro do estômago a cada ano, tornando-se no quarto cancro mais comum e a segunda causa de morte por cancro no mundo. O tempo médio de sobrevivência após o diagnóstico de cancro do estômago avançado é de cerca de dez meses com quimioterapia convencional.

[POP, 23 FEVEREIRO 2010]

## CANCRO GINECOLÓGICO

Quimioterapia e radioterapia melhoram sobrevivência no cancro cervical



A combinação de quimioterapia com radioterapia aumenta a probabilidade de sobrevivência em mulheres que recebem tratamento para o cancro cervical. Estas são as conclusões de investigadores da Cochrane Collaboration, que realizaram o maior estudo sobre os efeitos desta terapia no cancro do colo do útero, noticia o site ScienceDaily.

O cancro cervical é o segundo cancro mais comum em mulheres em todo o mundo. Os tratamentos para a doença têm mudado significativamente na última década, como resultado das directrizes emitidas pelo National Cancer Institute (NCI) dos EUA, em 1999, que recomendavam a quimioradioterapia como uma alternativa à radioterapia.

A quimioradioterapia combina quimioterapia e tratamento com raio-X, enquanto que a radioterapia é apenas um tratamento com raio-X.

“Temos evidências claras de que a adição de quimioterapia à radioterapia melhora a sobrevida geral, bem como a sobrevida livre de progressão”, afirmou Claire Vale, do Medical Research Council Clinical Trials Unit, em Londres, no Reino Unido. “Estes tratamentos são eficazes e menos dispendiosos”, acrescentou.

Os investigadores analisaram dados de 15 ensaios, que envolveram um total de 3452 mulheres. E descobriram que as mulheres que receberam quimioradioterapia tinham mais probabilidades de viver mais tempo após o tratamento. Cinco anos depois do tratamento, 66 em cada 100 mulheres sobreviveram, em comparação com 60 em cada 100 com apenas radioterapia.

Além disso, o tratamento combinado reduziu o risco de recidiva ou de metastização do cancro.

Os investigadores acrescentam que são necessários mais estudos para perceber se a administração de quimioterapia extra,

após o tratamento, aumenta ainda mais a taxa de sobrevivência entre estas mulheres.

[POP, 21 JANEIRO 2010]

### Avastin® da Roche ajuda no cancro dos ovários

O Avastin®, da Roche, ajuda as mulheres com cancro nos ovários avançado a viver mais tempo sem que a doença piore, mostrou um ensaio avançado, que vem reforçar as perspectivas do fármaco após um revés recente em ensaio do cancro do estômago, noticia a agência Reuters.

A Roche afirmou na quinta-feira que este foi o primeiro estudo positivo de fase III de uma terapia anti-angiogénica, que impede a formação de novos vasos sanguíneos pelos tumores, no cancro dos ovários avançado.

O ensaio de fase III mostrou que as mulheres com cancro nos ovários avançado, que são tratadas com o Avastin® e quimioterapia e, de seguida, continuam a tomar o fármaco, vivem mais tempo sem progressão da doença, do que apenas com quimioterapia.

Estes resultados são um incentivo, após a Roche ter avançado, esta semana, que o Avastin® não atingiu o seu objectivo principal num estudo do cancro do estômago.

“Este é um catalisador positivo para a Roche, porque vem apoiar o Avastin® após a sua falha no cancro gástrico”, disse a analista Silvia Schanz, da Vontobel.

“A fase III do ensaio clínico do Avastin®, no cancro da próstata, é esperada ainda para este ano”, acrescenta.

O cancro nos ovários é o sexto cancro mais diagnosticado em mulheres e a oitava causa de morte por cancro entre as mulheres em todo o mundo. A cada ano cerca de 230.000 mulheres são diagnosticadas com a doença e cerca de 140.000 morrem.

A farmacêutica vai apresentar os novos dados na reunião anual da Sociedade Americana de Oncologia Clínica, que decorre em Junho.

O Avastin®, que é fabricado pela Genentech, unidade adquirida recentemente pela Roche, é usado para tratar o cancro do pulmão, do cólon e da mama. Em 2009, obteve vendas globais anuais de 5,7 mil milhões de dólares.

[POP, 26 FEVEREIRO 2010]

---

## CANCRO MAMA

Estudo recomenda Herceptin® e quimioterapia no cancro da mama

O fármaco da Roche Herceptin®, combinado com quimioterapia, parece funcionar melhor do que apenas quimioterapia em mulheres com cancro da mama avançado ou inflamatório, afirmam especialistas esta sexta-feira, citados pela agência Reuters.

O tratamento foi particularmente eficaz nestes tipos de cancro, porque a maioria produz a proteína HER2 em excesso.

Luca Gianni, do Instituto Nacional do Cancro em Milão, Itália, analisou pacientes com cancro da mama HER2 positivo, tratadas durante um ano.

