

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

9

NÚMERO 09 · VERÃO 2009

CARTA EDITORIAL

A Coordenadora da revista faz um apanhado do que foi a Reunião Nacional da AEOP no passado mês de Maio e perspectiva o biénio 2009–2011, após a eleição dos corpos sociais.

ARTIGO DE OPINIÃO

Este espaço reflecte apenas e tão só a opinião dos autores sobre temas actuais que directa ou indirectamente estejam ligados à Oncologia. Neste artigo em concreto, o autor fala da questão da resiliência como forma de dinamização dos projectos pessoais e, em primeira instância, o nascimento e crescimento da AEOP como forma de identificação profissional da enfermagem oncológica portuguesa.

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O ENSINO AO DOENTE TRAQUEOSTOMIZADO/CUIDADOR

Privilegiando a Boa Prática dos Cuidados de Enfermagem, o “Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador” pretende ser um documento orientador na actuação profissional dos enfermeiros, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes, fornecendo orientações e objectivos precisos, que permitam desenvolver um processo de ensino/aprendizagem sobre traqueostomias ao doente/cuidador e promovendo o auto-cuidado numa prática ajustada.

PRESTADOR DE CUIDADOS: QUAIS SÃO AS SUAS NECESSIDADES?

Neste estudo pretendeu-se conhecer o perfil dos utentes alvo de cuidados e dos prestadores de cuidados, suas necessidades e dificuldades inerentes ao exercício da sua actividade. Pretendeu-se conhecer a dimensão do papel de prestador de cuidados e contribuir para a melhoria dos cuidados por estes prestados. Para o efeito recorreu-se à entrevista e a escalas de avaliação específicas (escala de Barthel, índice de Lawton & Brodie, escala de Pfeiffer e o questionário de avaliação de sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal).

ESTUDOS INVESTIGACIONAIS AEOP

É dado conhecimento do progresso do estudo observacional PIGART e dos resultados finais do estudo da fadiga no doente com cancro submetido a quimioterapia.



“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
Fev 2007 - 895

8 em cada 10 doentes
preferem a quimioterapia oral.⁽¹⁾

Rochet
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

NÚMERO 09 • VERÃO 2009

FICHA TÉCNICA

ONCO.NEWS

Órgão e Propriedade da AEOP (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa)

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 Externa, IPO Porto
lurdesfc@gmail.com

Esmeralda Barreira
Unidade Pulmão, IPO Porto
merhp@diix.pt

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

Deolinda Lopes Duarte
IPO Lisboa
mdpereira@ipolisboa.min-saude.pt

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

CONSELHO EDITORIAL

Conselho Editorial
Patrícia Sanches Salles
Rosiani de Cássia Castro
M. Fátima Rodrigues Francisco
Ana Cristina Nunes
Liliana Amorim
M. Graça Pereira
Patrícia Pampulim

CONSELHO DE ESPECIALIDADE

■ EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE
Ana Paula Figueiredo

■ CUIDADOS PALIATIVOS
Catarina Simões

■ ENSINO E FORMAÇÃO
Eunice Sá

COORDENADOR PÁGINA WEB

Bruno Magalhães
Oncologia Cirúrgica, IPO Porto

DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Medesign, Lda

PERIODICIDADE

Trimestral

IMPRESSÃO

Tipografia Nunes, Lda

TIRAGEM

600 exemplares

DEPÓSITO-LEGAL

262108/08

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

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

ÍNDICE

02 CARTA EDITORIAL

Mónica Castro
Coordenação Editorial

ARTIGOS

04 ARTIGO DE OPINIÃO: A IDEIA, O PROJECTO, A REALIDADE ...

M. Jorge Freitas

06 GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O ENSINO AO DOENTE TRAQUEOSTOMIZADO/ CUIDADOR

Carla Faria, Juliana Santos

16 PRESTADOR DE CUIDADOS: QUAIS SÃO AS SUAS NECESSIDADES?

Cristina Pinto, Lúcio Santos

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

23 2ª REUNIÃO NACIONAL

AEOP LANÇA O GRUPO DE TRABALHO SOBRE CANCRO DO PULMÃO

PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM ENSAIOS CLÍNICOS

23 MAIO 2009: LANÇAMENTO DE LIVRO INFANTIL

JORNADAS ONCOLOGIA - 1 A 3 JULHO 2009, HOTEL SOLVERDE

5.º SIMPÓSIO NACIONAL DE CANCRO DIGESTIVO

PRÉMIOS EXCELÊNCIA 2009:

PRÉMIO AEOP/MSD - PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO EM
ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

PRÉMIO AEOP/PFIZER: CONTRIBUIÇÃO PARA A QUALIDADE DOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA

INVESTIGAÇÃO

25 PROGRAMA NACIONAL PIGART

Patient Information about GIST and Renal Carcinoma Treatment

26 PROGRAMA NACIONAL ART

Anemia Registry and Transfusions

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

29 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em www.aeop.net

Quantos de nós já pensaram que as actividades de Enfermagem são, em muitos contextos, invisíveis e até, porque não ser mais radical, “desvalorizadas”! A estética de uma obra, o rigor de uma demonstração, o sabor de uma refeição podem ser julgados e apreciados. Mas as esperanças e as expectativas que o trabalho de Enfermagem suscita, os esforços individuais e colectivos, as formas de inteligência que ele mobiliza, os sofrimentos e os prazeres vividos são sentimentos invisíveis e de difícil quantificação.

Podemos quantificar o número de doentes admitidos ou que praticaram um determinado procedimento. Podemos tentar avaliar as performances, mensurando-as por meio de índices, mas a relação com pessoas em desequilíbrio físico, mental, socioeconómico não se avalia pelos critérios e métodos de gestão tradicionais, caindo na dimensão do saber empírico ou na ambivalência das relações interpessoais. No entanto, esta dificuldade em mensurar ou tornar visível aos outros o que fazemos não pode nem deve ser desculpa para negligenciarmos o nosso investimento no desenvolvimento profissional. O valor do que fazemos e como o fazemos deve ser explorado e traduzido pelos próprios enfermeiros. Sem desvalorizar a avaliação que os outros possam fazer de nós enquanto profissionais, não devemos demitir-nos duma das vertentes mais importantes duma profissão, que é a capacidade de se avaliar, mensurar e orientar no caminho da excelência e na construção duma identidade própria e credível.

Um bom exemplo disto foi a 2ª Reunião da AEOP onde estiveram cerca de 190 enfermeiros inscritos e mais de 200 pessoas envolvidas e onde pudemos assistir a 5 Simpósios de elevada qualidade e interesse científico, nos quais participaram dois convidados internacionais, que vieram trazer uma visão mais alargada sobre as mesmas questões que os enfermeiros nacionais se deparam. Para comprovar que o dinamismo na Enfermagem Oncológica existe foram apresentados dois livros de Educação/Informação para doentes com GIST

e RCC, complementando assim a possível lacuna de informação muitas vezes sinalizada pelos profissionais nessa área do saber.

Na assembleia-geral da AEOP, realizou-se a eleição dos novos Corpos Sociais, tendo-se mantido os mesmos elementos do biénio anterior. Ficou igualmente marcada um local para a Reunião Nacional de 2010, tendo sido Coimbra a cidade contemplada para acolher os Enfermeiros que pretendam associar-se a este momento de partilha de saberes. À semelhança do que aconteceu na Reunião anterior, foram seleccionados três dos melhores trabalhos colocados á consideração do júri a partir dum grupo inicial de dezassete. Os premiados, a quem desde já damos os nossos parabéns, estão devidamente identificados no Site da AEOP e esperamos que em breve os possamos divulgar sob a forma de artigo nesta revista.

À semelhança da edição anterior da Onco.News e porque pensamos ser importante existir um espaço de opinião pessoal fundamentada o primeiro espaço desta revista destina-se a um Artigo de Opinião, onde o autor explica como foi possível o nascimento e a envolvimento da AEOP no crescimento da Enfermagem Oncológica Nacional e demonstra que a ambição e satisfação pessoal estão directamente relacionadas com o crescimento dos projectos profissionais. Num segundo momento, surge um Artigo direccionado para um campo tão rico e que podemos considerar tão nosso como é o de Orientar e Ensinar. Neste caso específico o foco incide sobre o Doente Traqueostomizado e o seu cuidador, na necessidade de elaborar um Guia de Orientação que permita garantir as Boas Práticas nos Cuidados. O último artigo, de cariz Investigacional, aborda a dimensão do papel de prestador de cuidados e procura determinar quais as suas principais necessidades de forma a contribuir para a melhoria dos cuidados prestados por estes.

Mais uma vez apelo á consulta do site www.aeop.net, onde poderá encontrar informação actualizada semanalmente sobre o que demais importante acontece na Oncologia e com todos os programas e Grupos es-

pecíficos de trabalho que vão surgindo, caso do Grupo Cancro do Pulmão, bem como o desenvolvimento do percurso dos que já existem. Esta segunda parte do ano de 2009, é objectivo da AEOP dinamizar o funcionamento dos Workgroups. Esteja atento e caso se interesse por determinadas áreas do saber dentro da enfermagem oncológica (cancro digestivo, educação para a saúde, cancro da Mama e do Pulmão), poderá inscrever-se neste grupos específicos. Toda as informações desta dinâmica poderá ser encontrada no nosso site. Aguardamos pela sua inscrição.

Termino relembrando a importância de investirmos numa Reflexão Inovadora sobre a Prática de Enfermagem e na participação de Actividades Criativas, como foi disso exemplo a 2º Reunião da AEOP, pois só assim podemos demonstrar que o nosso “Trabalho” é visível, empreendedor e determinante para a Melhoria dos Cuidados junto dos nossos doentes.



Mónica Castro

Coordenação Editorial
(Castron3@sapo.pt)

A IDEIA, O PROJECTO, A REALIDADE ...

M. Jorge Freitas
Presidente AEOP
Responsável Oncologia Médica IPOP
Mestrado Bioética

“Grandes realizações são possíveis quando se dá importância aos pequenos começos”

Lao-Tsé

Quando inicie, há dois anos atrás, este projecto da Enfermagem em Oncologia pensei em muitas formas de o fazer, mas sempre me alertaram e fui aprendendo que temos de construir a diferença, ser resistente, ser proactivo! Mas como se consegue desenvolver esta capacidade, a que tecnicamente se chama, para os mais estudiosos, de resiliência?

Cedo me apercebi que, quando presente em nós, este atributo é valioso para se conseguir ultrapassar as dificuldades, e sendo uma característica positiva ajuda-nos a superar as dificuldades e a adaptar-nos às circunstâncias mais adversas durante o nosso percurso de vida. Ter uma ideia, desenhar e construir uma organização onde ela possa subsistir é a vontade de muitos mas ao alcance da coragem de poucos. Foi o que se passou em Abril de 2007. Lançamos a ideia, juntamos os que acreditaram, construímos a estrutura imaginada, moldamos e vamos construindo a nossa organização até onde os nossos aderentes quiserem. Isto só foi

possível com uma grande dose de resiliência pessoal e colectiva, como tudo na vida ou, diria, quase tudo.

O que nos faz ser resilientes depende de um conjunto de factores e de atributos da nossa personalidade, tais como a auto-estima, autonomia, orientação social positiva, sentido elevado de valor, vontade, capacidade de programar e executar acções futuras, etc. Esta característica positiva de cada um permite superar as dificuldades. E assim me tornei resiliente com este projecto AEOP. Foi sempre minha preocupação fazer deste grupo de enfermeiros que trabalham directamente com a prática clínica de oncologia não um grupo de sócios mas um grupo de pessoas, de colegas, de pessoas que, em muitas situações, me são próximos pela afinidade, amizade, simpatia, pelo profissionalismo... E assim se foi construindo a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, e assim se vai construindo a nossa identidade.

No passado dia 22 e 23 de Maio verifiquei que a AEOP não é apenas uma associação mas também um grupo de colegas próximos, que partilham os mesmos interesses e vontades em fazer algo mais e de diferente pela enfermagem oncológica. Com esses, estou preparado para trabalhar

em equipa. E serão esses o futuro e o presente desta nossa organização.

Voltando aos profissionais resilientes, os que os distingue dos outros é a sua elevada de auto-estima, a rede social que os rodeia e a capacidade de descobrir o sentido das coisas. São inteligentes, têm capacidade de reflexão, autonomia, capacidade de relacionamento e iniciativa, flexibilidade e integridade, promovendo as mudanças importantes e necessárias. São estas pessoas que a AEOP procura e necessita. Aproveito para reforçar aquilo que sempre defendi: quem for diferente e chegar primeiro, está sempre na frente.

Efectivamente são as pessoas que escrevem as estratégias, que implementam os processos, que geram as soluções. A nossa organização terá de ter pessoas com software próprio e distinto, sendo que cada um de nós deverá ter uma agenda pessoal repleta de interesses, medos e desejos e é na base dessa agenda que se modelam e definem as nossas decisões. Foi o que aconteceu com a nossa 2ª Reunião Nacional. Tentamos ser diferentes, tentamos criar um bom ambiente profissional onde todos os resilientes pudessem partilhar ideias, opiniões, angústias, medos, interesses... enquanto pessoas. Quanto melhor conhecermos as nossas agendas, mais assertivos seremos nas nossas interações como pessoas e, através delas, com a própria Associação. Não podemos desperdiçar o nosso capital intelectual e emocional. Quem esteve na Reunião seguramente compreenderá o alcance destas minhas palavras.

**“Colegas,
organizem as
vossas agendas,
lutem pelos vossos
sonhos, melhorem
a vossa capacidade
de resiliência.”**

Defendo que o desafio da nossa organização não passa pela sua dimensão, mas por desafiar princípios estabelecidos como dogmas, que limitam a nossa criatividade e provocam a perda de confiança em nós mesmos. Exemplo paradigmático é a criação dos grupos especiais de intervenção, a que chamamos workgroups. Será a nossa prioridade de agenda para 2009: dinamizar actividades entre os colegas de uma mesma área do saber. Discutir e partilhar as boas práticas, definir actividades em conjunto, apresentar trabalho específico, é o nosso objectivo primeiro. Será isso possível? O futuro o

dirá, mas estou convicto que este é o caminho mais fácil para sermos diferentes pela qualidade. Acreditem que temos muita “gente” a observarmos, a apoiar e a esperar pela nossa criatividade produtiva. E assim se constroem as organizações.

Colegas, organizem as vossas agendas, lutem pelos vossos sonhos, melhorem a vossa capacidade de resiliência. A AEOP existe e terá de ser utilizada como veículo dinamizador.

Em 2010 estaremos em Coimbra, certamente com uma equipa capaz de ser mais, de ir mais além, de organizar um evento que não seja apenas um conjunto de informações técnicas mais ou menos intensivas mas que os conteúdos possam de alguma forma mexer com a emotividade dos enfermeiros presentes. O que é a nossa profissão senão o controlo da nossa própria emotividade, da nossa resistência emotiva em prol daqueles que mais precisam de nós: os doentes e as famílias que nos procuram. A reunião

de 2009 foi ótima mas queremos que a próxima seja melhor ainda. Por acreditar que o que nos anima é essencial para arriscarmos mais, termino citando Séneca, sobre o que ele pensava sobre a sorte: “Sorte é o que acontece quando capacidade se encontra com oportunidade”. Em nome da AEOP, termino assumindo que o futuro espera-nos com muitas mudanças...

Obrigado àqueles que nos acompanharam e que nos acompanham.guardo outros que virão certamente com a mesma vontade e com outras ideias de desenvolvimento. Tudo pela enfermagem Oncológica Nacional ...

M. Jorge Freitas

[Presidente reeleito da AEOP 2009-2011]

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O ENSINO AO DOENTE TRAQUEOSTOMIZADO/ CUIDADOR

Carla Faria,

Especialista em Enfermagem Comunitária; Oncologia cirúrgica; Instituto Português de Oncologia FG EPE do Porto

Juliana Santos.

Especialista em Enfermagem Comunitária; Oncologia cirúrgica; Instituto Português de Oncologia FG EPE do Porto

Privilegiando a Boa Prática dos Cuidados de Enfermagem, o “Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador”, pretende ser um documento orientador na actuação profissional dos enfermeiros, tornando os cuidados que prestam mais seguros, visíveis e eficazes, fornecendo orientações e objectivos precisos, que permitam desenvolver um processo de ensino/aprendizagem sobre traqueostomias ao doente/cuidador e promovendo o auto-cuidado numa prática ajustada. O “Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado / Cuidador” poderá tornar-se numa importante ferramenta de trabalho para os profissionais, cujo objectivo será sempre a obtenção de ganhos em saúde para os clientes-alvo das intervenções de enfermagem. A uniformização de procedimentos standards, associados a uma prestação de cuidados personalizada, contribui para a excelência do cuidado e para o estado-da-arte.

PALAVRAS-CHAVE: Traqueostomia; Doente Traqueostomizado; Cuidador; Guia de Orientação; Ostomia de Ventilação; Ensino; Autonomia.

Promoting the Practice of nursing care, the “Orientation Guide for the Teaching of Tracheostomized Patients/Caregivers will be a guiding document in the activities of professional nurses, making the care they provide safe, visible and effective, providing guidance and precise objectives, enabling them to develop a process of teaching/learning about tracheostomies for patients/caregivers, and promoting self-care in a practice set.

The Orientation Guide for the Teaching of Tracheostomized Patients/Caregivers may become an important tool of work for the professionals, whose objective is always the achievement of gains in health for the target customers of nursing interventions. A uniform standard of procedures, associated with the provision of personalized care, contributes to the excellence of care and the state-of-the-art.

KEY-WORDS: Tracheostomy; Tracheostomized Patients; Caregiver; Orientation Guide; Ostomy Ventilation; Teaching; Autonomy.

INTRODUÇÃO

Na Declaração de Munique apela-se às autoridades da Organização Mundial de Saúde (OMS) da Região Europeia que intensifiquem a sua acção, no sentido de reforçar os cuidados de enfermagem, através da garantia da participação dos enfermeiros na tomada de decisão a todos os níveis de desenvolvimento e implementação das políticas de saúde, através da procura de oportunidades para estabelecer e suportar programas e serviços de enfermagem comunitária centrados na família, bem como do reforço do papel dos enfermeiros em saúde pública, na promoção da saúde e no desenvolvimento comunitário.

A realização de um Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador, vai de encontro à noção de *continuum* no tempo sobre a continuidade dos cuidados, sendo que se pretende contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências do doente/cuidador, na optimização da ostomia de ventilação durante o tempo de internamento nos cuidados diferenciados, assegurando deste modo a autonomia dos mesmos no domicílio. Deste modo, os profissionais de saúde poderão assumir uma posição proactiva na prestação de cuidados de saúde diferenciados, interagindo/assistindo os doentes em contexto hospitalar, fomentando a responsabilidade individual do doente pela sua própria saúde, auto-cuidado e pelo conhecimento e utilização dos recursos em matéria saúde após a alta.

DESENVOLVIMENTO

A recomendação para modificar a prática no âmbito do ensino ao doente traqueostomizado/cuidador teve em conta a sensibilidade dos enfermeiros do Piso VI – Cirurgia, do IPOFG, EPE, onde era notória a diversidade de atitudes pedagógicas dos profissionais de saúde e os diferentes saberes, associados à ausência de normas orientadoras que conduziam a distintos comportamentos no que concerne ao processo de ensino.

Recorrendo à técnica de pesquisa por consenso – Aproximação por Informadores Chave, foi possível a identificação das necessidades, que tornaram pertinentes as acções a desenvolver. Como Informadores Chave, foram seleccionados os elementos do IPOFG, EPE, que se encontram numa situação privilegiada, no que

respeita à proximidade com doentes do foro Otorrinolaringologia. Foram, então, realizadas entrevistas individuais a cada elemento, de forma a conhecer as suas impressões sobre o assunto em questão.

Foi unânime a importância da uniformização de procedimentos. Da compilação e análise dos resultados das entrevistas, pôde aferir-se que a realização de um “Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador” é uma importante estratégia para responder às necessidades detectadas, tendo como objectivo último a obtenção de ganhos em saúde, através da excelência do exercício profissional, arrastando consigo algumas vantagens para os profissionais, doente/cuidador e organizações.

Para os profissionais de saúde essas vantagens são notórias a nível da qualidade, da dimensão da prática clínica, consubstanciando opções técnicas e diminuindo a sua variação, bem como acesso a orientações eficazes e contextualizadas. Escrever, é parte integrante de cuidar, pois permite a defesa do profissional e da instituição, concorrendo para a construção da identidade profissional. De sublinhar, e reportando-nos ao Código Deontológico do Enfermeiro (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2003), «a ausência de registos pode ser assumida como ausência de realização, com as implicações que decorrem desta possibilidade. A eficácia da intervenção é determinada também pela continuidade que [...] que se assegura pelo registo fiel das observações e das intervenções». Segundo COLLIÈRE (1996), «os enfermeiros sabem, fazem, e dizem mais do que escrevem.» Contrariando esta tendência, este Guia é um instrumento importante na prestação de cuidados de enfermagem pela sua vertente de comunicar o julgamento profissional e as acções executadas, dando visibilidade ao saber profissional que lhe está subjacente.

As vantagens para os doentes/cuidadores são bem evidentes, uma vez que o processo de ensino/aprendizagem é orientado segundo a mesma metodologia, para todos os profissionais, evitando assim possíveis desvios ao ensino.

Por último, as vantagens para as organizações reportam-se à melhoria da eficiência dos serviços, optimização dos recursos, podendo ser uma base de referência para os programas de qualidade em saúde.

O Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador estabelece as directrizes clínicas e padrões estabelecidos no sentido de rentabilizar os recursos humanos existentes, e simultaneamente obter ganhos em saúde para o doente. Este foi estruturado de uma forma sistemática. A primeira parte pretende fornecer algumas informações, onde se inclui a data próxima revisão, a quem se destina, objectivos e fundamentação, pressupostos e normas de preenchimento a respeitar.

A segunda parte do guia está organizada por dias, sendo atribuído a cada dia uma actividade específica, à qual corresponde uma lista de verificação, distribuindo-se da seguinte forma:

- Dia 1: **A – INFORMAR** o doente/cuidador;
- Dia 2: **B – DEMONSTRAR** a técnica de mudança da cânula ao doente/cuidador;
- Dia 3: **C – SUPERVISIONAR** a mudança de cânula a realizar pelo doente/cuidador;
- Dia 4: **D – AVALIAR** o conhecimento do doente/cuidador sobre o ensino realizado.

O enfermeiro responsável pelo ensino procede de acordo com o guia de orientação, para aquele dia, e regista a sua execução, bem como possíveis observações ocorridas.

A redacção do documento teve em conta uma apresentação- tipo, sintética, clara e precisa, adequando uma linguagem acessível a uma forma facilitadora de leitura e aplicação prática. A sua estruturação teve por base o método demonstrativo, que se baseia no conhecimento técnico ou prático do formador e na sua competência para exemplificar uma determinada operação técnica ou prática que se deseja repetida e depois aprendida. O formando deve realizar primeiro sob orientação e depois sozinho.

A validade de um projecto depende da avaliação dos resultados obtidos. Na avaliação deste projecto, entraram em linha de conta dois cálculos distintos (avaliação da aptidão dos doentes/cuidadores e pertinência evidenciada pelos enfermeiros utilizadores do guia de orientação), de acordo com os objectivos definidos e metas a atingir.

Depois de asseguradas todas as diligências planeadas para a concretização do “Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador”,

procedeu-se à sua implementação na população alvo (equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Oncológica – Piso VI), durante o horizonte temporal estabelecido, com o objectivo de dar resposta às metas propostas para este projecto, que foram:

Meta I – Que 80% dos doentes traqueostomizados/cuidadores se apresentem totalmente aptos ou aptos, com a implementação do “Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado”;

Meta II – Que pelo menos 70% dos enfermeiros utilizadores do “Guia de Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador” evidenciem pertinência e utilidade do mesmo, no ensino ao doente traqueostomizado/cuidador.

Em relação à Meta I, observamos que dos 10 doentes/cuidadores a quem foi implementado o “Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador” 3 (30%) ficaram totalmente aptos, 6 (60%) aptos e 1 (10%) não apto, sendo que 1 desses valores se refere ao cuidador, que ficou apto para o ensino. Assim, concluímos que a Meta I foi atingida, uma vez que 90% dos doentes/cuidadores ficaram totalmente aptos/apto depois da implementação do guia de orientação.

Para avaliação da Meta II, submeterem-se (15) questionários aos enfermeiros que participaram na implementação do projecto.

Relativamente ao cálculo das respostas directas fechadas, obtivemos como resultado afirmativo relativamente à pertinência, um valor percentual $\geq 80\%$. Da análise qualitativa das respostas abertas, concluímos que os enfermeiros consideram o “O Guia de Orientação para o Ensino ao Doente Traqueostomizado/Cuidador” é facilitador do trabalho dos profissionais na área dos cuidados de saúde primários, proporcionando uniformização de cuidados, maior autonomia do doente/cuidador, registos de alta mais pormenorizados e servindo como orientador do plano de cuidados. Quando questionados sobre as vantagens da sua utilização, 13 (87%) dos enfermeiros referiram que proporciona melhoria da qualidade através da uniformidade de cuidados. Alguns referem que o Guia é facilitador do processo de integração de novos elementos e permite registos de enfermagem mais rigorosos.

Concluimos então que a Meta II foi atingida, uma vez que do tratamento quantitativo e qualitativo dos dados dos questionários se obtiveram resultados afirmativos, com um valor percentual \geq a 80%.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projecto infere que a utilização de normas e manuais institucionais auxiliam a acção do enfermeiro assim como a integração do utente/cuidador no seio dos cuidados, facilitando a sua adaptação ao processo de saúde/doença. Deste modo, consideramos relevante a realização deste tipo de projectos, que evidenciem as realidades dos serviços, podendo ser alargados a outros serviços, e quiçá instituições, permitindo uma partilha de experiências.

Sendo que a linguagem CIPE está neste momento a ser trabalhada no nosso Serviço, prevemos uma adaptação deste guia a essa linguagem, num futuro próximo.

“GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA O ENSINO AO DOENTE TRAQUEOSTOMIZADO/CUIDADOR”

DATA DE REVISÃO:

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

OBJECTIVO GERAL:

Contribuir para o desenvolvimento de uma boa prática de cuidados, através da uniformização de procedimentos no ensino ao doente traqueostomizado/cuidador.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

Elaborar um documento que oriente para a prática sistematizada no processo de ensino/aprendizagem ao doente traqueostomizado/cuidador;
Contribuir para a aquisição de conhecimentos e competências do doente traqueostomizado/cuidador, na optimização da ostomia de ventilação.

FUNDAMENTAÇÃO:

A recomendação para modificar a prática no âmbito do ensino ao doente traqueostomizado/cuidador teve em conta a evidência científica disponível e foi proveniente de consulta de fontes de reconhecido mérito e da opinião de especialistas (enfermeiros de referência do IPOPGF, EPE), recorrendo à técnica de pesquisa por consenso – aproximação por informadores-chave.

A diversidade de atitudes pedagógicas dos profissionais de saúde e os diferentes saberes, associados à ausência de normas orientadoras, conduz a diferentes comportamentos que só poderão ser ajustados com a elaboração de um guia orientador das boas práticas.

PRESSUPOSTOS:

1. A privacidade do doente e cuidador deverá ser sempre respeitada.
2. O início do ensino ao doente/cuidador deverá ser começado o mais precocemente possível e a partir do momento que estejam reunidas todas as condições para o fazer.
3. Este Guia orienta o ensino para o doente traqueostomizado/cuidador, partindo do pressuposto que previamente lhe foi feito um ensino pré-operatório, e lhe foram explicados os procedimentos propostos.
4. Para dar início ao ensino, o doente/cuidador necessita de ter os seguintes requisitos:
Assumir o ensino;
Existir um canal de comunicação entre o Enfermeiro e o doente/cuidador;
Possuir habilidades intelectuais para compreender o ensino;
Possuir habilidades motoras para o fazer;
Possuir aptidões auditivas e visuais capazes para entender/observar o ensino.
5. No início de cada dia de ensino deverá ser avaliado o conhecimento adquirido no dia anterior, pedindo ao doente/cuidador que descreva/execute aquilo que apreendeu.
6. Este Guia irá orientar o ensino ao doente/cuidador de uma forma sistematizada; no entanto, o ritmo de aprendizagem de cada doente/cuidador deverá ser respeitado, podendo por isso haver necessidade de retomar o ensino ou parte dele, relativo ao dia anterior.
7. Este Guia só deverá ser terminado quando for assumido pelo profissional que o doente/cuidador se encontra totalmente apto ou apto.
8. O doente/cuidador não se encontra apto se não for capaz de remover, preparar e/ou inserir a cânula de traqueostomia.

NORMAS DE PREENCHIMENTO:

1. Este Guia está dividido em 4 dias e a cada documento corresponde um dia de ensino, que só será ultrapassado quando o doente/cuidador assumir o ensino.
2. Dado que o tempo médio de internamento de um doente que apenas realizou uma traqueostomia é inferior a 4 dias, o ensino deste terá que ser comprimido em 2 dias de forma a assegurar todos os procedimentos.
3. No primeiro dia de ensino, deverá ser registada a data do seu início.
4. O Guia é único para cada doente, devendo ser registado no final de cada documento tudo que se considerar importante.
5. Na quadrícula que aparece à direita de cada procedimento, deverá ser colocado um x se esse procedimento for realizado.
6. No final de cada Guia deverá ser efectuada uma avaliação do ensino realizado ao doente traqueostomizado/cuidador.

Nome do doente:

Nome do cuidador:

Cirurgia realizada:

Data:

Dia 1

Data do ensino: __/__/__

A – INFORMAR O DOENTE TRAQUEOSTOMIZADO/CUIDADOR

Procedimento	Execução
Avaliar o conhecimento do doente/cuidador sobre o que é uma traqueostomia (se é ou não definitiva).	
Informar o doente/cuidador da importância da lavagem das mãos, antes do procedimento de mudança da cânula.	
Informar o doente das características do estoma, posicionando-o em frente a um espelho de forma a permitir a visualização do mesmo.	
Informar o doente/cuidador de todo o material necessário para a substituição da cânula de traqueostomia.	
Informar o doente/cuidador da importância de nunca remover a cânula de traqueostomia sem previamente ter outra preparada.	
Observações:	
O enfermeiro:	

Dia 2

Data do ensino: __/__/__

B – DEMONSTRAR A TÉCNICA DE MUDANÇA DA CANULA AO DOENTE/CUIDADOR

Procedimento	Execução
Avaliar o conhecimento adquirido pelo doente/cuidador no dia anterior, e se necessário recapitular os procedimentos referenciados por estes.	
Posicionar o doente em frente de um espelho.	
O doente/cuidador identifica todo o material necessário à substituição da cânula.	
Demonstrar ao doente/cuidador o modo de preparação da cânula, devendo destacar-se: <ul style="list-style-type: none">• Adaptação da fita de nastro;• Preparação das compressas dobradas, para colocar entre a cânula e a pele, como forma de garantir a integridade da pele;• Aplicação de gel lubrificante.	
Demonstrar ao doente/cuidador o modo de remoção da cânula, nomeadamente: <ul style="list-style-type: none">• Desapertar o fio de nastro;• Remoção da cânula num movimento firme e rápido.	
Demonstrar ao doente/cuidador o modo de limpeza do estoma e pele circundante: <ul style="list-style-type: none">• Lavar o estoma e pele circundante com soro fisiológico, sempre de dentro para fora com movimentos circulares;• Avaliar o estado da pele;• Aplicar creme de barreira na pele circundante se for necessário.	
Demonstrar ao doente/cuidador, o modo de inserção da cânula: <ul style="list-style-type: none">• Inserir a cânula num movimento único e de rotação no sentido dos ponteiros do relógio;• Segurar a cânula enquanto tosse;• Fixar a cânula na zona lateral do pescoço com fita de nastro, dando apenas um nó e uma laçada;• Colocar compressa dobrada, entre a pele e o estoma;	

<p>No caso de cânula dupla, demonstrar ao doente/cuidador os seguintes procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A mudança completa da cânula faz-se semanalmente, mas a cânula interna deve ser lavada diariamente e sempre que necessário; • A técnica de remoção da cânula interna faz-se fixando a cânula externa com a mão, rodando o conector da cânula interna a 90º no sentido dos ponteiros do relógio, e posteriormente traccionar a cânula interna para o exterior; • A lavagem da cânula interna faz-se com água corrente e com auxílio de um escovilhão; • A inserção da cânula interna, faz-se girando o conector 90º no sentido dos ponteiros do relógio, até se ouvir um estalido. 	
Observações:	
O enfermeiro:	

Dia 3	
Data do ensino: __/__/__	
C – SUPERVISIONAR A MUDANÇA DA CANULA A REALIZAR PELO DOENTE/UIDADOR	
Procedimento	Execução
Avaliar o conhecimento adquirido pelo doente/cuidador no dia anterior, e se necessário recapitular os procedimentos referenciados por estes.	
Supervisionar a posição adoptada pelo doente/cuidador.	
Supervisionar o doente/cuidador na preparação da cânula.	
Supervisionar o doente/cuidador na remoção da cânula.	
Supervisionar o doente/cuidador na limpeza do estoma e pele circundante.	
Supervisionar o doente/cuidador na inserção e fixação da cânula, quer seja cânula simples ou dupla.	
Instruir o doente sobre o modo de tratar o material no domicílio, lavando diariamente a cânula que removeu, com água e sabão neutro, com auxílio de um escovilhão.	
Observações:	
O enfermeiro:	

Dia 4	
Data do ensino: __/__/__	
D – AVALIAR O CONHECIMENTO DO DOENTE/UIDADOR SOBRE O ENSINO REALIZADO	
Procedimento	Execução
Avaliar o conhecimento do doente/cuidador sobre a importância da lavagem das mãos.	
Avaliar o conhecimento do doente/cuidador sobre as características do estoma.	
Avaliar o conhecimento do doente/cuidador sobre o material necessário à mudança da cânula.	
Avaliar destreza do doente/cuidador na preparação da cânula.	
Avaliar destreza do doente/cuidador na remoção da cânula.	
Avaliar destreza do doente/cuidador na limpeza do estoma e pele circundante.	
Avaliar destreza do doente/cuidador na inserção e fixação da cânula, quer seja simples ou dupla.	
Avaliar o conhecimento do doente/cuidador na manutenção do material.	

<p>Informar o doente/cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Do tipo de material existente no mercado e formas de o adquirir; • Da necessidade de proteger o traqueostoma no momento da higiene geral, para evitar a entrada de água para o mesmo; • A evitar actividades que exijam grandes esforços; • Que os desportos aquáticos estão contra-indicados; • Sobre as alterações da comunicação que sofreu e formas de adaptação (no caso de cânula fenestrada, instruir sobre a sua utilização); • Da eventualidade de surgir dificuldade na deglutição; • Da possibilidade de alteração do paladar e olfacto; • De eventuais complicações que possam surgir: (exteriorização acidental da cânula, obstrução parcial da cânula, infecção respiratória, infecção do estoma/pele circundante, hemorragia ou traumatismo); • No caso de necessidade, contactar o IPOFG, EPE, serviço de ORL e no caso de urgência deverá dirigir-se à Unidade de Saúde mais próxima. • Da necessidade de aumentar a ingestão calórica; • Importância de uma boa higiene do traqueostoma; • Importância da mudança diária da cânula (no caso de cânula simples), ou semanal (no caso de cânula dupla) e sempre que necessário; • Importância de ter sempre uma cânula preparada para qualquer eventualidade; • Importância de uma boa higiene do traqueostoma; • Importância de tossir e humidificar as secreções eficazmente e técnicas de o fazer; • Procurar ambientes saudáveis e livres de fumo ou poeiras, evitando o ar condicionado ou ambientes muito secos. 	
Fornecer brochura existente no Serviço, alusiva à cirurgia que o doente foi submetido.	
Avaliar o conhecimento do doente/cuidador na manutenção do material.	
Esclarecer dúvidas que possam persistir.	
Observações:	
O enfermeiro:	

Doente:		Cuidador:	
Totalmente apto		Totalmente apto	
Apto		Apto	
Não apto		Não apto	

Dê-nos a sua perspectiva.