Os resultados do estudo, publicados no The Lancet, indicam que o Herceptin® (trastuzumab)



## RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO:

**Vidaza 25 mg/ml pó para suspensão injectável** apresenta-se em frasco para injectáveis 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 vômitos. A dose inicial recomendada para o 1º ciclo de tratamento, para todos os doentes independentemente dos valores laboratoriais hematológicos iniciais, é de 75 mg/m<sup>2</sup> 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 vômitos (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 vômitos. Estas RA foram tratadas sintomaticamente com antieméticos para as náuseas e vômitos, com antidiarreicos para a diarreia e com laxantes e/ou amolecadores 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 (Oeiras) nº 507 791 690  
NIPC / NIF: 507 791 690  
E-mail: [celgene.portugal@celgene.com](mailto:celgene.portugal@celgene.com)





**Vidaza**<sup>®</sup>

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 com<sup>1</sup>:

- 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 com<sup>2</sup>:

- 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

# Aloxi<sup>®</sup>

palonossetrom

Início **FORTE**,  
Acção **PROLONGADA**



A MEDICAMENTA conta já com uma forte tradição na saúde em Portugal.

MEDICAMENTA é sinónimo de parceria de qualidade na saúde, com produtos de qualidade e excelência.

A MEDICAMENTA tem orgulho em ser o seu parceiro na área da Oncologia.

*Sempre consigo!*



**MEDICAMENTA<sup>®</sup>**

**HELSINN**

LUSOMEDICAMENTA - SOCIEDADE TÉCNICA FARMACÉUTICA S.A.

Estrada Consiglieri Pedroso, 69 B | Queluz de Baixo | 2730-055 Barcarena

Sociedade Anónima, Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Cascais, sob o nº 17248 | Capital Social €1.600.000,00 | Nº de Contribuinte 507 150 473

**RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO** 1. **NOME DO MEDICAMENTO** Aloxi 250 microgramas solução injectável. 2. **COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Um ml de solução contém 50 microgramas de palonossetrom (na forma de cloridrato). Cada frasco para injectáveis de 5 ml de solução contém 250 microgramas de palonossetrom (na forma de cloridrato). Lista completa de excipientes, ver secção 6.1. 3. **FORMA FARMACÉUTICA** Solução injectável. Solução límpida e incolor. 4. **INFORMAÇÕES CLÍNICAS** 4.1 **Indicações terapêuticas** Aloxi está indicado: na prevenção de situações agudas de náuseas e vômitos associadas a quimio-terapia oncológica com elevada acção emetogénica e na prevenção de náuseas e vômitos associados a quimioterapia oncológica com moderada acção emetogénica. 4.2 **Posologia e modo de administração** Por via intravenosa. **Adultos:** 250 microgramas de palonossetrom administrados na forma de um único bôlus intravenoso aproximadamente 30 minutos antes do início da quimioterapia. Aloxi deve ser administrado durante um período de 30 segundos. A eficácia de Aloxi na prevenção de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia com elevada acção emetogénica pode ser potenciada pela administração de um corticosteróide antes da quimioterapia. Aloxi só deve ser utilizado antes da administração de quimioterapia. **Idosos:** Não é necessário qualquer ajuste da dose em idosos. **Crianças e adolescentes:** Aloxi não é recomendado em crianças com idade inferior a 18 anos devido a dados insuficientes. **Doentes com compromisso hepático** Não é necessário





melhorou significativamente a sobrevivência livre de progressão: 71% das pacientes, tratadas com a combinação, sobreviveram por três anos sem progressão da doença, contra 56% que receberam quimioterapia.

O cancro da mama localmente avançado é responsável por 6 a 10% dos novos casos de cancro da mama e está associado a um pior prognóstico. Já o cancro da mama inflamatório é um subtipo raro que é particularmente agressivo.

Enquanto os tumores HER2 positivos representam cerca de 20% de todos os cancros da mama, a proporção de casos localmente avançados e inflamatórios, que são HER2 positivo, é mais elevada – 35% e 40%, respectivamente.

“As pacientes com cancro da mama HER2 positivo localmente avançado ou inflamatório precisam de um tratamento eficaz”, Gianni escreveu.

Um estudo, publicado em Setembro passado, mostra que muitas mulheres não são testadas à HER2, ou seja, muitas pacientes que poderiam beneficiar do Herceptin® não o recebem, enquanto algumas mulheres que tomam o fármaco nunca tinham sido devidamente testadas.

O cancro da mama mata 400.000 mulheres em todo o mundo a cada ano.

Muitos estudos têm mostrado que uma dieta baixa em gorduras, exercício regular, manter um peso saudável e amamentar podem prevenir o cancro da mama. Mas uma percentagem significativa é causada por genes defeituosos e não está associada ao estilo de vida.

[POP, 29 JANEIRO 2010]

### Cancro da mama: cientistas explicam interferência do estrogénio na quimioterapia

Num estudo laboratorial, publicado no jornal *Cancer Research*, os investigadores analisaram as formas pelas quais o estrogénio pode interferir com a quimioterapia no tratamento do cancro da mama, noticia o site *ScienceDaily*.

O tipo mais comum de cancro da mama é o positivo para os receptores de estrogénio (ER+).

“Se um tumor é positivo para os receptores de estrogénio, é possível que a quimioterapia não seja tão eficaz quanto poderia ser”, explicou um dos autores do estudo.

A identificação de uma proteína celular alternativa pode ajudar a criar tratamentos direccionados para este tipo de cancro da mama, dizem os investigadores.

“Estes resultados são encorajadores porque, a destruição eficaz das células do cancro da mama positivo para os receptores de estrogénio, é um desafio com a quimioterapia actual e, muitas vezes, estes tumores não respondem à quimioterapia padrão”, explica outra investigadora da Loyola University Medical Center em Chicago.

“O nosso trabalho sugere que os agentes que activam esta proteína vão sensibilizar as células do cancro da mama ER+ para a quimioterapia comumente utilizada. Temos vindo a trabalhar para descobrir fármacos que possam activar essa proteína e destruir as células cancerígenas ER+”, afirmou a cientista.

Por outro lado, “é preciso mais investigação para perceber

como esta via celular poderia ser utilizada para alvejar as células do cancro da mama positivas ao estrogénio”, concluem.

[POP, 1 MARÇO 2010]

### Cresce incidência de cancro da mama em mulheres jovens

Apesar de ser menos frequente em mulheres com menos de 40 anos de idade, a incidência do cancro da mama em jovens tem crescido nos últimos anos. Dados do Instituto Nacional do Câncer do Brasil (Inca) mostram que o diagnóstico em mulheres nesta faixa etária subiu de 3% para 17% do total de casos nos últimos anos, noticia o site *Bibliomed*.

Estes dados preocupam os especialistas da área, já que a mulher jovem, por ter mais tempo de vida pela frente, acaba por sofrer mais com os efeitos secundários do tratamento da doença.

Segundo o oncologista Fernando Medina da Cunha, director científico do Centro de Oncologia Campinas, este tipo de cancro não possui uma causa definida, mas alguns factores de risco são conhecidos, como a história familiar (mãe ou irmã com este tipo de tumor na pré-menopausa), presença de alterações genéticas (modificações nos genes associados à doença), além do ritmo de vida acelerado vivenciado hoje por grande parte das mulheres.

### Alterar estilos de vida

“As mulheres jovens fumam com mais frequência, trabalham mais, estão mais sujeitas ao stress e utilizam anticoncepcionais por

tempo indeterminado. É importante dizer que as mudanças de hábitos, como a prática de actividade física regularmente, ter uma alimentação saudável e parar de fumar, ajudam a prevenir o cancro”, alerta o especialista.

O oncologista destaca, ainda, que, no caso de pacientes jovens, não é indicada a mamografia sem recomendação médica. “É preciso lembrar que este é um exame que inclui a emissão de radiação ionizante que, quando aplicada de forma excessiva, pode ser nociva à saúde. Por isso, não devemos antecipar a inclusão da mamografia no quotidiano de uma mulher precocemente, caso não tenha histórico familiar ou alterações genéticas que justifiquem o exame”, ressalta.

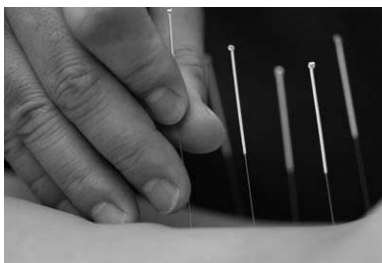
#### **Auto-exame mamário**

O mais indicado, por isso, é o auto-exame mamário – que deve ser realizado mensalmente, sete dias após o início da menstruação, quando a mama já não está inchada – que, segundo o especialista, é responsável pela detecção de 80% dos tumores.

A doença é a principal causa mundial de morte por cancro da população feminina com idades entre os 39 e os 58 anos de idade. No Brasil, o número de casos novos de cancro da mama esperados para 2010 será de 49.240, com um risco de 49 casos a cada 100 mil mulheres, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, onde já existe uma concentração maior de diagnósticos da doença.

[POP, 9 MARÇO 2010]

#### **Acupunctura alivia dores articulares no cancro da mama**



Um estudo norte-americano indica que a acupunctura pode aliviar as dores e a rigidez nas articulações, que muitas vezes acompanham o tratamento do cancro da mama, avança o site UPI.com.

Os cientistas do New York-Presbyterian Hospital / Columbia University Medical Center, em Nova Iorque, descobriram que as 43 mulheres com cancro da mama positivo para os receptores hormonais, que relatavam dores nas articulações devido ao tratamento com terapia inibidora da aromata-se, tiveram uma redução significativa da dor com acupunctura.

O estudo, publicado no Journal of Clinical Oncology, também mostra que as mulheres tratadas com acupunctura tiveram uma melhoria no bem-estar físico e as 20% que tomavam medicamentos para as dores relataram já não precisar deles.

Por outro lado, estas melhorias não foram relatadas pelo grupo de controlo, que foi submetido à acupunctura sham, a inserção de agulhas em pontos não reconhecidos pela terapia.

“Visto que os inibidores da aromata-se se tornaram numa opção de tratamento cada vez mais comum para alguns pacientes com

cancro da mama, temos como objectivo encontrar uma opção não-farmacológica para aliviar as dores nas articulações, melhorando a sua qualidade de vida e reduzindo a probabilidade de que as pacientes interrompam este tratamento com potencial para salvar vidas”, afirmou o autor sénior do estudo Dawn Hershman.