AEOP/Pfizer Prémio de Excelência 2009

Contribuição para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia

REGULAMENTO

ART. 1º

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) com o fim de promover a qualidade dos cuidados em enfermagem oncológica, institui o prémio AEOP/Pfizer, que deverá obedecer aos termos e condições deste regulamento.

ART. 2º

O Prémio visa distinguir o melhor trabalho no âmbito da qualidade, e tem como objetivo reconhecer e premiar a excelência nos cuidados de enfermagem relacionados com a oncologia.

ART. 3º

O prémio não pode ser dividido e tem o valor de dois mil Euros, a ser entregue ao primeiro autor, caso o trabalho seja composto por vários autores.

ART. 4º

A AEOP assume a responsabilidade pela divulgação do prémio através do seu site, junto dos associados e Instituições nacionais de investigação na área das doenças de enfermagem, bem como pela utilização de órgãos de comunicação social ou quaisquer outros meios considerados adequados para o efeito.

ART. 5º

O prémio destina-se a Enfermeiros portugueses que se proponham apresentar um trabalho que tenha contribuído para a qualidade dos cuidados no Serviço/Unidade de oncologia durante 2009. Estão excluídos do concurso os sócios fundadores, os membros dos órgãos sociais da AEOP, bem como os membros do júri.

ART. 6º

Cada candidato ou grupo de candidatos poderá submeter apenas um trabalho, que será obrigatoriamente publicado na revista *Onco.news*, órgão oficial da AEOP.

A candidatura ao prémio é gratuita para os sócios da AEOP com pagamento de quotas regularizado. Nos outros casos, a candidatura só será aceite mediante a adesão a sócio da AEOP.

ART. 7º

A candidatura consta dos seguintes passos:

1. Preenchimento online do formulário de inscrição na secção "Prémios" do site da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (www.aeop.net).
2. Envio do trabalho para publicação na revista *Onco.news*, devendo ter no título o primeiro e o último nome do autor principal. Os textos deverão ser escritos em português e devem respeitar as normas de publicação da revista.

ART. 8º

As candidaturas ao Prémio de Excelência 2009 "Contribuição para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia" são todos os trabalhos enviados para a AEOP até 31 Dezembro 2009, via correio electrónico utilizando os e-mails da Associação.

ART. 9º

As candidaturas apresentadas serão apreciadas por um júri composto por um mínimo de cinco elementos escolhidos pela AEOP. Os membros do júri comprometem-se a guardar sigilo quanto aos trabalhos candidatos ao prémio.

ART. 10

Critérios de elegibilidade:

Os candidatos devem ser enfermeiros que trabalham em qualquer serviço hospitalar nacional, que tenham contribuído, com um trabalho, para a melhoria dos cuidados oncológicos num ou mais dos seguintes domínios: prática clínica, investigação, educação ou administração.

Exemplos de contribuições: Criação e implementação de programa com impacto positivo sobre cuidados oncológicos, Programa educacional do doente/família, um Procedimento clínico/perícia.

ART. 11

Critérios de Avaliação:

- Contributo significativo para as seguintes áreas: Doente com doença oncológica, Intervenções educativas específicas, Desenvolvimento de programas, Grupos de apoio.
- Práticas clínicas relacionadas com a oncologia: Conceitos teóricos utilizados, Processo de Enfermagem utilizado, Colaboração multidisciplinar, Garantia de Qualidade nos cuidados, Tomada de decisão ética, Investigação em Oncologia.

ART. 12º

As decisões do júri serão tomadas por maioria não havendo lugar a qualquer tipo de recurso.

O júri poderá decidir pela não atribuição do prémio, caso considere não existirem trabalhos de investigação a concurso com qualidade suficiente para essa atribuição. Nesse caso, competirá aos órgãos sociais da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa propor à Pfizer a forma de utilização dessa verba.

Eventuais omissões no presente regulamento serão resolvidas pelos membros do júri.

ART. 13º

Os resultados serão divulgados a todos os candidatos via sítio electrónico.

ART. 14º

A entrega do prémio decorrerá em cerimónia pública organizada pela AEOP durante a Reunião Anual de 2010, em local a designar.

CONTACTOS

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa
Secretariado@aeop.net
www.aeop.net



onco.news



Aloxi[®]

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! **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 bólus 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

qualquer ajuste da dose em doentes com compromisso hepático. **Doentes com compromisso renal** Não é necessário qualquer ajuste da dose em doentes com compromisso renal. Não existem dados disponíveis relativamente a doentes com doença renal em fase terminal sujeitos a hemodiálise.

4.3 Contra-indicações Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **4.4 Advertências e precauções especiais de utilização** Uma vez que palonossetrom pode aumentar o tempo de trânsito no intestino grosso, os doentes com antecedentes de obstrução ou com sinais de obstrução intestinal subaguda devem ser monitorizados após a administração. Foram notificados dois casos de obstrução com fekaloma, associados a palonossetrom 750 microgramas, que necessitaram de hospitalização. Para todos os níveis de dosagem testados, palonossetrom não induziu um prolongamento clinicamente relevante no intervalo QTc. Foi realizado um estudo específico exaustivo sobre o valor de QT/QTc em voluntários saudáveis, com o objectivo de recolher dados definitivos demonstrativos do efeito de palonossetrom sobre o valor de QT/QTc. Consultar a secção 5.1 Propriedades farmacodinâmicas. No entanto, tal como com outros antagonistas 5-HT₂, deve ter-se precaução na utilização concomitante de palonossetrom com medicamentos que aumentem o intervalo QT ou em doentes que apresentem ou que seja provável virem a desenvolver um prolongamento do intervalo QT. Aloxi não deve ser utilizado para prevenir ou tratar náuseas e vômitos nos dias que se seguem à administração da quimioterapia a não ser em associação com outra administração de quimioterapia. **4.5 Interações medicamentosas e outras formas de interacção** Palonossetrom é metabolizado principalmente pela isoenzima CYP2D6, com uma contribuição menor da CYP3A4 e da CYP1A2. Com base em estudos *in vitro*, palonossetrom não demonstrou inibir nem induzir as isoenzimas do citocromo P450 em concentrações clinicamente relevantes. **Agentes quimioterápicos:** em estudos pré-clínicos, palonossetrom não demonstrou inibir a actividade anti-tumoral dos cinco agentes quimioterápicos testados (cisplatina, ciclofosfamida, citarabina, doxorubicina e mitomicina C). **Metoclorpromida:** num estudo clínico, não foi demonstrada qualquer interacção farmacocinética significativa entre uma única dose intravenosa de palonossetrom e a associação de equilíbrio de metoclorpromida oral, um inibidor da CYP2D6. **Inibidores e inibidores da CYP2D6:** numa análise farmacocinética populacional, demonstrou-se não haver qualquer efeito significativo na depuração de palonossetrom quando este era co-administrado com inibidores (depravetona e rifampicina) e inibidores (incluindo amiodona, cecobol, clorpromazina, cimetidina, doxorubicina, fluoxetina, haloperidol, paroxetina, quinidina, ranitidina, ritonavir, sertralina ou terfenadina) da CYP2D6. **Corticosteróides:** palonossetrom tem sido administrado em segurança com corticosteróides. **Outros medicamentos:** palonossetrom tem sido administrado em segurança com medicamentos analgésicos, antieméticos/antinauseas, antiespasmódicos e anticolinérgicos. **4.6 Gravidez e aleitamento** No que respeita ao palonossetrom não existem dados clínicos sobre as grávidas a ele expostas. Os estudos em animais não indicam quaisquer efeitos nefastos, directos ou indirectos, no que respeita à gravidez, ao desenvolvimento embrionário/fetal, ao parto ou ao desenvolvimento pós-natal. Estão apenas disponíveis dados limitados relativos a estudos animais sobre a transferência placentária (ver secção 5.3). Não existe experiência com palonossetrom durante a gravidez humana, consequentemente palonossetrom não deve ser utilizado em mulheres grávidas a não ser que tal seja considerado essencial pelo médico. Uma vez que não existem dados relativos à excreção de palonossetrom no leite materno, o aleitamento deve ser interrompido durante a terapêutica. **4.7 Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas** Não foram estudados os efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas. Uma vez que palonossetrom pode induzir tonturas, sonolência ou cansaço, os doentes devem ser advertidos relativamente à condução ou utilização de máquinas. **4.8 Efeitos indesejáveis** Em estudos clínicos, com uma dose de 250 microgramas (total de 633 doentes), as reacções adversas observadas com maior frequência, e pelo menos possivelmente relacionadas com Aloxi, foram cefaleias (9%) e obstrução (5%). Nos estudos clínicos, foram observadas as seguintes reacções adversas (AS) associadas ou provavelmente relacionadas com Aloxi. Estas foram classificadas como frequentes (entre 1% e 10%) ou pouco frequentes (entre 0,1% e 1%).

Classe de Sistema de Órgãos	RAs frequentes (>1/100 a <1/10)	RAs Pouco frequentes (>1/1.000 a <1/100)
Doenças do metabolismo e da nutrição		Hipercalemia, doenças do metabolismo, hipocalcemia, hipocalcemia, anorexia, hiperglicemia, diminuição do apetite
Perturbações do foro psiquiátrico		Ansiedade, estado eufórico
Doenças do sistema nervoso	Cefaleias Tonturas	Sonolência, insónia, parestesia, hipersonia, neuropatia sensorial periférica
Afeções oculares		Irritação ocular, ambliopia
Afeções do ouvido e do labirinto		Enjoo de movimento, tindo
Cardiopatias		Taquicardia, bradicardia, extrasístoles, isquémia miocárdica, taquicardia sinusal, arritmia sinusal, extrasístoles supraventriculares
Vasculopatias		Hipotensão, hipertensão, descoloração venosa, distensão venosa
Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino		Solucos
Doenças gastrointestinais	Obstrução Diarria	Dispepsia, dor abdominal, dor abdominal superior, boca seca, flatulência
Afeções hepatobiliares		Hiperbilirrubinemia
Afeções dos tecidos cutâneos e subcutâneos		Dermatite alérgica, rash pruriginoso
Afeções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos		Artralgia
Doenças renais e urinárias		Retenção urinária, glicosúria
Perturbações gerais e alterações no local de administração		Asténia, piroxia, fadiga, sensação de calor, sintomas gripais
Exames complementares de diagnóstico		Níveis elevados de transaminases, intervalo QT prolongado

Foram notificados casos muito raros (<1/10.000) de reacções de hipersensibilidade e reacções no local de injeção (ardor, tumor, desconforto e dor) durante a experiência pós-comercialização. **4.9 Sobredosagem** Não foram descritos casos de sobredosagem. Foram utilizadas doses de até 6 mg em ensaios clínicos. O grupo de dosagem mais elevada apresentou uma incidência de acontecimentos adversos semelhante quando comparado com os outros grupos de dosagem, não tendo sido observados efeitos dose-resposta. Na eventualidade improvável de ocorrer uma sobredosagem com Aloxi, esta deve ser controlada através de terapêutica de suporte. Não foram realizados estudos de diálise, no entanto, devido ao seu extenso volume de distribuição, é improvável que a diálise seja um tratamento eficaz para uma sobredosagem com Aloxi. **5. PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS 5.1 Propriedades farmacodinâmicas** Grupo farmacoterapêutico: Antieméticos e antinauseas, antagonistas da serotonina (5HT₂). **Código ATC: A04AA05** Palonossetrom é um antagonista seletivo do receptor 5HT₂, com uma elevada afinidade por este receptor. Em dois estudos aleatorizados, com dupla ocultação englobando um total de 1.132 doentes a receber quimioterapia moderadamente emetogénica que incluiu cisplatina ≤ 50 mg/m², carboplatina, ciclofosfamida 1.500 mg/m² e doxorubicina 25 mg/m², compararam-se doses de 250 microgramas e de 750 microgramas de palonossetrom com 32 mg de ondansetrom (semi-vida 4 horas) ou 100 mg de dolasetron (semi-vida 7,3 horas) administrados por via intravenosa no dia 1, sem dexanetasona. Num estudo aleatorizado, com dupla ocultação englobando um total de 667 doentes a receber quimioterapia altamente emetogénica que incluiu cisplatina ≥ 60 mg/m², ciclofosfamida > 1.500 mg/m² e dacarbazina, compararam-se doses de 250 microgramas e de 750 microgramas de palonossetrom com 32 mg de ondansetrom administrados por via intravenosa no dia 1. Foi administrada profilaticamente dexanetasona antes da quimioterapia em 67% dos doentes. Os estudos principais não foram projectados para avaliar a eficácia de palonossetrom no aparecimento tardio de náuseas e de vômitos. A actividade antiemética foi observada das 0-24 horas, das 24-120 horas e das 0-120 horas. Os resultados dos estudos com quimioterapia moderadamente emetogénica e do estudo com quimioterapia altamente emetogénica encontram-se resumidos nas tabelas seguintes. Palonossetrom não demonstrou ser inferior durante a fase aguda da emese relativamente aos medicamentos comparativos, tanto na situação moderada como na altamente emetogénica. Apesar de não se ter demonstrado a eficácia comparativa de palonossetrom em ciclos múltiplos, em ensaios clínicos controlados, 875 dos doentes recrutados nos 3 ensaios de Fase III transferiam para um estudo de segurança sem ocultação e foram tratados com 750 microgramas de palonossetrom durante até 9 ciclos adicionais de quimioterapia. Os parâmetros globais de segurança mantiveram-se durante todos os ciclos.

	Aloxi 250 microgramas (n=189)	Ondansetrom 32 miligramas (n=185)	Delta
	%	%	%
Resposta completa (sem emese e sem medicação de recurso)			IC de 97,5% ^a
0-24 horas	81,0	68,6	12,4 [1,8%, 22,8%]
24-120 horas	74,1	55,1	19,0 [7,5%, 30,3%]
0-120 horas	69,3	50,3	19,0 [7,4%, 30,7%]
Controlo completo (resposta completa e não mais do que náusea ligeira)			valor de p ^c
0-24 horas	76,2	65,4	10,8 NS
24-120 horas	66,7	50,3	16,4 0,001
0-120 horas	63,0	44,9	18,1 0,001
Sem náuseas (Escala de Likert)			valor de p ^c
0-24 horas	60,3	56,8	3,5 NS
24-120 horas	51,9	39,5	12,4 NS
0-120 horas	45,0	36,2	8,8 NS

* Cohort designado com "intenção de tratar"; ^a O estudo foi projectado para demonstrar não-inferioridade. Um limite inferior acima de -15% demonstra a não inferioridade entre Aloxi e o comparativo; ^c Teste de Qui-quadrado. Nível de significância para α=0,05.

	Aloxi 250 microgramas (n=185)	Dolasetron 100 miligramas (n=191)	Delta
	%	%	%
Resposta completa (sem emese e sem medicação de recurso)			IC de 97,5% ^a
0-24 horas	63,0	52,9	10,1 [-1,7%, 21,9%]
24-120 horas	54,0	38,7	15,3 [3,4%, 27,1%]
0-120 horas	46,0	34,0	12,0 [0,3%, 23,7%]
Controlo completo (resposta completa e não mais do que náusea ligeira)			valor de p ^c
0-24 horas	57,1	47,6	9,5 NS
24-120 horas	48,1	36,1	12,0 0,018
0-120 horas	41,8	30,9	10,9 0,027
Sem náuseas (Escala de Likert)			valor de p ^c
0-24 horas	48,7	41,4	7,3 NS
24-120 horas	41,8	26,2	15,6 0,001
0-120 horas	33,9	22,5	11,4 0,014

^a Cohort designado com "intenção de tratar"; ^b O estudo foi projectado para demonstrar não-inferioridade. Um limite inferior acima de -15% demonstra a não inferioridade entre Aloxi e o comparativo; ^c Teste de Qui-quadrado. Nível de significância para α=0,05.

	Aloxi 250 microgramas (n=223)	Ondansetrom 32 miligramas (n=221)	Delta
	%	%	%
Resposta completa (sem emese e sem medicação de recurso)			IC de 97,5% ^a
0-24 horas	59,2	57,0	2,2 [-1,8%, 13,1%]
24-120 horas	45,3	38,9	6,4 [-4,6%, 17,3%]
0-120 horas	40,8	33,0	7,8 [-2,9%, 18,5%]
Controlo completo (resposta completa e não mais do que náusea ligeira)			valor de p ^c
0-24 horas	56,5	51,6	4,9 NS
24-120 horas	40,8	35,3	5,5 NS
0-120 horas	37,7	29,0	8,7 NS
Sem náuseas (Escala de Likert)			valor de p ^c
0-24 horas	53,8	49,3	4,5 NS
24-120 horas	35,4	32,1	3,3 NS
0-120 horas	33,6	32,1	1,5 NS

^a Cohort designado com "intenção de tratar"; ^b O estudo foi projectado para demonstrar não-inferioridade. Um limite inferior acima de -15% demonstra a não inferioridade entre Aloxi e o comparativo; ^c Teste de Qui-quadrado. Nível de significância para α=0,05.

O efeito de palonossetrom sobre a tensão arterial, frequência cardíaca e parâmetros do ECG, incluindo intervalo QTc, foi comparável ao do ondansetrom e do dolasetron em ensaios clínicos de Náuseas e Vômitos Induzidos por Quimioterapia. Em estudos não-clínicos palonossetrom demonstrou possuir a capacidade de bloquear os canais iónicos envolvidos na despolarização e repolarização ventricular e de prolongar a duração do potencial de acção O efeito de palonossetrom no intervalo QTc foi avaliado num ensaio aleatorizado, paralelo, com dupla ocultação, controlado com placebo e activo (modificadora) em homens e mulheres adultos. O objectivo foi o de avaliar os efeitos sobre o ECG de palonossetrom administrado por via IV em doses únicas de 0,25, 0,75 ou 2,25 mg em 221 voluntários saudáveis. O estudo não demonstrou qualquer efeito na duração do intervalo QT/QTc bem como em qualquer outro intervalo do ECG em doses até 2,25 mg. Não foram observadas alterações clinicamente significativas na frequência cardíaca, condução auriculoventricular (AV) e repolarização cardíaca. **5.2 Propriedades farmacocinéticas** Após administração intravenosa, o declínio inicial nas concentrações plasmáticas é seguido por uma eliminação lenta a partir do organismo com uma semi-vida de eliminação terminal média de, aproximadamente, 40 horas. O valor médio da concentração plasmática máxima (C_{max}) e a área sob a curva concentração-tempo (AUC_{0-∞}) são, geralmente, proporcionais à dose no intervalo de 0,3 - 90 µg/kg, em voluntários saudáveis e em doentes oncológicos. Após a administração intravenosa de palonossetrom 0,25 mg em dias alternados no total de 3 doses em 11 doentes com cancro do testículo, o aumento médio (± DP) na concentração plasmática entre o Dia 1 e o Dia 5 foi de 42 ± 34%. Após a administração intravenosa de palonossetrom 0,25 mg uma vez ao dia durante 3 dias em 12 voluntários saudáveis, o aumento médio (± DP) na concentração plasmática de palonossetrom entre o Dia 1 e o Dia 3 foi de 110 ± 45%. Simulações de farmacocinética indicam que a exposição total (AUC_{0-∞}) a 0,25 mg de palonossetrom por via intravenosa administrado uma vez ao dia durante 3 dias consecutivos era similar a uma dose única intravenosa de 0,75 mg, apesar de a C_{max} de uma dose única de 0,75 mg ser mais elevada. **Distribuição** Palonossetrom, na recomendação, encontra-se amplamente distribuído no organismo com um volume de distribuição de, aproximadamente, 6,9 a 7,9 l/kg. Aproximadamente, 62% de palonossetrom encontra-se ligado a proteínas plasmáticas. **Metabolismo** Palonossetrom é eliminado através de duas vias: aproximadamente 40% é eliminado por via renal e aproximadamente 50% é metabolizado para formar dois metabolitos principais, os quais apresentam actividade antagonista para o receptor 5HT₂ inferior a 1% do palonossetrom. Estudos metabólicos *in vitro* demonstraram que a isoenzima CYP2D6 e, em menor extensão, a CYP3A4 e a CYP1A2 estão envolvidas no metabolismo de palonossetrom. No entanto, os parâmetros de farmacocinética clínica não são significativamente diferentes entre metabolizadores fracos e extensos de substratos da CYP2D6. Palonossetrom não inibe nem induz as isoenzimas do citocromo P450 em concentrações clinicamente relevantes. **Eliminação** Após uma dose intravenosa única de 10 microgramas/ferro de ¹⁴C-palonossetrom, aproximadamente 80% da dose foi recuperada na urina num período de 144 horas, com palonossetrom a representar cerca de 40% da dose administrada, na forma de substância activa inalterada. Após uma administração intravenosa única em bôlus a voluntários saudáveis, a eliminação corporal total de palonossetrom foi de 173 ± 73 ml/min e a depuração renal de 53 ± 29 ml/min. A baixa eliminação corporal total e o extenso volume de distribuição resultaram numa semi-vida de eliminação terminal plasmática de aproximadamente 40 horas. Dez por cento dos doentes apresentaram uma semi-vida de eliminação terminal média superior a 100 horas. Farmacocinética em populações especiais **Idosos:** a idade não afecta a farmacocinética de palonossetrom. Não é necessário qualquer ajuste da dose em doentes idosos. **Sexo:** o sexo dos doentes não afecta a farmacocinética de palonossetrom. Não é necessário qualquer ajuste da dose com base no sexo. **Doentes Pediatrícos:** não está disponível dados farmacocinéticos em doentes com menos de 18 anos de idade. **Compromisso renal:** o compromisso renal ligeiro a moderado não afecta significativamente os parâmetros farmacocinéticos de palonossetrom. O compromisso renal grave reduz a depuração renal, no entanto, a eliminação corporal total nestes doentes é semelhante à de voluntários saudáveis. Não é necessário qualquer ajuste na dosagem em doentes com insuficiência renal. Não estão disponíveis dados farmacocinéticos relativamente a doentes sujeitos a hemodiálise. **Compromisso hepático:** o compromisso hepático não afecta significativamente a eliminação corporal total de palonossetrom em comparação com voluntários saudáveis. Apesar de a semi-vida de eliminação terminal e a exposição sistémica média do palonossetrom estarem aumentadas em indivíduos com compromisso hepático grave, não é requerida uma redução na dose. **5.3 Dados de segurança pré-clínica** Apenas se observaram efeitos em estudos não clínicos a partir de níveis de exposição considerados suficientemente excessivos em relação ao nível máximo de exposição humana, pelo que se revelam pouco pertinentes para a utilização clínica. Estudos não-clínicos indicam que palonossetrom, apenas para concentrações muito elevadas, pode bloquear canais iónicos envolvidos na despolarização e na repolarização ventriculares e prolongar a duração do potencial de acção. Os estudos em animais não indicam quaisquer efeitos nefastos, directos ou indirectos, no que respeita à gravidez, ao desenvolvimento embrionário/fetal, ao parto ou ao desenvolvimento pós-natal. Estão apenas disponíveis dados limitados de estudos animais sobre a transferência placentária (ver secção 4.6). Palonossetrom não é mutagénico. Doses elevadas de palonossetrom (cada dose correspondendo a pelo menos 30 vezes a exposição terapêutica humana) administradas diariamente durante dois anos provocaram um aumento na frequência de tumores hepáticos, de neoplasias endócrinas (na tireóide, pituitária, pâncreas, medula supra-renal) e de tumores da pele em ratos mas não em ratinhos. Os mecanismos subjacentes não são completamente compreendidos, mas tendo em conta as elevadas doses utilizadas e uma vez que Aloxi se destina a uma única administração no ser humano, estas observações não são consideradas relevantes para a utilização clínica do medicamento. **6. INFORMACÕES FARMACÉUTICAS 6.1 Lista dos excipientes** Manitol, Edetato de cálcio, Citrato de sódio, Ácido cítrico mono-hidratado, Água para preparações injetáveis, Solução de hidróxido de sódio, Solução de ácido clorídrico. **6.2 Incompatibilidades** Este medicamento não deve ser misturado com outros medicamentos. **6.3 Prazo de validade** 3 anos. Após a abertura do frasco para injectáveis, qualquer solução não utilizada deve ser inutilizada. **6.4 Precauções especiais de conservação** O medicamento não necessita de quaisquer precauções especiais de conservação. **6.5 Natureza e conteúdo do recipiente** Frasco para injectáveis em vidro Tipo I com tampa em borra de coróbulo siliconizada e selo em alumínio. Disponível em embalagens de 1 frasco para injectáveis contendo 5 ml de solução. **6.6 Precauções especiais de eliminação** Apenas para utilização única, qualquer solução não utilizada deve ser inutilizada. Os produtos não utilizados ou os resíduos devem ser eliminados de acordo com as eventuais locais. **7. TITULAR DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** Helsinn Birex Pharmaceuticals Ltd, Damastown, Mulhuddart, Dublin 15, Irlanda. **8. NÚMERO(S) DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** EU/1/04/306/011. **9. DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO/RENOVAÇÃO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO** 22 Março 2005 10. DATA DA REVISÃO DO TEXTO

MEDICAMENTO SUJEITO A RECEITA MÉDICA

CÓDIGO INFARME	FORMAS DE APRESENTAÇÃO	PVP c/IVA
5393681	Aloxi - frasco de 5 ml solução injetável a 0,25 mg / 5 ml	100,28

PRESTADOR DE CUIDADOS: QUAIS SÃO AS SUAS NECESSIDADES?

Cristina Pinto

Enfermeira especialista em enfermagem médico-cirurgia; Mestre em Oncologia;
Assistente na Escola Superior de Enfermagem do Porto

Lúcio Santos

Doutor em medicina e cirurgia; Professor auxiliar convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar e da Universidade Fernando Pessoa; Coordenador da Clínica de Patologia Digestiva do Instituto Português de Oncologia do Porto

O envelhecimento da população é uma realidade crescente que não podemos ignorar. O aumento do índice de envelhecimento tem implicações sociais, económicas e políticas e reveste-se de uma maior necessidade de cuidados, usualmente de longa duração.

Estes cuidados são prestados por diferentes actores, mas é a família a entidade cuidadora dos seus membros em processo de transição saúde/doença, processo de transição inerente ao envelhecimento e a assunção do papel de prestador de cuidados.

Neste estudo pretendeu-se conhecer o perfil dos utentes alvo de cuidados, os prestadores de cuidados, suas necessidades e dificuldades inerentes ao do exercício do papel de prestador de cuidados. Pretende-se assim conhecer a dimensão do papel de prestador de cuidados e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados por estes, com recurso á entrevista e utilizando escalas específicas (Escala de Barthel, Índice de Lawton & Brodie, Escala de Pfeiffer e o questionário de avaliação de sobrecarga física, emocional e social do cuidador informal.). Estudada uma amostra de 60 indivíduos e seus prestadores de cuidados (33 – rurais; e 27 – Urbanos), verificou-se que os utentes alvos de cuidados são indivíduos de ambos os sexos, a idade mediana é de 80 anos (mínimo de 50 anos e máximo de 96 anos), com elevado grau de dependência para as actividades de vida diária. O prestador de cuidados é geralmente familiar do utente, do sexo feminino e a idade mediana é de 53 anos (mínimo de 31 anos e máxima de 80 anos), sendo mais jovens e com mais escolaridade no meio urbano. Este estudo identificou que a pressão psicológica dos cuidadores informais é elevada, as dúvidas de como cuidar são frequentes e existe um amplo desconhecimento sobre os direitos e os recursos oficiais disponíveis para apoio dos utentes com necessidade de cuidados. Concluímos que é importante informar e formar o prestador de cuidados bem como organizar o plano de cuidados partilhado entre o cuidado formal e o cuidado informal.

Implicações para a intervenção são apontadas.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento, prestadores de cuidados, dependência funcional

In developed countries, the high number of older people can't be ignored. The increasing number of the oldest has social, economic and political consequences, and implicates a bigger need of long term cares.

This caretaking is provided by formal caregiver (health personal), and also by the informal caregiver (family and close friends of the patient). But the informal caregiver is the real support of dependent people.

The care quality depends on the degree of knowledge and profile of the informal care provider. The aim of this study is to know the patient and informal caregiver difficulties and needs, using the interview and specific scales (Barthel's scale, Lawton and Brodie index, Pfeifer scale, Smilkstein Family Apgar and QASCI)

Our sample includes a sixty dependents and their informal care providers (33 rural; 27 urban). We verify that high dependent individuals of both sex, and the median age is 80 years old (50 years minimum and 96 years maximum), with high dependency degree for every day activities. The informal caregiver is usually a patient parent, female gender and the median age is 53 years old (31 years minimum and 80 years maximum). The youngest and more educated is observed in urban environment. The psychological pressure of the informal caregiver is high, so their doubts how to care are very usual. The ignorance about their rights and official resources available are common.

KEYWORDS: ???.

INTRODUÇÃO

Em Portugal o número de idosos tem vindo a aumentar, correspondendo a uma parte significativa da população do país. O fenómeno envelhecimento em Portugal tem-se manifestado por um decréscimo de 35,1% da população dos 0-14 anos e um incremento de 114% no grupo de indivíduos com mais de 64 anos; por outro lado quadruplicou o número de indivíduos com 80 e mais anos^[1].

O envelhecimento acompanha-se, usualmente, com uma elevada prevalência de doenças cardiovasculares, degenerativas e oncológicas bem como distintos graus de dependência.

O Observatório Nacional de Saúde em 2002 revelou os resultados de um estudo em que 8,3% dos idosos a viver em casa estavam permanentemente acamados, sentados ou sem poderem sair de casa e 12% estavam dependentes de ajuda para a realização das actividades de vida diária.

Estes aspectos concorrem para a diminuição dos recursos económicos, familiares, défice de autonomia dos idosos em situação de doença bem como mudanças estruturais na família.

Durante séculos a pessoa doente foi tratada no seu ambiente familiar, era aí que recebia cuidados que necessitava para se restabelecer. No entanto, com a evolução da sociedade e do conhecimento científico, o cuidar do doente foi transferido para o hospital, excluindo progressivamente dos acontecimentos significativos como o nascimento, a doença e a morte^[2].

Esta situação tem vindo a sofrer alterações e a família é cada vez mais incluída no processo de prestação de cuidados à pessoa doente/dependente.

Esta co-responsabilização da família tem dois aspectos muito importantes: por um lado a pessoa doente/dependente sente uma maior ligação com o seu ambiente familiar; por outro lado a família tem maior acesso à informação e assim poder participar nos cuidados.

Cuidar é também conhecer a realidade do outro, as suas experiências, compreendê-lo, mas para isso é necessário e fundamental estar com a pessoa, presente, disponível, aberto para a sua realidade, partilhando sentimentos^[3].

Actualmente é a própria família, e dentro dela fundamentalmente as mulheres, que assume a maioria dos

cuidados aos familiares doentes^[1]. São as filhas os membros da família que mais frequentemente assumem o papel de prestador de cuidados e de seguida as esposas^[2].

Estudos realizados no sentido de identificar as razões para a adopção do papel de prestador de cuidados concluíram que o cuidado constitui muitas vezes uma obrigação moral, um dever, tradição familiar, retribuição – motivações que foram definidas como ideologia do cuidador^[4-7].

O membro da família prestador de cuidados é definido como “*Prestador de cuidados... responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade de um membro da família*”^[8].

Os cuidados prestados pelos familiares ou outros são genericamente denominados “cuidado informal”.

Os limites do cuidado informal são difíceis de precisar quer em termos do que se faz, a quem se preste, onde e durante quanto tempo são realizados.^[10] Outros problemas são a sua qualidade e como o prestador de cuidados aprende a realizá-los. Estes aspectos estão claramente associados ao perfil da pessoa doente/dependente, do cuidador, dos défices presentes e dos recursos disponíveis.

Neste sentido decidimos estudar o perfil da população dependente e cuidadora numa área rural e numa área urbana, na tentativa de identificar os aspectos referidos.

Objectivos

1. Conhecer o perfil do utente alvo de cuidados.
2. Conhecer o perfil do prestador de cuidados.
3. Conhecer o tipo de cuidados prestados pelo cuidador.
4. Identificar as necessidades do cuidador na prestação de cuidados.
5. Construir um modelo de formação e informação para o prestador de cuidados com base nas necessidades identificadas que permita otimizar os cuidados e facilitar a sua prestação.

Material e métodos

O presente estudo é descritivo, de cariz exploratório. A população em estudo é constituída pela pessoa doente/dependente e seus prestadores de cuidados, dos utentes inscritos no Centro de Saúde de Arouca e no Centro Social de Soutelo e que necessitavam de apoio domiciliário.

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão:

Inclusão:

- Todas as pessoas doentes/dependentes que necessitavam de apoio domiciliário, bem como os seus prestadores de cuidados.
- Todas as pessoas doentes/dependentes e os seus prestadores de cuidados que aceitaram participar no estudo.

Exclusão:

- Todas as pessoas doentes/dependentes que à data do estudo estavam internadas em hospitais, lares ou residências de acolhimento.

Na caracterização da pessoa doente/dependente foi utilizado um questionário estruturado em duas partes. Uma primeira parte com perguntas fechadas com as seguintes variáveis: sexo, idade, diagnóstico e grau de parentesco com o prestador de cuidados. Uma segunda parte, onde validamos o nível de dependência da pessoa doente/dependente com recurso às Escalas de Barthel, Lawton e Brodie e a Escala de Pfeiffer^[9,10].

Na caracterização do prestador de cuidados foi utilizado um instrumento de recolha de dados estruturado em três partes. Uma primeira parte com perguntas fechadas com as seguintes variáveis: sexo, idade, grau de parentesco com a pessoa doente/dependente e tempo de prestação de cuidados. Na segunda parte foi realizada uma entrevista semi-estruturada, com perguntas abertas cujos objectivos foram identificar: as necessidades dos cuidadores; os cuidados por eles prestados; os recursos disponíveis à prestação de cuidados; as razões que os levaram a assumirem o papel de prestadores de cuidados. Na terceira parte foi utilizado um questionário de avaliação da sobrecarga física, emocional e social do cuidador (QASCI)^[10].

RESULTADOS

Caracterização da pessoa doente/dependente

A amostra estudada inclui 60 indivíduos, com uma mediana de idade de 80 anos (mínimo: 50; máximo: 96 anos); destes 30 eram do sexo masculino e os restantes do sexo feminino. Em relação ao local de residência: 33 casos no meio rural e 27 casos no meio urbano. Metade

da população da amostra era viúva (50%), e vinte e seis casos (43,3%) eram casados, 3 (5%) solteiros e 1 (1,7%) divorciado. (Quadro 1)

As idades no grupo rural eram significativamente mais elevadas. Quando avaliamos a idade, o local de residência e o estado civil em relação ao género, as diferenças observadas não foram estatisticamente significativas. (Quadro 1)

A avaliação do grau de dependência nas actividades de vida diária nos indivíduos que constituíram a amostra, utilizando a classificação proposta por Barthel, revelou que 63,4% (n=35) têm um elevado grau de dependência (grave ou total), embora não tenhamos encontrado diferenças significativas relativamente ao local de residência. Os casos no meio rural revelaram níveis mais elevados de dependência na concretização das actividades instrumentais de vida diária. (Quadro 1)

As doenças cardiovasculares (AVC e cardíacas, n = 31) representam 51,7% dos casos, seguido pelas doenças oncológicas 25% (n = 15). (Quadro 2)

As doenças cardiovasculares são as patologias que se associam a graus de dependência mais elevadas. As doenças oncológicas distribuem-se praticamente por todas as classes de dependência. (Quadro 2)

Quadro 1 – Caracterização da pessoa dependente/doente

Sujeitos alvo de cuidados		Meio rural N = 33	Meio Urbano N = 27	(p)*
Idade	≤80 anos	14	19	p=0,03
	>80anos	19	8	
Escala de Barthel	Independente	0	2	ns
	Moderada	4	6	
	Grave	5	7	
	Totalmente dependente	24	11	
Escala de Lawton & Brodie	Dependência Ligeira	0	3	p=0,04
	Dependência moderada	4	7	
	Dependência Total	29	17	

*Valores de p significativos <0,05; ns – não significativo

Caracterização do prestador de cuidados

A idade mediana dos prestadores de cuidados estudados foi de 53 anos (mínimo 31 e o máximo de 80 anos). No meio urbano as idades dos cuidadores eram significativamente inferiores às observadas no meio rural (p=0,003). Destes apenas 10% (n=6) eram do sexo masculino.