[POP, 9 MARÇO 2010]

#### **ONCO-ESTATÍSTICA**

**Investigação confirma associação entre cancro e stress**

Investigadores chineses e americanos demonstraram cientificamente, pela primeira vez, que existe uma relação directa entre o cancro e o stress, avança a agência EFE.

A investigação, publicada na revista Nature, indica que as células atingidas pelo stress podem emitir sinais às células vizinhas saudáveis e levar à formação de tumores.

Apesar de ter sido realizado com moscas da fruta, o estudo mostra que os mesmos genes e as mesmas sequências biológicas envolvidas neste processo estão presentes nos seres humanos.

Até agora, sabia-se que as inflamações crónicas estão relacionadas ao crescimento de tumores e alguns especialistas argumentam que as emoções negativas, as hormonas do stress, as inflamações e o cancro podem estar inter-relacionados, embora não exista uma evidência clara.

Os autores do estudo centraram o trabalho na actividade de dois genes mutantes causadoras de cancros: o RAS, que está relacionado com 30% dos casos da doença, e um gene supressor dos



tumores que, quando se apresenta de maneira defeituosa, propicia o desenvolvimento do cancro.

Os cientistas descobriram que uma célula que tem só o RAS mutante pode gerar um tumor maligno se tiver uma célula próxima com um gene supressor defeituoso. E concluíram que o stress era o factor determinante que unia as células, gerando proteínas marcadoras, para poder passar de célula para célula.

O professor Tian Xu, da University of Connecticut School of Medicine (EUA), principal responsável pelo estudo, manifestou que “são más notícias”, porque “há uma grande variedade de condições que podem desencadear o stress físico e emocional, assim como as infecções e as inflamações”.

A boa notícia é que também identifica uma nova via potencial para deter o cancro, se for possível bloquear a origem do sinal de stress que recebem as células.

[POP, 14 JANEIRO 2010]

### Gene pode prever resposta ao tratamento com tamoxifeno

Cientistas de Belfast identificaram um gene que pode prever se as mulheres com cancro da mama vão responder ao tratamento com tamoxifeno, de acordo com resultados publicados na Cancer Research, avança o site MedicalNews Today.

Os investigadores, financiados pela Breast Cancer Campaign da School of Pharmacy Queen's University Belfast, identificaram o gene FKBPL. Com níveis elevados, este gene indica uma boa resposta ao tamoxifeno e uma melhor probabilidade de sobrevivência no

cancro da mama. Ao contrário, níveis baixos do FKBPL indicam uma má resposta ao tratamento.

O tamoxifeno é uma terapêutica comum no tratamento do cancro da mama estrogénio-dependente. No entanto, os cientistas prevêem que o fármaco só é eficaz em cerca de dois terços das pessoas, não encontrando nenhum benefício em milhares de pacientes.

O principal investigador do estudo, Dr. Robson, espera aproveitar o gene FKBPL para desenvolver um teste capaz de prever melhor o resultado do tratamento com tamoxifeno. Isto significa que a terapia mais eficaz para cada tipo de tumor é dada no início da doença.

“Esta pesquisa é um passo na direcção certa para o tratamento personalizado, garantindo que as terapias apropriadas são dadas directamente na altura do diagnóstico, evitando tratamentos desnecessários”, explica.

“Nos próximos três anos, devemos perceber se a nossa pesquisa pode beneficiar as pacientes”, afirma.

O próximo passo é avaliar os níveis deste gene em amostras de cancro da mama num grande número de mulheres que foram tratadas com tamoxifeno.

Arlene Wilkie, da Breast Cancer Campaign, que financiou o estudo, afirma que “o tamoxifeno tem sido um tratamento disponível para mulheres com cancro da mama estrogénio-dependente. Sabemos que funciona muito bem para a maioria das pessoas, mas para cerca de um terço dos casos pode não ser a melhor opção. No futuro, um teste simples pode ajudar a identificar essas pessoas.”

[POP, 4 FEVEREIRO 2010]

### Fármaco da Genmab não aumenta sobrevida no cancro da cabeça e do pescoço

A Genmab informou esta segunda-feira que os resultados de um estudo avançado mostraram que o fármaco experimental zalutumumab não conseguiu cumprir o objectivo primário de aumentar a sobrevida global, em pacientes com cancro da cabeça e do pescoço, comparando com a terapia padrão, noticia o site FirstWord.

As acções da farmacêutica caíram 26% com esta notícia.

No ensaio randomizado, os 286 pacientes com carcinoma espinocelular da cabeça e do pescoço recorrente ou metastático, que não responderam à quimioterapia anterior, receberam zalutumumab mais cuidados de suporte, ou apenas cuidados de suporte.

Os dados mostraram que os pacientes que receberam o zalutumumab viveram uma média de 6,7 meses, em comparação com os 5,2 meses para aqueles que receberam a terapia padrão.

A Genmab salienta que a sobrevida livre de progressão, um objectivo secundário do estudo, foi aumentada em 61% nos pacientes que receberam o fármaco experimental.

A CEO Lisa Drakeman observou que “os dados da sobrevivência livre de progressão indicam que o zalutumumab pode beneficiar estes pacientes”, acrescentando que a companhia vai analisar os resultados antes de decidir “a melhor forma de prosseguir com este produto.”