A avaliação do grau de escolaridade dos prestadores de cuidados revelou que trinta e um (51,7%) destes têm o ensino básico. No meio rural a escolaridade dos cuidadores é significativamente mais baixa que no meio urbano (p=0,0001). (Quadro 3)

Os cuidadores, quando questionados acerca das razões que os levaram a assumir o papel de prestador de

Quadro 2 – Distribuição por grau de Dependência funcional e causas de dependência

Causas de dependência	Escala de Barthel					Total
	Total dependência	Grave dependência	Moderada dependência	Leve dependência	independente	
AVC	18	6	1	1	1	27
Cancro	4	1	4	6	0	15
Diabetes	3	2	2	0	0	7
Cardíacos	0	0	3	1	0	4
s						
Trauma	2	0	0	0	0	2
Alzheimer	1	1	1	0	1	4
r						
Parkinson	0	0	1	0	0	1
n						
Total	28	10	12	8	2	60

Quadro 3- caracterização dos prestadores de cuidados – Variáveis sócio-demográficas

Cuidadores informais		Meio rural N = 33	Meio Urbano N = 27	(p)*
Idade	≤53 Anos	16	21	p=0,003
	>53 Anos	17	6	
Género	Feminino	29	25	ns
	Masculino	4	2	
Estado civil	Casado	26	18	ns
	Solteiro	6	5	
	Viúvo	1	2	
	Divorciado	0	2	
Parentesco	Filhas (os)	18	18	ns
	Noras	2	2	
	Cônjuges	8	6	
	Outros	3	0	
Habilitações Literárias	Sem escolaridade	2	4	p=0,0001
	Básico	28	3	
	Liceu	3	15	
	Superior	0	5	

*Valores de p significativos <0,05; ns – não significativo

cuidados apontaram como razões principais: a relação (laços familiares), "...quem haveria de cuidar, eu sou a esposa..." [E2]; "...eu sou a filha..." [E12]; a motivação (dever/obrigação), "...depois do que os meus pais fizeram por mim..." [E8]; a situação geográfica (coabituação), "...os meus irmãos estão todos no estrangeiro e eu moro aqui..." [E34]. (Figura 1)

Em ambos os locais de residência (rural e urbano), os cuidadores referem como principal necessidade o apoio formal (profissional de saúde) associado à

necessidade de informação e formação. A necessidade de informação prende-se com dados relativamente ao diagnóstico, prognóstico e características da evolução clínica. Quando os cuidadores referem a formação como algo necessário para a prestação de cuidados, fazem-no no sentido de esclarecerem dúvidas que lhes permita cuidar melhor e até mesmo lidar com o utente. (Figura 2)

Em relação aos factores que limitam a continuidade de cuidados, os cuidadores mais velhos valorizaram a sobrecarga emocional (p=0,01) e as implicações na vida pessoal (p=0,004), enquanto a ausência no suporte familiar foi o factor mais importante para os cuidadores mais novos. Quando

os níveis de escolaridade dos cuidadores eram mais baixos, estes valorizaram a sobrecarga emocional (p=0,01), as implicações na vida pessoal (p=0,03) e a sobrecarga financeira (p=0,008). A sobrecarga emocional foi outro factor valorizado pelos cuidadores que residiam no meio urbano (p=0,01). Porém, as reacções às exigências na prestação de cuidados, os mecanismos de eficácia e de controlo e a satisfação do papel de prestador de cuidados não foram dimensões valorizadas pelos cuidadores. Quadro 4)

Figura 1 – Razões para assumirem o papel de prestadores de cuidados

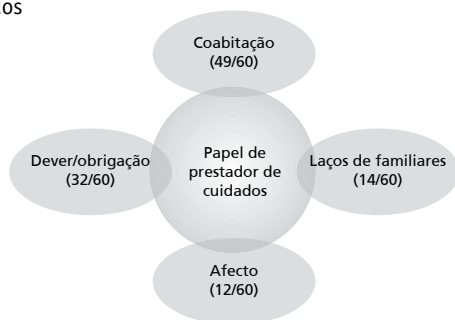
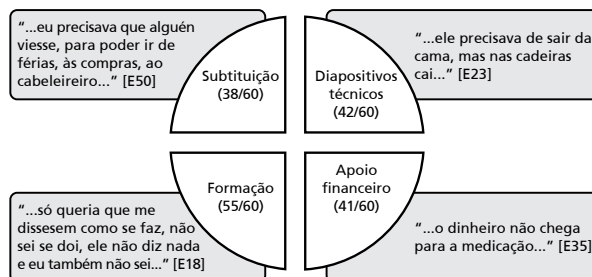


Figura 2 – Necessidades para cuidar



Quadro 4 – Diferença média face ao local de residência, habilitações literárias e idade por QASCI e suas dimensões

Dimensões p* < 0,05	Meio Rural N = 33		Meio Urbano N = 27		Habilitações Literárias N = 31		Idade ≤ 53 Anos N = 37		Idade > 53 Anos N = 23	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Sobrecarga emocional	44,69	3,568	60,41*	5,661	61,11*	5,751	58,44*	4,061	41,03	5,135
Implicações na vida pessoal					66,31*	4,718	64,83*	3,853	47,33	5,272
Sobrecarga financeira					41,66*	6,972				
Suporte familiar									19,01*	5,437

Valores significativos de p < 0,05; M(Média); DP(desvio Padrão)

Conclusões

Os níveis de dependência mais elevados foram encontrados no meio rural, embora as diferenças com significado estatístico só se tenham manifestado nas actividades instrumentais da vida diária (Escala de Lawton & Brodie). Este facto parece relacionar-se com a idade, uma vez que os elementos mais idosos da amostra concentraram-se na área rural.

Em termos etários a maior representatividade da nossa amostra corresponde a indivíduos com idades inferiores a 80 anos. No entanto, os níveis de dependência mais elevados ocorrem nos indivíduos com idade superior. Estes resultados são sobreponíveis aos observados por Ferreira e Imaginário, que ao estudarem o idoso no contexto domiciliar concluíram que o subgrupo mais dependente de cuidados correspondia, também, a indivíduos com idades superiores a 80 anos^[11,12].

Rosa et al.^[13] verificaram que a idade avançada, a viuvez e o sexo feminino associam-se com o grau de dependência, e que a probabilidade de esta ser grave ou moderada é 36 vezes maior nos indivíduos com mais de 80 anos, duas vezes no sexo feminino e 3,3 vezes nos indivíduos viúvos.

No nosso estudo, o perfil da pessoa doente/dependente inclui indivíduos de ambos os sexos, a idade mediana é de 80 anos e a dependência predominante está relacionada com as actividades da vida diária.

A idade mediana dos prestadores de cuidados deste estudo era de 53 anos (mínimo de 30 anos e um máximo de 80 anos). No meio rural os cuidadores apresentavam as idades mais elevadas. Globalmente o género

feminino predominou, tendo geralmente relação familiar com a pessoa doente/dependente (filhas, esposas e noras), aspecto constatado noutros estudos^[10,11,16,17]. Quando não existia relação familiar, também predominou o género feminino.

A maioria dos prestadores de cuidados eram casados, como ocorre em outras séries^[10,11,16,17].

Em relação ao nível de escolaridade, o ensino básico era o mais frequente. Este facto está associado à idade do cuidador, sendo que quanto mais elevada é a idade menor o nível de escolaridade observado^[18,19]. No meio urbano cinco cuidadores tinham o Ensino Superior. Este facto, como foi observado noutros estudos, salienta que o grau de escolaridade não exclui a actividade como prestador de cuidados^[20].

A maioria dos cuidadores não tinha uma actividade profissional que determine a ausência do domicílio com frequência. As situações profissionais mais frequentes eram: reforma, actividade doméstica e desemprego. No meio rural a actividade profissional dominante era a agricultura.

Começa a emergir um grupo de cuidadores sem ligação familiar ao utente alvo de cuidados que apesar de referirem não obter proventos desta actividade dedicam-se a ela. A motivação referida era a proximidade geográfica e a amizade.

As necessidades percebidas pelos prestadores de cuidados inquiridos neste estudo foram a formação e a informação, a substituição e o apoio financeiro, em ordem decrescente de grandeza. Estes resultados

ilustram que cuidar de outrem no domicílio implica adaptações pelo cuidador no sentido de satisfazer as necessidades da pessoa doente/dependente, e o seu nível de dependência. Assim, o processo de cuidar pode tornar-se difícil não só pela inexperiência do cuidador em realizar as actividades inerentes ao processo de cuidar mas também porque estas se tornam árduas para quem nunca as realizou. O cuidar pode assumir um grau de complexidade que exige ao cuidador conhecimento e habilidade para o seu exercício. Observámos, por exemplo, cuidadores que realizavam pensos de feridas e executavam técnicas como algaliação.

Podemos concluir que são necessidades do prestador de cuidados a sua formação. A informação relacionada com legislação, recursos, apoios, rede de cuidados continuados e a organização de um plano de cuidados coerente e partilhado. Esta formação deve ser ministrada por técnicos qualificados, com experiência em cuidados domiciliários e realizada de forma oficial e certificada.

A actividade desempenhada pelos prestadores de cuidados constitui uma “rede autónoma” de atendimento, nem sempre reconhecida, o que debilita o apoio que é prestado formalmente.

A acção da equipa de saúde envolvida nos cuidados domiciliários poderá e deverá ser determinante na organização, formação, informação e de apoio à “rede” de cuidados informais.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Instituto Nacional de Estatística (2004) “Projeções de População Residente, Portugal e NUTS II, 2000-2050”, Instituto Nacional de Estatística, Lisboa.
- [2] Rodriguez, B.E., Alvarez, E.D., Cartes, O.P. (2011) “Cuidadores Informales, Necesidades y Ayudas”. *Revista Rol de Enfermería*, 24(3):183-9.
- [3] Moreira, I.M.P.B. (2001) “O doente terminal em contexto familiar”. Coimbra, Formasau – Formação e Saúde, Lda.
- [4] Lawton, M.P., Kleban, M.H., Moss, M., Rovine, M., Glicksman, A. (1989) “Measuring caregiving appraisal. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 44:61-71.
- [5] Albert, S.M. (1992) “Psychometric investigation of a belief system: caregiving to the chronically ill parent”. *Social Science Medicine*, 35: 699-709.
- [6] Instituto Nacional de Servicios Sociales (1995) “Cuidados en la vejez: el apoyo informal”. Madrid. Ministério de Assuntos Sociais.
- [7] Albert, S.M., Brody, E.M. (1996) “When elder care is viewed as child care: significance of elder’s cognitive impairment and caregiver burden”. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 4: 121-30.
- [8] Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP (2000). Versão Beta. Lisboa: IGIF.
- [9] Araújo, F., Ribeiro, J., Oliveira, A., Pinto, C. (2007) “Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados”. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2): 59-66.
- [10] Martins, T., Ribeiro, J.P., Garrett, C. (2003) “Estudo de validação do questionário de avaliação da sobrecarga para cuidadores informais”. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(1):131-48.
- [11] Ferreira, F.A. (1990) “Moderna Saúde Pública”, 6ª ed., Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- [12] Imaginário, C. (2002) “O idoso no contexto dependente em contexto familiar”. Lisboa. Formasau.
- [13] Rosa, M.J., Chitas, P. (2000) “Unidades e pluralidades da demografia portuguesa: perfis e dinâmicas concelhias, 1960-1961”. Lisboa. Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- [14] Wright, L.M., Leahey, M. (2000) “Nurses and families – A guide to family assessment and intervention”. Philadelphia: Davis Company.
- [15] Swanson, K. (1991) “Desenvolvimento empírico de uma teoria do cuidar de médio alcance”. In: *Nursing Research*, 3:161-6.
- [16] Bliss, J. (2005) “What do informal carers need from district nursing services?” *British Journal of Community Nursing*, 11(6):251-54.
- [17] Bliss, J. (2005) “Working in partnership with adult informal carers”. *British Journal of Community Nursing*, 10(5): 233-5.
- [18] Christakis, N.A., Iwashyama, T.J. (2004) “The health impact of health care on families: a matched cohort study of hospice use by decedents and mortality outcomes in surviving, widowed spouses” *Social Science Medicine*, 57:465-75.
- [19] García-Calvente, M., Mateo-Rodríguez, I., Eguiguren, A.P. (2004) “El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad”, *Graceta Sanitaria*, 18 Suppl 1:132-9.
- [20] Aoun, S., Kristjanson, L. (2003) “The social impact of caring for terminally ill people: Sustaining the well-being of carers in rural Australia” National Rural Health Conference.



Decorreu no passado dia 22 e 23 de Maio a nossa 2.ª Reunião Nacional no Hotel Melia Gaia Porto.

Estiveram presentes cerca de 200 congressistas, representativos dos enfermeiros que trabalham nas diversas unidades de oncologia dos vários hospitais nacionais. A avaliação final foi bastante positiva tanto em termos organizativos como das temáticas abordadas. Em resumo:

- Perto de 200 congressistas inscritos
- 2 Intervenções de palestrantes internacionais
- 5 Simpósios
- Lançamento de publicações promovidas pela AEOP
- Bons momentos sociais

Foram apresentados 17 trabalhos em forma de poster, tendo sido seleccionados 4 para apresentação e defesa pública. Destes, os 3 trabalhos seguintes foram premiados:

- **1º Prémio:** Monitorização de quedas num Serviço de Hemato-Oncologia – *Carlos Cargaleiro; Rosa Romão - Hospital Capuchos*
- **2º Prémio:** Linha de apoio ao doente oncológico: otimizar a Qualidade dos cuidados em Enfermagem Oncológica – *Ana Rito Roxo M. C. Correia; Fernanda Dantas; Raquel M. Neves Flores - Hospital Fernando Fonseca*
- **3º Classificado:** Estudo da morbilidade psicológica do doente com cancro colorrectal e cónjuge: contributo na educação para a saúde – *Ana Paula Rodrigues Figueiredo; Pedro Emanuel Figueiredo - IPO Porto*



Foram lançados publicamente dois documentos de Educação e Informação do doente com GIST e com RCC. Também foi apresentado um livro infantil sobre a educação para a saúde em temas alimentares. Trata-se de uma iniciativa conjunta com outras organizações, da responsabilidade do Grupo de Educação para a Saúde da AEOP.

Os enfermeiros que trabalham em oncologia estiveram à altura da qualidade da sua actividade. E assim vamos construindo a nossa identidade.

AEOP LANÇA O GRUPO DE TRABALHO SOBRE CANCRO DO PULMÃO

Com a necessidade de fomentar a investigação e a actividade dos enfermeiros que trabalham com o doente oncológico nas suas especificidades e atendendo aos recentes avanços científicos que cada especialidade oncológica tem, a AEOP decide criar o Grupo de Trabalho da patologia oncológica do pulmão, denominado AEOP - Grupo Pulmão.

Os colegas associados que quiseram aderir a este grupo deverão preencher a ficha de inscrição e enviar via e-mail para secretariado@aeop.net. A ficha de inscrição encontra-se disponível no nosso site.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM ENSAIOS CLÍNICOS



No passado dia 5 Junho decorreu em Lisboa a primeira parte da Formação intitulada “Programa de Treino para Investigação em Ensaios clínicos” dirigida a Enfermeiros com experiência e com interesse em Ensaios Clínicos. Com este programa, apoiado pela Pfizer, a AEOP contribuiu para uma maior formação nesta área do saber em que, cada vez mais, o Enfermeiro tem uma maior intervenção no sucesso e na qualidade da implementação dos ensaios clínicos nas diferentes unidades de oncologia hospitalares. Estiveram presentes 30 enfermeiros, sendo que a avaliação foi bastante positiva, abrindo-se a possibilidade para futuras formações nesta área.

23 MAIO 2009: LANÇAMENTO DE LIVRO INFANTIL



“Uma corrida marada: na conquista de uma alimentação saudável” é uma história infantil contada por profissionais de saúde com o objectivo de in-

centivar as crianças para a aquisição de hábitos alimentares saudáveis, de forma a prevenir doenças, tais como obesidade, diabetes, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, cancro, entre outras.

Recomendada pela AEOP (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa), APECSP (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários), europacolón Portugal (Associação de Luta contra o Cancro do Intestino) e Ordem dos Enfermeiros, esta história possui ainda uma “Nota aos pais” efectuada por uma nutricionista e “Os dez mandamentos para uma alimentação saudável”. Pode encomendar esta obra em corridamarada.aeop@gmail.com

JORNADAS ONCOLOGIA - 1 A 3 JULHO 2009, HOTEL SOLVERDE

Nos passados dias 1 a 3 de Julho, decorreram as Jornadas de Oncologia do IPO Porto, no Hotel Solverde, em Espinho. A AEOP esteve presente com apoio científico e com um programa específico no dia 2 e 3. Estiveram presentes muitos colegas ligados directamente à oncologia, enchendo a lotação disponível da sala. Na próxima revista daremos notícias sobre os oito trabalhos apresentados publicamente como comunicações livres.

5.º SIMPÓSIO NACIONAL DE CANCRO DIGESTIVO

O Grupo de Investigação do Cancro Digestivo (G.I.C.D.) organiza, entre os dias 15 e 17 de Outubro de 2009, no São Rafael Beach Hotel, em Albufeira, o 5.º Simpósio Nacional de Cancro Digestivo, dedicado ao tema «Investigação em Oncologia: perspectivas actuais e estratégias futuras». Mais uma vez, a AEOP estará presente no programa de enfermagem. Toda a informação em www.aeop.net.

PRÉMIOS EXCELÊNCIA 2009:

Prémio AEOP/MSD - Publicação de Artigos de Investigação em Enfermagem Oncológica

A fim de incentivar o espírito de investigação a nível nacional em Oncologia, a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), com o apoio exclusivo da MSD, instituiu o Prémio Excelência 2009, no valor de 2.000 Euros, para o melhor artigo científico em Enfermagem Oncológica publicado na revista *Onco.news* durante o ano 2009. Toda a informação, incluindo o regulamento, está disponível no nosso site.

Prémio AEOP/Pfizer: Contribuição para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia

Este Prémio, com o apoio exclusivo da Pfizer Oncology, tem como objectivo reconhecer e premiar a excelência nos cuidados de enfermagem relacionados com a oncologia. Os candidatos ao Prémio, no valor de 2.000 Euros, são todos os trabalhos enviados para a AEOP até 31 de Dezembro de 2009. Ver regulamento em www.aeop.net.

Programa Nacional Pigart



O projecto Pigart (*Patient Information About GIST And Renal Carcinoma Treatment*) é uma iniciativa da AEOP e conta com o apoio exclusivo da Pfizer. Este tem duas fases:

Fase I. Criação de 2 documentos de informação aos doentes portadores destas patologias, uma para o Gist e outra para o Carcinoma Renal. A finalidade é possibilitar aos profissionais que lidam com estes doentes informação para ser utilizada no processo de ensino e educação dos mesmos, permitindo-lhes melhor informação e acompanhamento no seu tratamento. Esta fase terminou após discussão dos documentos e a sua preparação gráfica, e começarão a ser distribuídos brevemente nos centros de oncologia nacionais.

Ambos os documentos foram apresentados durante a Reunião Anual da AEOP, que decorreu nos passados dias 22 e 23 de Maio.

Fase II: Estudo observacional com a avaliação das toxicidades provocadas pelo tratamento destas patologias com novas terapêuticas dirigidas (Sunitinib) e a sua interferência na qualidade de vida destes doentes.

Trata-se de um projecto de âmbito nacional, a decorrer nas diferentes unidades oncológicas que trabalham com estes doentes e tem uma duração prevista de dois anos. Oitos centros aderiram ao projecto através dos seus coordenadores locais, estando neste momento a maioria em processo de autorização interna institucional.

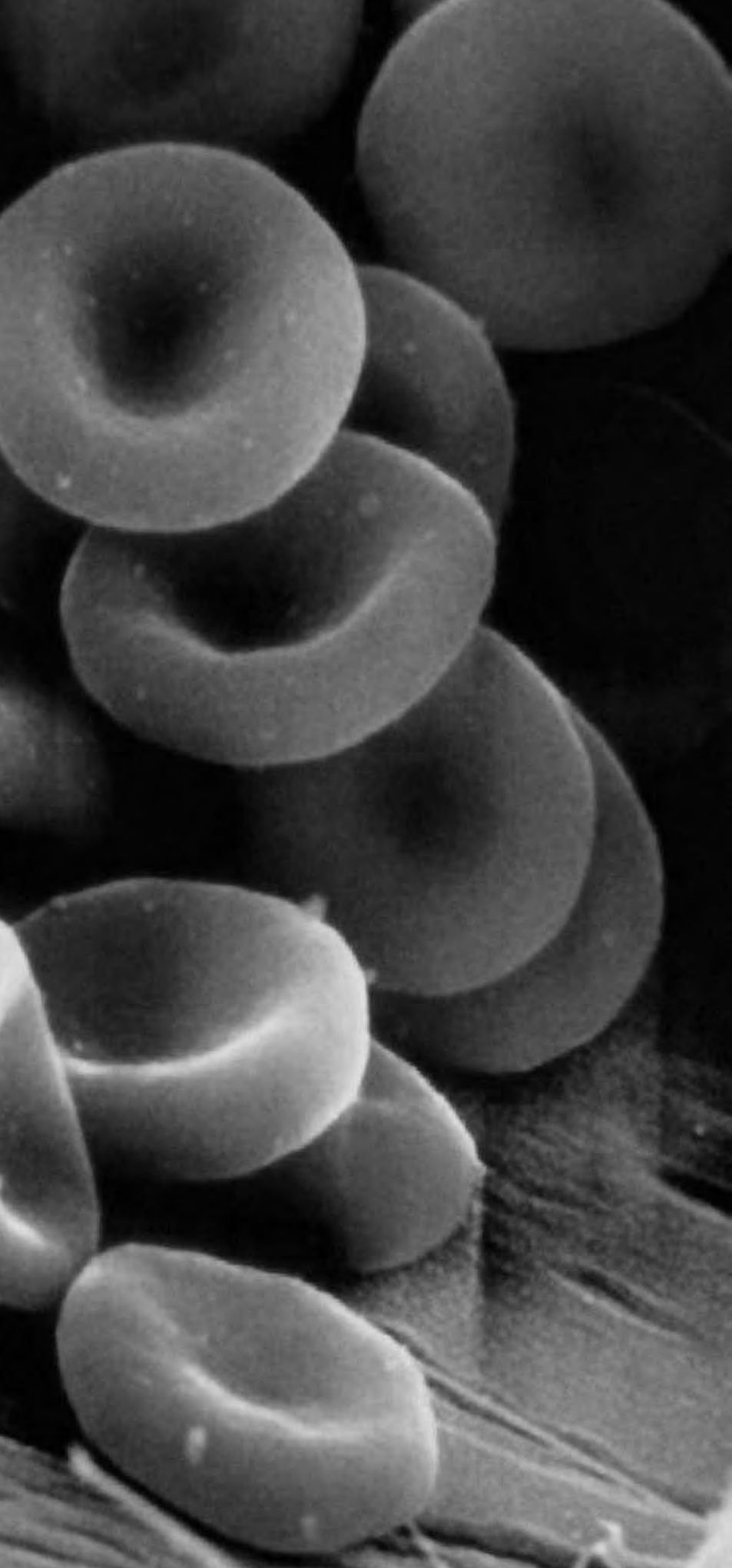
Até meados de Junho, a situação da implementação do estudo era a seguinte:

- Clínica Urologia IPO Porto: 2 doentes recrutados
- Hospital de Dia do Hospital Garcia de Orta: 1 doente recrutado
- Hospital de Dia do Hospital de Setúbal: Aguarda autorização
- Hospital de Dia do IPO de Coimbra: Aguarda autorização
- Hospital de Dia dos HUC: Sem condições de aplicação estudo
- Hospital de Dia do Hospital dos Capuchos: em processo de submissão

Este estudo está a ser orientado pela Keypoint e outros centros poderão brevemente ser convidados a entrar no recrutamento.

Daremos mais notícias do desenvolvimento do estudo na próxima revista.





Programa Nacional ART

ART

Anemia Registry &
Transfusions

O Programa ART – *Anemia Registry and Transfusions* – visa dois objectivos: Avaliar a qualidade de vida nos doentes com anemia/fadiga, durante um período equivalente a 12 semanas de tratamento (variando o número de ciclos consoante a periodicidade dos mesmos) e comparar o impacto, em termos de administração de agentes estimuladores da eritropoiese e/ou transfusões de concentrado eritrocitário, quer a nível económico quer do risco/benefício para o doente.

Efectuou-se, numa primeira fase, a análise preliminar do estudo a 134 doentes tendo sido apresentado os resultados finais ao 20th International Congress on Anti-Cancer Treatment (Paris) em Fevereiro último, tendo o mesmo sido considerado como um dos oito melhores trabalhos apresentados ao congresso, num total de 121 trabalhos representativos de diversos países a nível mundial. Neste grupo seleccionado, constaram apenas 3 trabalhos Europeus: 1 da Alemanha, 1 da Roménia e o trabalho Português do estudo ART. Fica aqui os parabéns para todos os colegas que aderiram e colaboraram directa ou indirectamente no sucesso deste estudo.

O próximo passo será a apresentação dos resultados finais a submissão ao ECCO 15 que irá decorrer em Setembro, em Berlim. Entretanto estamos a ultimar para a publicação dos resultados em revistas nacionais e internacionais através de artigo científico.

Durante a Reunião Nacional de Maio da AEOP foi divulgada uma newsletter com os resultados finais do estudo, tendo sido distribuída a todos os congressistas.

AEOP/MSD

prémio de excelência
melhor artigo científico
2009...



A fim de incentivar e apoiar a investigação e a nível nacional em Oncologia, a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), com o apoio exclusivo da MSD, institui o Prémio Excelência 2009 para o melhor artigo científico em Enfermagem Oncológica publicado na revista científica Onco news. A AEOP vem assim convidar todos a candidatarem-se ao Prémio Excelência 2009 "Melhor artigo científico", com o seguinte:

REGULAMENTO

ART. 1.º A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) com o fim de estimular a qualidade de publicação de artigos de investigação em Enfermagem Oncológica, institui o prémio AEOP/MSD, no valor de 2.000 Euros que deverá distribuir-se nas seguintes condições:

ART. 2.º O Prémio visa distinguir o melhor artigo de investigação científica básica na área das Ciências de enfermagem oncológica publicado na revista trimestral Onco news e ter como objetivo reconhecer e premiar a excelência na publicação de artigos científicos.

ART. 3.º Os artigos devem ser originais, não podendo ter sido publicados total ou parcialmente em Portugal ou no estrangeiro.

ART. 4.º O prémio será entregue ao primeiro autor, caso o trabalho seja apresentado por vários autores.

ART. 5.º O prémio destina-se a investigadores portugueses que se apresentem publicados na revista Onco news, até a sua responsabilidade, durante o ano de 2009 em todas as áreas de competência do membro de júri.

ART. 6.º Cada candidato ao grupo de candidatos poderá submeter apenas um único artigo de investigação, publicado digitalmente na revista Onco news, após afixar na AEOP. A candidatura ao prémio é gratuita para os membros da AEOP com pagamento de custos regulamentar. Nos outros casos, a candidatura só será aceite mediante a entrega à AEOP.

ART. 7.º A candidatura consiste nos seguintes passos:

1. Preenchimento online do formulário de inscrição na secção "Prémios" do site da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (www.aeop.net), transmissão e seu envio para a comissão de prémios (declaração e aceite do registo de inscrição).
2. Envio de artigo de investigação para publicação na revista Onco news, durante os dois e último meses de cada ano. Os dados deverão ser enviados ao jurado e devem respeitar as normas de publicação da revista. Os artigos devem ser enviados por correio eletrónico.
3. Os artigos enviados a não publicados durante 2009, não poderão ser objeto de concurso, mesmo tendo sido devidamente submetidos.

ART. 8.º As candidaturas ao Prémio Excelência "Melhor artigo científico 2009" são feitas no artigo de investigação publicado na revista Onco news de 2009 e cada autor deverá preencher e enviar o formulário de inscrição on-line.

A última publicação de 2009 corresponde à revista de Novembro.

ART. 9.º As candidaturas apresentadas serão analisadas por um júri composto no mínimo por três elementos escolhidos pela AEOP. Os membros do júri votarão em si e a ganhar sairá o artigo que obtiver o maior número de votos.

ART. 10.º Critérios de avaliação:

1. Um artigo publicado a nível nacional ou internacional.
2. No no português, ou utilizado a paragem de investigação.
3. A Metodologia utilizada incluir uma abordagem experimental, quasi-experimental, correlacional, ou descritiva, com uma análise estatística apropriada.
4. Utilização correta de metodologia qualitativa, caso se verifique.
5. Clareza e lógica na configuração do texto, coerência e suporte de informação estatística.
6. O conteúdo, o artigo é um exemplo de pesquisa quantitativa ou qualitativa em enfermagem e suporta novos procedimentos para a prática clínica em cuidados oncológicos.

ART. 11.º Critérios de Avaliação:

1. O(s) Autor(es) responder a uma importante e oportuna questão de investigação, estando diretamente ligados a um caso de relevância científica e técnica que se relaciona com a prática de enfermagem oncológica.
2. O artigo contribuir para a literatura científica.
3. O(s) Autor(es) demonstram correta fundamentação do trabalho e de articulação de um modelo conceitual no processo teórico através de conclusões.
4. O artigo é exemplar na sua articulação das conclusões de estudos anteriores com fundamentos teóricos atuais, e da literatura.
5. Teorias e figuras configuram claros, coerentes e suporte de informação estatística.
6. O conteúdo, o artigo é um exemplo de pesquisa quantitativa ou qualitativa em enfermagem e suporta novos procedimentos para a prática clínica em cuidados oncológicos.

ART. 12.º Compete à Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) verificar se os trabalhos concorrentes preenchem as condições regulamentares para a sua avaliação.

ART. 13.º A comissão de júri será formada por maioria não favorável e terá um tipo de maioria. O júri poderá decidir pela não atribuição do prémio caso considere não existirem trabalhos de investigação e concursos com qualidade suficiente para essa atribuição. Nesse caso, competirá aos artigos publicados na Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa através da MSD a forma de atribuição dessa entre os autores envolvidos no presente regulamento sendo responsável pelos membros do júri.

ART. 14.º Os resultados serão divulgados a nível de candidatura via correio eletrónico.

ART. 15.º O artigo de prémio decorrerá em cerimónia pública organizada pela AEOP durante a sua Reunião Nacional de 2010, em local a designar.

CONTACTOS:

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa
Secretariado@aeop.net
www.aeop.net



onco.news



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

CANCRO UROLÓGICO

Vitamina D pode ajudar a tratar cancro da próstata

Investigadores britânicos afirmam que a vitamina D pode cortar certos níveis antigénicos, utilizados para marcar a severidade da doença. De acordo com Jonathan Waxman, líder do estudo, a toma diária de vitamina D2 (ergocalciferol) por 26 pacientes com cancro da próstata revelou melhorias em 5 deles. A pesquisa demonstrou que os níveis elevados de PSA (antigénio específico da próstata) foram diminuídos em mais de 50% em dois dos pacientes, outros dois obtiveram uma diminuição entre 25 e 50%, e um deles conseguiu uma diminuição em menos de 25%. “É interessante, pois não têm havido pesquisas que estudaram este efeito da vitamina D”, afirmou Jonathan Waxman. “Este é um tratamento que é improvável de ter uma toxicidade significativa, e é complemento bem-vindo nas opções terapêuticas já existentes para os pacientes com cancro da próstata”, concluiu. O cancro da próstata é a segunda causa de morte por cancro em Portugal, vitimando todos os anos cerca de 1500 homens, número explicado pela baixa percentagem de homens que consulta antecipadamente o médico para um rastreio.

[FARMACIA.PT, 29 ABRIL 2009]

Estudo: Dutasterida reduz o risco de cancro da próstata em 23 %

Num estudo apresentado pela GlaxoSmithKline, o fármaco dutasterida reduziu significativamente o risco de cancro da próstata, durante um período de quatro anos, em comparação com placebo, em homens com um risco acrescido de desenvolverem a doença. O estudo aleatório envolveu 8121 homens, com idades entre os 50 e os 75 anos, com níveis elevados do antigénio específico da próstata (PSA). Após quatro anos de tratamento diário, os resultados demonstraram que, nos pacientes a tomar dutasterida, o risco de desenvolver cancro da próstata foi reduzido em 23 por cento.

No total, foram registados 1516 cancros durante o decurso do ensaio, sendo que 659 ocorreram em homens a tomar dutasterida e 857 no grupo do placebo. O dutasterida, pertencente ao grupo dos medicamentos denominados inibidores da 5 α -reductase, é comercializado como Avodart e Duagen em Portugal. Este fármaco é utilizado no tratamento de homens com um aumento do volume da próstata (hiperplasia benigna da próstata) – crescimento, não canceroso, da próstata, causado por excessiva produção da hormona dihidrotestosterona.

[FARMACIA.COM.PT, 29 ABRIL 2009]

Identificados genes responsáveis por cancro dos testículos

Cientistas do Institute of Cancer Research (ICR), no Reino Unido, identificaram, pela primeira vez, os factores genéticos que aumentam o risco de desenvolvimento do cancro dos testículos, segundo um estudo publicado na revista científica “Nature Genetics”. O cancro dos testículos é o cancro mais comum entre os homens jovens, e sua incidência entre os caucasianos não-hispânicos duplicou nos últimos 40 anos. Investigadores do Institute of Cancer Research (ICR), no Reino Unido, compararam os genes de 730 homens que tinham desenvolvido cancro dos testículos com os genes de homens saudáveis. Os cientistas descobriram que, em oposição aos homens saudáveis, os homens que sofriam de cancro dos testículos tinham em comum mutações no ADN nos cromossomas 5, 6 e 12.

O estudo revelou que os homens que herdavam alguma das três mutações tinham um risco aumentado de desenvolver a doença. E, em particular, o risco de sofrer de cancro dos testículos estava quatro vezes aumentado nos homens que herdavam as três mutações. No entanto, só uma pequena percentagem dos homens que apresenta um maior risco de desenvolvimento da doença é que efectivamente desenvolve o cancro dos testículos. Em declarações à BBCNews, os investigadores esclareceram que “a combinação destes factores genéticos com outros factores já conhecidos poderá ajudar a identificar, no futu-

ro, os homens que estão sob risco de desenvolver cancro dos testículos, em particular, os que têm um irmão ou um pai afectados por esta doença. Estes resultados poderão, assim, ajudar a uma detecção e prevenção precoces da doença.”

[ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A., 10 JUNHO 2009]

GENÉTICA E CANCRO

Estudo de dez anos mostra que África tem a maior diversidade genética do mundo

As populações humanas dispersas pelo mundo vieram todas de África há cerca de 100 mil anos, atravessando a zona do Mar Vermelho, mas foi apenas um pequeno grupo de indivíduos. A maioria manteve-se no continente onde a nossa espécie já vivia há 200 mil anos com um número populacional suficiente para gerar uma grande diversidade genética ao longo deste tempo. Foi isso que ficou constatado no maior estudo genético sobre as populações africanas publicado hoje na revista “Science Express”, que revelou haver mais diversidade em toda a África do que em qualquer outro local do mundo. O estudo levou dez anos a completar e teve a colaboração de vários países como os Estados Unidos, a França, a Tanzânia ou o Mali. “Este é o maior estudo até à data sobre a diversidade genética africana no genoma nuclear”, disse Sarah Tishkoff, geneticista da Universidade de Pensilvânia e primeira autora do artigo.