[POP, 10 MARÇO 2010]

# 3ª REUNIÃO NACIONAL da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

## BOLETIM DE INSCRIÇÃO

28 e 29 MAIO 2010  
CURIA PALACE HOTEL Coimbra

Para os colegas que trabalham em oncologia,

A doença oncológica ocupa um lugar de destaque em todos os campos da sociedade contemporânea, seja pela saudade dos familiares e amigos que partem precocemente, seja pelo sofrimento de quem vive a doença, corajosos e verdadeiros heróis, que conseguem ir sempre mais além do que é exigido ao ser humano. Há artigos científicos, relatos de investigações, novas abordagens terapêuticas que nos enchem o coração com aquela luz que é desta vez que vamos ter a tão desejada cura e prevenção, a única solução justa quando pensamos naqueles que sofrem.

A pessoa que passa por uma experiência de diagnóstico e tratamento do cancro merece curar-se. É uma questão de justiça. Penso que todos os que lidam com esta doença, doentes, familiares e profissionais de saúde e investigadores têm essa visão.

É por este motivo que os Enfermeiros se dispõem à iniciativa científica que vos apresentamos. Pretende-se proporcionar contributos em termos de conhecimento e experiências, para podermos usar no dia a dia na nossa intervenção terapêutica com as pessoas e famílias nos processos de adaptação à doença oncológica assim como informação que permita promover estratégias para lidar com os efeitos secundários dos tratamentos e prevenção de riscos associados.

É porque sabemos do sentido que tudo isto tem na sua vida profissional que esperamos por si na Cúria, no final de Maio deste ano!

*Esperança Jarró*  
Enfermeira Esperança Jarró  
Presidente da Reunião

Para envio de Abstracts dos trabalhos a apresentar na Reunião, consultar procedimento em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).



COMISSÃO ORGANIZADORA  
Esperança Jarró - Presidente  
Ana Cristina  
Elisabete Valério  
Helena Fernandes  
Isabel Morais  
Madalena Aparício  
Teresa Pinto

COMISSÃO CIENTÍFICA  
Alice Monteiro  
Ana Fonseca  
Bruno Magalhães  
Rosa Romão  
Soledade Nêves

SECRETARIADO EXECUTIVO  
Veranatura  
R. Augusto Macedo, 12D, Esc. 2/3  
1600-503 Lisboa  
Tel.: 217 120 278  
Fax: 217 120 204  
[cd.alfasmedo@veranatura.pt](mailto:cd.alfasmedo@veranatura.pt)

# 3ª REUNIÃO NACIONAL da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa



## CUIDAR EM ONCOLOGIA, REABILITAR A VIDA!

28 e 29 MAIO 2010  
CURIA PALACE HOTEL Coimbra

SPONSORS OURO  
Pizer  
Roche  
Medicamenta  
MSD  
Merck serono  
Novartis Oncology

SPONSORS PRATA  
GSK  
Amgen

SPONSORS  
PharmaMar  
Europharma  
Codan  
Molnlycke  
Dose seven  
Lilly

APOIO  
Associação de  
Enfermagem  
Oncológica  
Portuguesa

28  
MAIO

SEXTA-FEIRA  
Manhã

SEXTA-FEIRA  
Tarde

29  
MAIO

SÁBADO  
Manhã

# Boletim de INSCRIÇÃO

Por favor preencha os campos do Boletim de inscrição com letras maiúsculas e envie-o através do Fax: +351 217 120 204, e-mail: [cd.alfasmedo@veranatura.pt](mailto:cd.alfasmedo@veranatura.pt) ou por carta ao Secretariado Executivo, Veranatura - Rua Augusto Macedo, 12D, Escritório 2/3, 1600-503 Lisboa

NOME: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO-POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

INSTITUIÇÃO: \_\_\_\_\_

INSCRIÇÕES:  
 SÓCIOS AEOP COM QUOTA ACTUALIZADA: 50 €  
 NÃO SÓCIOS AEOP: 100 €  
 JANTAR (Inscrição obrigatória)

A inscrição inclui documentação, almoço de trabalho, coffee-breaks e jantar da Reunião.

O Cheque deverá ser passado a ordem da AEOP e enviado para o Secretariado Executivo

|                |   |
|----------------|---|
| 08h30          | Abertura Secretariado   |
| 09h15<br>09h30 | <b>SESSÃO ABERTURA</b><br>Conferência Abertura: Cuidar a Dor dos outros<br>Ananda Fernandes,<br>ESE Coimbra<br>Moderação: Ana Cristina,<br>IPO Coimbra                                    |
| 10h15 - 10h45  | Intervalo Café  |
| 10h45 - 11h15  | <b>Simpósio Roche</b><br>Moderação: Alice Monteiro,<br>IPO Porto  |
| 11h15 - 13h00  | <b>SESSÃO PLENÁRIA I:</b><br>A pessoa com Cancro Cabeça-Pescoço<br>Moderação: Lurdes Carvalho,<br>Coordenadora AEOP Grupo Cabeça-Pescoço  |
| 11h20 - 11h40  | How treatment for head and neck cancer may affect daily lives<br>Kathleen Mais,<br>Nurse Clinician, Christie Hospital<br>British Association of Head and Neck<br>Oncology Nurses (BAHNON) |
| 11h40 - 11h55  | As dependências como factores etiológicos<br>Irina Coelho,<br>Oncologia Cirúrgica, IPO Lisboa   |
| 11h55 - 12h05  | Gestão do Distress<br>Pedro Cardoso,<br>Oncologia Cirúrgica, IPO Coimbra  |
| 12h05 - 12h15  | Perfil do doente submetido a Radioterapia:<br>Estudo Retrospectivo<br>Édite Simões,<br>Serviço Radioterapia, IPO Porto  |
| 12h15 - 12h25  | O cuidado ao doente de ORL submetido a radioterapia<br>Luíza Gonçalves,<br>Serviço de Radioterapia, HUC   |
| 12h25 - 12h40  | Planeamento da Alta Hospitalar no doente Laringectomizado<br>Juliana Santos,<br>Oncologia Cirúrgica, IPO Porto  |
| 12h40 - 13h00  | Discussão   |

|               |  |
|---------------|--|
| 13h00 - 14h30 | Almoço de Trabalho   |
| 14h30 - 18h00 | <b>SESSÃO PLENÁRIA II:</b><br>O Doente Hemato-Oncológico<br>Moderação: Helena Fernandes,<br>Hematologia, HUC                   |
| 14h35 - 14h50 | O cuidar na Criança<br>Helena Lourenço,<br>Serviço Medicina, Hospital Pediátrico Coimbra                                       |
| 14h50 - 15h05 | Factores de adaptação e de recuperação após uma doença Hemato-oncológica<br>Sílvia Reis,<br>Hematologia, HUC                   |
| 15h05 - 15h20 | A sexualidade no doente submetido a TMO<br>Tânia Barreiros,<br>Hemato-Oncologia, IPO Lisboa                                    |
| 15h20 - 15h35 | O controlo da Dor<br>Ana Costa,<br>Hematologia, HUC  |
| 15h35 - 15h50 | Internamento em Hematologia:<br>Grau de satisfação do doente<br>Paula Jorge,<br>Hematologia, Centro Hospitalar Lisboa Central  |
| 15h50 - 16h00 | Discussão  |
| 16h00 - 16h30 | <b>Simpósio Medicamenta</b><br>Náuseas e Vômitos induzidos pela QT<br>Moderação: Ana Fonseca<br>ESE Évora                      |
| 16h30 - 17h00 | Intervalo para Café  |
| 17h00 - 17h30 | <b>Simpósio GSK</b><br>Efeitos indesejáveis do Lapatinib no tratamento do Cancro Mama<br>Moderação: Jorge Freitas<br>IPO Porto |
| 17h30 - 18h00 | <b>Simpósio Amgen</b><br>Moderação: Isabel Morais,<br>IPO Coimbra  |
| 18h30         | Assembleia-Geral AEOP  |
| 21h00         | Jantar Reunião   |

|               |   |
|---------------|---|
| 08h45 - 09h30 | Sessão Apresentação 4 Melhores Trabalhos<br>Moderador: Bruno Magalhães,<br>Vice-Presidente AEOP   |
| 09h30 - 10h30 | <b>SESSÃO PLENÁRIA III:</b><br>Abordagem Multidisciplinar da Pessoa com Cancro Mama, novos desafios<br>Moderação: Elisabete Valério,<br>Coordenadora AEOP Grupo Mama  |
| 09h30 - 09h45 | Comunicação: Abordagem dos Grupos Psicoeducativos<br>Isabel Silva,<br>Clínica Mama, IPO Porto   |
| 09h45 - 10h00 | Intervenção no Seroma: Até onde?<br>Ana Maria Pereira,<br>Consulta Cirurgia, IPO Coimbra  |
| 10h00 - 10h15 | Terapêutica Target: Prevenção Complicações<br>Sónia Calceirinho,<br>Hospital de Dia Oncologia, Hospital Lusíadas  |
| 10h15 - 10h30 | Discussão   |
| 10h30 - 11h00 | <b>CONFERÊNCIA:</b><br>A Fadiga no doente em tratamento com quimioterapia: Resultados de Estudo Nacional<br>M. Jorge Freitas,<br>Presidente AEOP  |
| 11h00 - 11h30 | Intervalo para Café   |
| 11h30 - 12h00 | <b>Simpósio Merck Serono</b><br>Eritum em CCR e H&N<br>Management of skin reactions induced by EGFR: Targeting Biologics<br>Moderação: Lurdes Borges,<br>IPO Porto  |
| 12h00 - 13h00 | <b>Sessão Especial:</b><br>Humanizar a Doença Oncológica<br>Moderação: Esperança Jarró, HUC<br>"A minha luta, o meu caminho, a minha vida!"<br>Marina Pires, A Sobrevivente<br>Helder Reis, Jornalista, a confirmar |
| 13h00         | <b>Final da Reunião</b><br>Entrega Prémios melhores trabalhos Encerramento  |

X

## 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](mailto: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](mailto: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.