A investigação foi analisar o ADN do núcleo das células em 127 populações africanas, 60 populações não africanas e quatro popula-

ções afro-americanas. Serviram-se de 1327 pedacinhos da molécula da vida como marcadores para distinguir a variedade genética entre estes grupos e compreenderam que a diversidade entre as populações africanas é maior do que a que existe entre as populações do resto do mundo. Isto porque o tempo que essas populações viveram em África é o dobro do que a população que saiu do continente e foi percorrendo e fixando-se em todo o planeta.

Segundo os investigadores, uma consequência deste facto é que a partir de agora para qualquer estudo humano genético sobre, por exemplo, a susceptibilidade de doenças, bastará estudar um único grupo populacional europeu para se obter o potencial genético da Europa enquanto em África é necessário ter amostras de várias populações étnicas diferentes para se compreender a variação genética de todo o continente.

Através desta investigação, foi também possível circunscrever catorze unidades básicas populacionais africanas que estão muito correlacionadas com características étnicas, culturais e até linguísticas – perto de um terço das línguas do mundo são faladas em África. Por exemplo, há uma relação entre a genética e a linguagem dos pigmeus – um grupo bastante ancestral –, e de outros grupos de caçadores-colectores da África subsaariana. Os investigadores, através da genética, conseguiram ainda inferir acontecimentos migratórios dentro de África, e chegaram à conclusão que a população que saiu do velho con-

tinente para literalmente conquistar o mundo atravessou a região a meio do Mar Vermelho. “O nosso objectivo tem sido desenvolver investigação que traga benefícios aos africanos, não só por aprenderem mais sobre a História das suas populações mas também por abrir portas para novos estudos genéticos, incluindo estudos de factores de risco ambientais quer para doenças, quer para respostas a medicamentos”, explicou a investigadora. Com esta informação compilada é possível encontrar genes que provoquem doenças nas populações africanas ou estudar populações que sejam mais susceptíveis a doenças como a sida, o cancro ou a malária. O estudo revelou ainda que os afro-americanos descendem na sua maioria de populações que vivem na África Ocidental.

[PUBLICO.PT, 30 ABRIL 2009]

Genes ligados à propagação do cancro da mama

Estudo identificou três genes ligados à propagação do cancro da mama para o cérebro. A propagação, ou metástase, do cancro da mama para o cérebro ocorre normalmente vários anos após a remoção do tumor. Os peritos acreditam que este facto sugere que as células cancerígenas não conseguem, pelo menos inicialmente, penetrar a barreira sangue-cérebro, que previne a entrada de células circulantes e regula o transporte de moléculas para o tecido cerebral. O estudo descobriu que dois genes, COX2 e HB-EGF, desempenham um papel na entrada das células cancerígenas para o cérebro. Um outro gene, o ST6GALNAC5, que normalmente está activo apenas

no tecido cerebral, provoca uma reacção química que cria uma espécie de camada na superfície das células cancerígenas da mama, aumentando a sua habilidade de penetrar a barreira sangue-cérebro.

“Os nossos resultados chamam a atenção para o papel da camada na superfície das células na metástase cerebral que não era conhecido antes, e a possibilidade de utilizar fármacos para contrariar estas interações”, afirmou Joan Massague, do Cancer Biology and Genetics Program em Nova Iorque, Estados Unidos.

[FARMACIA.COM.PT, 7 MAIO 2009]

Estilo de vida aumenta as taxas de cancro nos homens

De acordo com especialistas do Cancer Research, no Reino Unido, a relutância dos homens em adoptar um estilo de vida saudável, bem como visitar o médico periodicamente, são factores que podem estar associados à diferença entre os sexos em relação aos casos de cancro e mortes devido à doença. A equipa de investigadores realizou um levantamento dos casos de cancro que ocorreram no Reino Unido entre 2006 e 2007, tendo notado que entre os tipos de cancro que afectavam ambos os sexos, os homens tinham uma propensão 60% superior de desenvolver a doença, e 70% de morrer devido à mesma.

Os cientistas acrescentam ainda que não existem razões a nível biológico para esta tendência, parecendo ocorrer por as mulheres cuidarem melhor de si, comparativamente aos homens. O estudo revelou ainda que os homens têm

menos consciência de que certos factores, como o tabagismo, obesidade abdominal, consumo excessivo de álcool, má alimentação e historial de cancro na família contribuem para o aumento do risco da doença. Para além disso, os homens são menos propensos a visitar o médico quando apresentam os primeiros sintomas. Apesar destes resultados, os investigadores alertam para a necessidade de ser precisos mais estudos para descobrir uma forma de reduzir o peso da doença entre os homens.

[FARMACIA.COM.PT, 16 JUNHO 2009]

CANCRO DO PULMÃO

Exercício pode ser benéfico em pacientes com cancro do pulmão

Estudo norte-americano afirma que a prática de exercício físico, conhecida por ser benéfica na prevenção do cancro, pode também ser benéfica em pacientes com cancro do pulmão. A equipa de investigadores descobriu que o exercício tinha um impacto na saúde e qualidade de vida de pacientes com cancro do pulmão incurável. Entre 2004 e 2007, os cientistas estudaram 25 pacientes com a doença de forma a averiguar a segurança e eficácia de um programa de exercício realizado no hospital nestes pacientes. Esta avaliação consistia em sessões de exercício aeróbico e de pesos, duas vezes por semana, ao longo de 8 semanas. Os resultados revelaram que apesar de metade dos participantes não terem conseguido completar o programa de exercício físico, aqueles que o conseguiram obtiveram uma redução significativa dos sintomas provenientes da doença.

A actual incidência do cancro do pulmão em Portugal não é conhecida com rigor. Os dados existentes apontam para uma taxa de incidência anual de 30 novos casos por cada 100 mil habitantes, que resulta em aproximadamente três mil mortes por ano.

[FARMACIA.COM.PT, 6 MAIO 2009]

Combinação de duas terapias biológicas pode deter avanço do cancro do pulmão sem

quimioterapia



Resultados de um estudo demonstraram que a combinação de dois fármacos biológicos pode deter o avanço

do cancro do pulmão em estado avançado, sem a necessidade de utilizar quimioterapia. De acordo com os dados do estudo ATLAS, de Fase III e realizado com mais de 1160 pacientes, a terapia com bevacizumab e erlotinib, comercializados como Avastin e Tarceva, respectivamente, em pacientes com cancro do pulmão de não pequenas células em fase avançada melhorou em 39 por cento a sobrevivência livre de progressão da doença, em comparação com os que receberam estes fármacos isoladamente, o que supõe uma sobrevivência livre de progressão de 4,8 meses. Na realidade, o benefício obtido em termos de eficácia no grupo tratado com estas duas terapias biológicas em simultâneo determinou mesmo a suspensão precoce do estudo. A terapia com Avastin já tinha demonstrado prolongar a so-

brevidência acima dos 12 meses neste grupo de pacientes, tempo máximo de sobrevivência atingido até à data.

Dada a rapidez com que o cancro do pulmão de não pequenas células progride, o benefício demonstrado por este estudo supõe um grande avanço na gestão da doença, sem a necessidade de utilizar quimioterapia de forma continuada.

[FARMACIA.COM.PT, 5 JUNHO 2009]

CANCRO GINECOLÓGICO

Mulheres que mantêm os ovários vivem por mais tempo

Estudo norte-americano afirma que sem os órgãos o risco de doenças cardíacas aumenta significativamente. Milhares de mulheres que se submetem anualmente a histerectomias têm os ovários removidos juntamente com o útero, uma medida que tem como objectivo protegê-las do cancro do ovário. No entanto, um novo estudo veio afirmar que as mulheres que mantêm os seus ovários vivem por mais tempo. A pesquisa analisou dados de cerca de 30 mil mulheres, sendo que 16 mil delas passaram por uma histerectomia com remoção de ambos os ovários, e as restantes mantiveram os ovários, após a mesma operação.

Após o período de 24 anos, o primeiro grupo apresentou 85 casos de cancro da mama, um risco que foi 25% menor nas que mantiveram os ovários, e um risco 96% menor de cancro dos ovários. No entanto, essas mulheres tinham uma probabilidade 12% maior de morrer durante o período de acompa-

nhamento, bem como um risco 17% mais elevado de vir a sofrer de doenças do coração, e ainda de morrer de cancro. Foi ainda notado um maior risco de desenvolver cancro do pulmão, algo que foi considerado inesperado pelos cientistas.

“Esta descoberta contraria 35 anos de ensinamentos em ginecologia”, afirmou William H. Parker, autor do estudo. “Nos anos 70, ficou decidido que retirar os ovários para evitar o cancro do ovário seria uma boa estratégia. Este estudo mostra que há maiores probabilidades de morrer se retirar os ovários, a menos que esteja num grupo de mulheres com um histórico familiar que indique alto risco para cancro dos ovários ou de mama”, acrescentou ainda o investigador.

Apesar do cancro do ovário ser difícil de detectar e muitas vezes fatal, é também raro, segundo Parker. Apenas 34 mulheres, das que participaram no estudo e que mantiveram os seus ovários, morreram devido ao cancro do ovário durante o período do estudo.

[FARMACIA.COM.PT, 8 MAIO 2009]

Combinação de fármacos pode ser efectiva na recorrência de cancros do útero e ovários

Uma nova investigação demonstrou que o tratamento combinado de dois fármacos de quimioterapia, o topotecano e o docetaxel, é efectivo para as mulheres que tiveram uma recorrência dos seus cancros do útero ou ovários e que já foram tratadas com outras combinações de fármacos. O estudo, publicado na “Gynecologic Oncology”, que é o primeiro a avaliar este regime de fãr-

macos neste tipo de pacientes, também descobriu que a combinação destes dois agentes de quimioterapia foi razoavelmente bem tolerada. Embora o estudo não tenha incluído um grupo de comparação, o Dr. Mark H. Einstein, da Faculdade de Medicina Albert Einstein, no Bronx, em Nova Iorque, referiu à Reuters Health que investigações anteriores demonstraram que as respostas ao tratamento neste tipo de pacientes são normalmente muito piores do que as observadas aqui e com mais efeitos secundários graves.

Apesar dos câncros ginecológicos recorrentes tenderem a ser difíceis de tratar, o topotecano e o docetaxel são comumente utilizados nestas situações, mas nem sempre em combinação.

Estudos anteriores observaram a utilização de docetaxel e topotecano, mas este estudo foi realizado para testar se doses semanais destes dois fármacos poderão preservar os seus benefícios, enquanto diminuem os efeitos secundários. O estudo incluiu 15 mulheres com cancro dos ovários recorrente, 9 com cancro do útero recorrente e 3 com cancro do tecido que reveste o interior do abdómen. Todas tinham sido tratadas anteriormente com regimes de quimioterapia e a maioria tinha recebido dois tratamentos anteriores do género. As participantes receberam topotecano e docetaxel semanalmente durante três semanas de cada vez. Depois tiveram um período de descanso de uma semana, antes de repetirem o processo. Isto foi repetido seis vezes, a não ser que a paciente tenha morrido ou ex-

perenciado um efeito secundário grave que requeresse que o tratamento fosse interrompido.

Durante um total de 86 ciclos de tratamento, ocorreram sete efeitos adversos graves. Contudo, quase todas as pacientes conseguiram continuar o tratamento. Vinte e quatro pacientes apresentaram dados disponíveis para análise. Destas pacientes, seis tiveram uma resposta completa ou total ao tratamento e três não tiveram uma piora do cancro. Nas restantes 15, ocorreu uma progressão do cancro. O período de sobrevivência usual foi de aproximadamente 19 meses. Os autores concluíram que são necessários mais estudos para verificar e expandir estas descobertas.

[FARMACIA.COM.PT, 5 MAIO 2009]

FDA define alertas mais fortes para a vacina Gardasil

A agência norte-americana que regula os medicamentos (FDA) deliberou que a Gardasil, vacina contra o papilomavírus humano que provoca o cancro do colo do útero, deve conter avisos mais fortes relativamente ao risco de desmaios após a administração da vacina. A FDA tem recebido relatos de lesões traumáticas entre algumas mulheres que receberam a vacina Gardasil, que é administrada a milhões de raparigas e mulheres jovens em todo o mundo, dando ordem imediata para a existência de avisos mais fortes na rotulagem do produto.

A agência reguladora também alertou que as mulheres que recebem a vacina devem ser observadas atentamente e permanecerem sentadas ou deitadas durante 15

minutos, após receberem a vacina, de modo a evitar lesões devido a quedas resultantes de um desmaio. O Folheto Informativo da Gardasil já inclui uma alusão à ocorrência de desmaios, por vezes acompanhados de tremor ou rigidez, após a administração da vacina, referindo que as pacientes devem ser observadas durante 15 minutos após a vacinação. É referida ainda a comunicação de reacções alérgicas que podem incluir dificuldade em respirar, pieira (brôncoespasmo), urticária e erupção cutânea, tendo algumas destas reacções sido graves. Faz-se também referência que, tal como com outras vacinas, os efeitos secundários que foram comunicados durante a utilização geral incluem: inchaço dos gânglios (pescoço, axilas, virilhas), síndrome de Guillain-Barré (fraqueza muscular, mal estar, formigamento nos braços, pernas e tronco), tonturas e dores de cabeça, náuseas e vômitos, dor nas articulações, dores musculares, cansaço involuntário ou fraqueza, e mal-estar geral.

Contudo, agora os oficiais de segurança dos medicamentos norte-americanos ordenaram que sejam acrescentados avisos mais fortes e proeminentes acerca do risco à rotulagem da Gardasil, para alertar adicionalmente médicos e pacientes. A vacina tem sido controversa e associada a lesões graves e reacções alérgicas adversas em raparigas e mulheres. Em Abril de 2008, investigadores médicos referiram que as mulheres que tomaram Gardasil, para prevenir o cancro do colo do útero, pareciam estar mais em risco de desenvolver um raro, mas severo,

distúrbio do sistema nervoso chamado síndrome de Guillain-Barré. Esta doença é tipicamente despoletada por uma infecção, tal como a gripe, mas um estudo descobriu que as mulheres que receberam a vacina tinham mais probabilidade de desenvolver fraqueza, paralisia, entorpecimento e formigamento nos membros associados à síndrome de Guillain-Barré.

Um estudo de 2008 na Austrália relatou, pelo menos, três reacções alérgicas severas entre as raparigas e mulheres jovens locais. Em Fevereiro deste ano, cerca de 76 mil doses de Gardasil foram recolhidas em Espanha, após duas raparigas terem sido hospitalizadas depois de terem desenvolvido reacções adversas graves à vacina. A Gardasil, que foi aprovada em 2006, é uma vacina para a prevenção de lesões genitais pré-cancerosas (colo do útero, vulva e vagina), cancro do colo do útero e verrugas genitais externas (condiloma acuminado) causalmente relacionados com o Papilomavírus Humano (HPV) dos tipos 6, 11, 16 e 18.

[FARMACIA.COM.PT, 12 JUNHO 2009]

Vacina contra o HPV beneficia mulheres mais velhas

As mulheres mais velhas podem beneficiar, tanto como as mulheres mais novas, da vacina contra o cancro do colo do útero, revela um estudo publicado na revista científica "The Lancet". O vírus do papiloma humano (HPV) é a doença sexualmente transmissível mais frequente no mundo e a causa mais comum do cancro do colo do útero, o qual mata anualmente 300.000 mulheres no mundo inteiro. Investigadores

do National Institute of Cancer, em Bogotá, Colômbia, contaram com a participação de 3.800 mulheres com idades compreendidas entre o 25 e os 45 anos que não tinham história de verrugas genitais causadas pelo HPV ou de doenças do colo do útero.

A metade das participantes, os investigadores administraram a vacina contra o cancro do colo do útero e, a outra metade, foi administrado um placebo. Após dois anos, apenas quatro das mulheres que tinham sido vacinadas desenvolveram uma infecção por VPH ou uma doença do colo do útero, enquanto isso aconteceu com 41 mulheres às quais tinha sido administrado o placebo. Estes resultados traduzem-se numa eficácia de mais de 90%. Com as mudanças dos comportamentos sexuais a que se assistiu nos últimos 30 anos, a infecção por HPV tem tendência para ocorrer nas mulheres que se encontram na terceira, quarta e quinta décadas das suas vidas. Desta forma, e de acordo com os autores do estudo, estas mulheres poderão beneficiar da vacinação profilática contra a infecção causada por este agente.

[ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.,
04 DE JUNHO DE 2009]

CANCRO DIGESTIVO

Equipa com investigadores portugueses dá passo em frente no conhecimento do cancro do estômago

Um estudo internacional, no qual participaram investigadores do Instituto de Patologia e Imunologia da Universidade do Porto (IPATIMUP), deu mais uns passos no co-

nhecimento e tratamento do cancro do estômago, ao perceber como se comporta uma bactéria que provoca a doença. "A *Helicobacter pylori* é um carcinogénio muito importante no cancro do estômago. Com este estudo, conseguimos ter conhecimento biológico sobre o processo de mutação das células, percebendo como a bactéria *Helicobacter pylori* é capaz de transformar uma célula normal numa célula maligna. Ao sabermos isto, conseguimos abordar melhor a doença do ponto de vista terapêutico", explicou hoje à Lusa Raquel Seruca, investigadora do IPATIMUP.

O instituto da Universidade do Porto participou no estudo em parceria com a Roskilde University, na Dinamarca, e o Institute Pasteur, em França, com o objectivo de "tentar perceber de que forma a infecção provocada por esta bactéria é capaz de introduzir alterações no núcleo das células do hospedeiro", afirma a cientista. O conhecimento possibilitado por este estudo, publicado na revista "Clinical Cancer Research" de Maio, é particularmente útil no caso de doentes com resistência aos antibióticos usados para atacar a *Helicobacter pylori*. "Este conhecimento é mais importante para os doentes mais resistentes aos antibióticos ou com maior recorrência de infecções", observa Raquel Seruca. Nesta investigação, os cientistas perceberam que, em ambiente "in vitro", a *Helicobacter* "era capaz de alterar a forma como os genes do núcleo do hospedeiro funcionam" e que é responsável pelo "aumento da taxa de alterações da própria mi-

tocôndria da célula do hospedeiro”. Esta é a “grande novidade” deste artigo científico, diz a investigadora. Estas conclusões foram, depois, “validadas” nos tecidos de doentes com cancros gástricos ou com lesões no estômago (gastrites, por exemplo). A infecção pela *Helicobacter pylori* é considerada um dos mais importantes factores de risco dos cancros de estômago (65 por cento dos casos estão relacionados com a bactéria).