**Com apenas 3 dias  
de tratamento por ciclo<sup>1</sup>**



**EMEND<sup>®</sup>**  
(aprepitante, MSD)

**Protecção contra a Emese Aguda e Tardia**

**Durante 5 dias<sup>1</sup>**

**Ciclo após Ciclo<sup>2</sup>**

**O regime com EMEND<sup>®</sup> é recomendado como  
PRIMEIRA LINHA PARA A PREVENÇÃO DE NÁUSEAS E VÓMITOS  
agudos e tardios pelas linhas de orientação  
das principais associações internacionais<sup>3-6</sup>**

**ASCO**

American Society  
of Clinical Oncology

**NCCN**

National Comprehensive  
Cancer Network

**MASCC**

Multinational Association  
of Supportive Care in Cancer

**ESMO**

European Society  
of Medical Oncology



Merck Sharp & Dohme  
Edifício Vasco da Gama, 19  
Quinta da Fonte, Porto Salvo  
2770-192 Paço de Arcos

OCT-2011 EMD-2008-PT-1734-J

1. Warr D et al. Eur J Cancer 2005; (41):1278-1285. 2. de Wit et al. Eur J Cancer 2004; 40(3):403-10. 3. Kris MG, et al. American Society of Clinical Oncology Guideline for Antiemetics in Oncology; Update 2006 J. Clin Oncol 2006;24:2932-2947.
4. NCCN Antiemesis Panel. Antiemesis, Clinical Practice Guidelines in Oncology - v.1.2006( epub ).
5. The Antiemetic Subcommittee of MASCC. Prevention of chemotherapy and radiotherapy-induced emesis: results of the 2004 Perugia International Antiemetic Consensus Conference. Annals of Oncology, 2006;17:20-28.
6. Herrstedt J et al. Chemotherapy induced nausea and vomiting: ESMO Clinical Recommendations for prophylaxis; Annals of Oncology, 2008. 19 (Supplement 2): ii110-ii112.

**Antes de prescrever EMEND<sup>®</sup>, por favor consulte o Resumo das Características do Medicamento.  
Medicamento Sujeito a Receita Médica. Para mais informações contactar o titular da AIM.**

Denominação medicamento - EMEND 125 mg cápsula e EMEND 80 mg cápsulas. Forma farmacêutica e Composição quantitativa e qualitativa - Cada cápsula de 125 mg contém 125 mg de aprepitante; cada cápsula de 80 mg contém 80 mg de aprepitante. Indicações terapêuticas - Prevenção da náusea e vômito, agudos e tardios, associados a quimioterapia antineoplásica altamente emetizante, baseada em cisplatina ou moderadamente emetizante. Posologia e modo de administração - Via oral durante 3 dias em esquema terapêutico com corticosteróide antagonista da 5-HT<sub>3</sub>, na dose de 125 mg, no Dia 1 e de 80 mg, nos Dias 2 e 3. Contra-indicações - Hipersensibilidade à substância activa ou excipientes; administração concomitante de pimozida, terfenadina, astemizole ou cisaprida. Efeitos indesejáveis - As reacções adversas com maior incidência são: soluços, astenia/fadiga, elevação da ALT, obstipação, cefaleias e anorexia. Há ainda a referir candidíase, infecção por estafilococos, anemia, neutropénia febril, aumento de peso, polidipsia, desorientação, euforia, ansiedade, tonturas, sonhos anómalos, alterações cognitivas, conjuntivite, acufenos, bradicardia, afrontamentos, faringite, espirros, tosse, rinorreia posterior, garganta irritada, diarreia, dispepsia, eructações, náuseas, vômitos, refluxo ácido, disgeusia, desconforto epigástrico, obstipação grave, doenças de refluxo gastroesofágico, úlcera duodenal perfurada, dor abdominal, xerostomia, enterocolite, flatulência, estomatite, exantema, acne, fotossensibilidade, hiperhidrose, pele oleosa, prurido, lesões cutâneas, câibras musculares, mialgia, poliúria, disúria, polaquíúria, dor abdominal, edema, rubor facial, desconforto pré-cordial, letargia, sede, elevação da AST, elevação da fosfatase alcalina, hiperglicémia, hematúria microscópica, hiponatremia, diminuição de peso, síndrome de Stevens-Johnson (1 caso). Advertências e precauções especiais de utilização - Administração concomitante com medicamentos que inibam a actividade do CYP3A4 deve ser conduzida de forma cuidadosa; a administração concomitante com irinotecano deve ser efectuada com especial precaução. A co-administração de EMEND com varfarina resulta numa redução do tempo de protrombina; o INR deve ser cuidadosamente monitorizado durante o tratamento com EMEND e nas 2 semanas depois. Interações medicamentosas e outras formas de interacção - Durante o tratamento com EMEND, o CYP3A4 é inibido; após o fim do tratamento, EMEND causa uma indução moderada transitória do CYP2C9 e uma indução ligeira transitória do CYP3A4 e da glucoronidação. Quando co-administradas com o regime de 125 mg/80 mg de EMEND, as doses orais de dexametasona ou metilprednisolona deverão ser reduzidas em aproximadamente 50 %; a dose habitual de metilprednisolona administrada por via intravenosa deverá ser reduzida em aproximadamente 25 %.





**SUTENT** <sup>cápsulas</sup>  
malato de sunitinib



**NOME DO MEDICAMENTO SUTENT COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Cada cápsula contém malato de sunitinib equivalente a 12,5 mg, 25 mg ou 50 mg de sunitinib. Contém manitol. **FORMA FARMACÉUTICA** Cápsulas.  
**INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS** Tumor maligno do Estroma Gastrointestinal (GIST): O SUTENT está indicado para o tratamento de tumores malignos do estroma gastrointestinal irrecorríveis e/ou metastáticos (GIST) após insucesso do tratamento com mesilato de imatinib, devido a resistência ou intolerância. Carcinoma de Células Renais Metastático: O SUTENT está indicado para o tratamento do carcinoma de células renais avançado e/ou metastático (MRCC).  
**POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO** A terapêutica deve ser iniciada por um médico experiente no tratamento do carcinoma de células renais ou de GIST. A posologia recomendada de SUTENT é uma dose oral diária de 50 mg tomada durante 4 semanas consecutivas, a que se segue um período de repouso de 2 semanas (esquema de tratamento 4/2), completando um ciclo de 6 semanas. Podem ser aplicados ajustes de dose em intervalos de 12,5 mg com base na segurança e tolerabilidade individuais. A dose diária não deve exceder os 75 mg nem ser reduzida abaixo dos 25 mg. A co-administração de indutores ou inibidores potentes da CYP3A4 deverá ser evitada. A segurança e eficácia em doentes pediátricos não foram estabelecidas. Não se observaram diferenças significativas relativas à segurança ou efectividade entre os doentes mais novos e os doentes mais velhos. Não é recomendada ajuste de dose quando se administra SUTENT a doentes com insuficiência hepática ligeira a moderada (classes A e B da classificação Child-Pugh). O SUTENT não foi estudado em doentes com insuficiência hepática classe C da classificação Child-Pugh. Não foram realizados estudos clínicos em doentes com diminuição da função renal. SUTENT pode ser tomado com ou sem alimentos.  
**CONTRA-INDICAÇÕES** Hipersensibilidade ao malato de sunitinib ou a qualquer um dos excipientes. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** Os acontecimentos adversos graves mais importantes relacionados com o tratamento, associados ao tratamento com SUTENT de doentes com tumores sólidos foram: embolia pulmonar, trombocitopenia, hemorragia tumoral, neutropenia febril e hipertensão. Os acontecimentos adversos mais frequentes, de qualquer Grau, relacionados com o tratamento (ocorridos em pelo menos 20% dos doentes), incluíram: fadiga, doenças gastrointestinais, tais como diarreia, náuseas, estomatite, dispênsia e vômitos; alteração da coloração cutânea; disgeusia e anorexia. Os acontecimentos adversos relacionados com o tratamento mais frequentes, de gravidade máxima Grau 3, foram a fadiga, a hipertensão e a neutropenia, e o aumento da lipase foi o acontecimento adverso relacionado com o tratamento mais frequente, de gravidade máxima Grau 4, em doentes com tumores sólidos. Ocorreu hepatite e insuficiência hepática em <1% dos doentes e prolongamento do intervalo QT em <0,1%. Os acontecimentos fatais que foram considerados possivelmente relacionados com SUTENT incluíram falência orgânica multi-sistémica, coagulação intravascular disseminada, hemorragia peritoneal, rabdomicose, acidente cerebrovascular, desidratação, insuficiência supra-renal, renal e respiratória, derrame pleural, pneumotórax, choque e morte súbita. As reacções adversas relacionadas com o tratamento notificadas nos estudos de GIST foram as seguintes: muito frequentes (>1/10) anemia, neutropenia, trombocitopenia, hipotirodismo, diminuição do apetite, alterações do paladar, cefaleias, hipertensão, diarreia, náuseas, vômitos, estomatite, dispênsia, dor abdominal/distensão, flatulência, dor na cavidade oral, pele amarela/alteração da coloração cutânea, síndrome da eritrodismestesia palmo-plantar, alterações da coloração do cabelo, erupção cutânea, dor nas extremidades/membros, fadiga/astenia, inflamação das mucosas, edema; frequentes (>1/100 ou <1/10) leucopenia, linfopenia, parestesias, tonturas, neuropatia periférica, hipostesia, epistaxis, dispneia, cromatúria, obstipação, glossodinia, xerostomia, refluxo gastroesofágico, úlcera na boca, desconforto oral, secura cutânea, alopecia, dermatite, edema periorbital, reacção cutânea, eritema, eczema, prurido, hiperpigmentação cutânea, esfoliação cutânea, bolha, lesão cutânea, artralgia, mialgia, espasmos musculares, dor de costas, fraqueza muscular, pirexia, insónia, aumento da lipase, diminuição da contagem de células brancas, diminuição da fracção de ejeção, diminuição da hemoglobina, aumento da creatinina fosfoquinase sérica, diminuição da contagem plaquetária, diminuição do peso, aumento da amilase, aumento do aspartato aminotransferase, aumento da alanina aminotransferase e qualquer acontecimento

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

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



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

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