[PUBLICO.PT, 10 MAIO 2009]

Hipotiroidismo associado ao cancro do fígado nas mulheres

Resultados de um novo estudo, publicados na revista científica “Hepatology”, revelaram que as mulheres com hipotiroidismo de longa duração, comumente referida como uma tiróide hipoactiva, apresentam um risco acrescido de desenvolver cancro do fígado. Em contraste, o hipotiroidismo não foi associado significativamente a esta doença nos homens. O hipotiroidismo é uma doença na qual a glândula da tiróide não consegue produzir uma quantidade suficiente de hormonas tiroideias. A glândula da tiróide normalmente liberta as hormonas, T4 e T3, que controlam o metabolismo e a subprodução pode afectar todas as funções do organismo. Os factores de risco para o hipotiroidismo incluem ter mais de 50 anos, exposição a raios X no pescoço ou tratamentos de radiação, ser do sexo feminino, obesidade e cirurgia à tiróide. As hormonas tiroideias são conhecidas por estarem envolvidas no metabolismo lipídico e na oxidação dos ácidos gordos e

existem evidências que associam o hipotiroidismo à esteatohepatite não alcoólica, a acumulação de gordura nas células hepáticas (fígado gordo) que provoca inflamação. Contudo, se os distúrbios da tiróide estão associadas ao cancro do fígado não tem sido muito claro.

Para analisar esta questão, a Dra. Manal M. Hassan, do Centro Oncológico M. D. Anderson, da Universidade do Texas, em Houston, e colegas compararam a ocorrência e natureza da doença da tiróide em 420 pacientes com carcinoma hepatocelular, o tipo mais comum de cancro do fígado, e um grupo de 1104 pessoas saudáveis sem hipotiroidismo. Após terem em consideração factores que poderiam influenciar os resultados dos pacientes, tais como factores demográficos, consumo de álcool, historial familiar de cancro e outros possíveis factores dúbios, os investigadores descobriram que as mulheres que sofriam de hipotiroidismo há mais de 10 anos tinham uma probabilidade 2,9 vezes maior de desenvolverem cancro do fígado, em comparação com as que não sofriam desta doença da tiróide.

Caso as pacientes também sofressem de diabetes e infecção pelo vírus da hepatite crónica, as probabilidades aumentavam para 9,4 vezes e 31,2 vezes, respectivamente. Com já foi referido, o hipotiroidismo não afectou o risco de cancro do fígado nos homens. O hipertiroidismo, uma tiróide hiperactiva, também não teve impacto no risco de cancro do fígado em qualquer dos sexos.

Os investigadores concluíram que são necessários mais estudos entre populações diferentes para confirmar a associação entre o hipotiroidismo e o cancro do fígado, e para identificar os mecanismos biológicos subjacentes e os factores de predisposição genética que possam contribuir para uma susceptibilidade para o desenvolvimento do carcinoma hepatocelular na presença de distúrbios da tiróide.

[FARMACIA.COM.PT, 12 MAIO 2009]

Fármaco oncológico bevacizumab duplica o risco de perfuração gastrointestinal

Um estudo do Centro Oncológico da Universidade de Stony Brook, em Nova Iorque, revelou que o fármaco oncológico bevacizumab, comercializado como Avastin, duplica o risco de perfuração gastrointestinal grave. No estudo, publicado na “The Lancet Oncology”, a perfuração do estômago ou dos intestinos provocou a morte a mais de 20 por cento dos pacientes do ensaio que tomavam o fármaco e foi mais comum naqueles que sofriam de cancro colo-rectal avançado e cancro renal.

O bevacizumab pertence a uma classe de fármacos denominados inibidores da angiogénese, que impedem o crescimento do tumor através do bloqueio do crescimento dos vasos sanguíneos que fornecem nutrientes e oxigénio ao tumor. O fármaco está indicado para o tratamento de muitos cancros, incluindo o cancro colo-rectal, de células renais, do pulmão de não-pequenas células e da mama. Os investigadores realizaram uma meta-análise de

17 ensaios, que incluíram 12.294 pacientes com uma variedade de tumores sólidos, para avaliar o papel do bevacizumab na perfuração gastrointestinal. Os autores do estudo também analisaram se a dosagem do fármaco, ou a existência de um tipo específico de cancro, estavam relacionadas com um maior risco de desenvolver uma perfuração do estômago ou dos intestinos. As descobertas demonstraram que a incidência de perfuração gastrointestinal foi de 0,9 por cento, com um risco duas vezes maior para os pacientes que receberam bevacizumab, em comparação com os de controlo, tendo havido uma mortalidade de 21,7 por cento para aqueles que desenvolveram uma perfuração. Desta forma, as quantidades menores de bavacizumab aumentaram em 61 por cento (2,5 mg/kg por semana) o risco de perfuração gastrointestinal e as doses mais elevadas em 167 por cento (5 mg/kg por semana).

A incidência de transtorno gastrointestinal variou entre os pacientes com diferentes tumores. A incidência mais elevada foi observada entre os pacientes com cancro colo-rectal avançado e cancro das células renais, tendo a incidência mais baixa sido observada naqueles com cancro do pâncreas. Os investigadores concluíram que, dado que o bevacizumab é um fármaco amplamente utilizado no tratamento de rotina do cancro, é de extrema importância reconhecer os sintomas que indicam uma perfuração e intervir de forma rápida para reduzir a morbidade e as mortes.

[FARMACIA.COM.PT, 26 MAIO 2009]

Investigadores desenvolvem exame de ADN não invasivo capaz de detectar cancros do aparelho digestivo

Investigadores da Clínica Mayo, em Rochester, desenvolveram um exame não invasivo, que analisa o ADN de amostras fecais, que pode detectar não só o cancro colo-rectal, mas também outros cancros do aparelho digestivo, como o do pâncreas, do estômago, das vias biliares e do esófago. Os cancros gastrointestinais provocam uma de cada quatro mortes devido a cancro. Embora se tenham atingido elevadas taxas de cura com a detecção em fases iniciais de cada tipo de cancro, apenas se realizam exames ao nível da população ao cancro colo-rectal. A maioria destes exames realizam-se através de uma colonoscopia invasiva, mas uma investigação anterior da Clínica Mayo demonstrou que os exames de ADN da matéria fecal poderiam identificar tanto a fase inicial do cancro como os pólipos pré-cancerosos.

Neste estudo, os investigadores analisaram a possibilidade de se detectarem outros tipos de cancro do tracto gastrointestinal. Os investigadores estudaram 70 pacientes com cancros do aparelho digestivo, sendo que, além do cancro do cólon, examinaram cancros da garganta, esófago, estômago, pâncreas, ductos biliares, bexiga e intestino delgado para determinar as mutações genéticas que podiam ser detectadas nos exames fecais. Também foram incluídos no estudo 70 pacientes saudáveis para controlo. A equipa examinou o ADN das células que

se separam continuamente da superfície destes cancros. O exame de ADN foi positivo em cerca de 70 por cento dos cancros do aparelho digestivo, mas continuou a ser negativo em todos os controlos saudáveis, demonstrando assim a fiabilidade do método. As análises de ADN detectaram cancros em cada órgão onde estes se encontravam, incluindo 65 por cento dos cancros do esófago, 62 por cento do pâncreas e 75 por cento dos ductos biliares e da bexiga. Nesta série, foram detectados todos os cancros do estômago e colo-rectais. Além disso, a análise não diferiu consoante a fase do cancro, sendo que os de fases mais iniciais tinham a mesma probabilidade de serem detectados como os avançados. De acordo com o Dr. David Ahlquist, historicamente estamos a aproximar-nos da detecção do cancro órgão a órgão. O exame de ADN fecal mudará a estratégia para um sistema multiorção, que poderá avaliar os pacientes por completo, e que poderá abrir caminho para a detecção precoce de cancros que, para além do colo-rectal, actualmente não estão incluídos nos exames gerais de detecção. O investigador acrescentou que o possível impacto desta evolução poderá ser enorme.

[FARMACIA.PT, 5 JUNHO 2009]

Risco de cancro colo-rectal aumenta em pessoas com menos de 50 anos

De acordo com um estudo publicado na revista *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, apesar das taxas do cancro colo-rectal estarem a diminuir nos

Estados Unidos, a incidência da doença tem vindo a aumentar entre os adultos com menos de 50 anos de idade. A equipa de investigadores avaliou as tendências de incidência de cancro colo-rectal entre 1992 e 2005 entre adultos com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos. Eles notaram que as taxas aumentaram 1,5% por ano em homens, e 1,6% entre as mulheres. O aumento maior ocorreu na faixa etária entre os 20 e os 29 anos, 5,2% nos homens e 5,6% nas mulheres.

Apesar de serem necessários mais estudos para indicar a razão desse aumento, os autores acreditam que pode estar relacionado às crescentes taxas de obesidade e mudanças nos padrões alimentares, com um aumento no consumo de fast-food, associado à maior ingestão de carne e menor consumo de leite.

[FARMACIA.COM.PT, 8 JUNHO 2009]

Cancro colo-rectal: Tabaco e álcool são importantes factores de risco

Investigadores australianos afirmam que o estilo de vida, nomeadamente o consumo de álcool e fumar, são factores de risco importantes para o cancro do intestino. São diagnosticados cerca de um milhão de novos casos de cancro colo-rectal anualmente, provocando a morte a 500 mil pessoas em todo o mundo. Os factores de risco principais já conhecidos são a idade acima dos 50 anos, o historial da doença ou outro tipo de cancro na família, a dieta rica em gordura e carne vermelha, a obesidade e o sedentarismo. Após reverem mais de cem estudos sobre os factores

de risco para a doença, a equipa de investigadores constatou que as pessoas que consomem mais quantidades de álcool têm um risco 60% maior de desenvolver cancro, comparativamente aos que não bebem.

Relativamente ao tabaco, obesidade e diabetes estão associados a 20% mais riscos de desenvolver cancro no intestino, o mesmo associado ao consumo excessivo de carnes vermelhas e processadas. “A forte e, em grande parte, desconhecida associação entre a grande ingestão de bebidas alcoólicas com o risco de cancro colo-rectal”, afirmou Rachel Huxley, líder do estudo e professora associada do George Institute for International Health, referindo-se ao que mais surpreendeu no estudo. A investigadora destaca que muitos estão conscientes dos riscos da obesidade e dos maus hábitos alimentares, mas o papel do cigarro, do álcool e da diabetes na doença era ainda desconhecido.

[FARMACIA.COM.PT, 9 JUNHO 2009]

CONTROLO DOS SINTOMAS

Combinação de três fármacos reduz náuseas induzidas por quimioterapia

Um novo estudo revelou que adicionar o fármaco mesilato de casopitant ao regime convencional de dois fármacos, com dexametasona e ondansetron, reduz amplamente as náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia em pacientes que estão a receber quimioterapia altamente emetogénica. A quimioterapia altamente emetogénica é utilizada para tratar muitos tipos de tumores sólidos, incluindo câncros colo-rectal e pancreático.

Os fármacos como a dexametasona e o ondansetron são efectivos na redução das náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia nas primeiras 24 horas, após o tratamento, mas apenas fornecem um alívio moderado durante a fase retardada (24 a 120 horas após a quimioterapia). O estudo de Fase III incluiu 810 pacientes que estavam a receber dexametasona e ondansetron, após receberem quimioterapia altamente emetogénica. Os participantes foram seleccionados aleatoriamente para também receberem placebo (269 pacientes), uma única dose oral de 150 miligramas de mesilato de casopitant (271), ou três doses intravenosas num dia de mesilato de casopitant mais doses orais do fármaco (90 mg intravenosos no primeiro dia mais 50 mg orais no segundo e terceiro dias - 270).

O estudo, publicado na “The Lancet Oncology”, descobriu que 86 por cento dos pacientes no grupo da dose oral única de mesilato de casopitant e 80 por cento do grupo das doses intravenosas e orais do fármaco atingiram uma resposta completa durante as primeiras 120 horas, após o primeiro ciclo de quimioterapia, em comparação com 66 por cento dos pacientes do grupo do placebo. O investigador Steven Grunberg, professor da Universidade de Vermont, em Burlington, e colegas referiram que um regime de três fármacos, incluindo mesilato de casopitant, dexametasona e ondansetron, reduziu significativamente os eventos relacionados com náuseas e vômitos nas pessoas a receberem quimioterapia, em comparação

com um regime de dois fármacos de dexametasona e ondansetron.

[FARMACIA.COM.PT, 13 MAIO 2009]

Relistor melhora a obstipação induzida por opióides em pacientes com dor crónica não oncológica

Resultados de um estudo de Fase III demonstraram que o tratamento com brometo de metilnaltrexona, comercializado pela Wyeth como Relistor, facilita a evacuação intestinal dos pacientes com dor crónica não oncológica, como dores de costas, artrose ou fibromialgia, que apresentam obstipação induzida pelos opióides que tomam como analgésicos para reduzir a dor. Os investigadores, após analisarem, durante um mês, 460 pacientes que receberam este fármaco a cada 24 ou 48 horas durante quatro semanas, observaram que 34 por cento destes pacientes evacuaram nas quatro horas posteriores à administração da primeira dose. Além disso, também foram tidos em conta outros critérios de avaliação secundários, como o tempo passado até à primeira evacuação sem laxante de contacto, após a primeira administração de brometo de metilnaltrexona, e o aumento da média de evacuações semanais sem laxante de contacto, dados que foram estatisticamente significativos em relação ao placebo. De acordo com o investigador principal, o Dr. Richard Blonsky, director da Clínica de Dor e Reabilitação de Chicago e professor de Neurologia da Universidade de Northwestern, este fármaco poderá ser uma nova opção para este grupo de pacientes.

Actualmente, o Relistor está autorizado na União Europeia para o tratamento da obstipação induzida por opióides em doentes com doença avançada, submetidos a cuidados paliativos, quando a resposta à terapêutica usual com laxantes não for suficiente.

[FARMACIA.COM.PT, 12 MAIO 2009]

Cancro: Problemas renais aumentam risco da doença em homens idosos

Segundo um estudo publicado no “Journal of the American Society of Nephrology”, os homens mais velhos que têm uma redução moderada na função renal aparentam ter um risco superior de desenvolver cancro do pulmão e no tracto urinário. Os investigadores australianos avaliaram mais de três mil pessoas com idades compreendidas entre os 49 e os 97 anos, constatando que os homens que tinham a doença tinham uma maior ocorrência de cancro, um facto que não foi constatado nas mulheres. Os resultados revelaram ainda uma taxa anual de 23 casos por mil entre os homens com problemas renais, e de 17 mil homens sem a doença, sendo que o risco de cancro urinário e pulmonar aumentava à medida que a função renal piorava, alcançando até três vezes maior risco. A doença renal crónica atinge cerca de 20% da população masculina, sendo por isso fundamental desenvolver uma estratégia que vise a redução dos riscos de cancro na população geral.

[FARMACIA.COM.PT, 22 MAIO 2009]

CANCRO DA MAMA

Utilização de certos antidepressivos mais tamoxifeno aumenta a recorrência do cancro da mama

Resultados de um estudo demonstraram que as mulheres que tomaram determinados antidepressivos enquanto recebiam o fármaco oncológico tamoxifeno, para tratar o cancro da mama, tinham mais do dobro do risco de recorrência do cancro, em comparação com aquelas que apenas tomaram tamoxifeno. Os investigadores declararam que esta é a primeira vez que é feita uma análise comparativa observando diversos inibidores selectivos da recaptação da serotonina (ISRS), sendo claro que é extremamente arriscado para as mulheres tomarem muitos destes fármacos juntamente com tamoxifeno, enquanto outros não apresentam problemas. A análise retrospectiva examinou registos médicos e farmacêuticos de cerca de 1300 mulheres com cancro da mama, às quais foi prescrito tamoxifeno entre 2003 e 2005, e que foram seguidas durante uma média de 2,7 anos.

A análise inicial envolveu um grupo de 353 mulheres que estavam a tomar tamoxifeno mais um inibidor da CYP2D6 moderado a potente, o que inclui diversos tipos de inibidores selectivos da recaptação da serotonina, e um segundo grupo de 945 mulheres que estavam a tomar tamoxifeno e nenhum inibidor da CYP2D6. No geral, os resultados demonstraram que a taxa de recorrência do cancro da mama para as mulheres a utilizar um inibidor

da CYP2D6 mais tamoxifeno foi de 13,9 por cento, em comparação com a taxa de 7,5 por cento daqueles que tomaram apenas tamoxifeno. Análises posteriores demonstraram que a taxa de recorrência para as mulheres cujos tratamentos incluíam inibidores do CYP2D6 moderados a potentes, tais como a fluoxetina, a paroxetina e a sertralina, era de 16 por cento. Adicionalmente, os dados demonstraram que aquelas cujos tratamentos incluíam inibidores da CYP2D6 fracos, como o citalopram, o escitalopram e a fluvoxamina, tinham uma taxa de recorrência de 8,8 por cento, o que foi considerado não demonstrar um aumento do risco da doença. Um dos investigadores, o Dr. Robert Epstein, sublinhou que os cientistas estão conscientes de que os fármacos inibidores da CYP2D6 bloqueiam quimicamente a activação do tamoxifeno, mas esta é a primeira vez que existem evidências de que estes medicamentos estão a colocar as mulheres num risco muito mais elevado de recorrência do cancro da mama.

[FARMACIA.COM.PT, 5 JUNHO 2009]

Fármaco experimental Neratinib demonstra ser eficaz para o cancro da mama avançado

Resultados de vários estudos revelaram que o fármaco experimental neratinib, desenvolvido pela Wyeth, demonstrou ser eficaz, em combinação com outros fármacos, no tratamento das pacientes com cancro da mama HER2 positivo avançado e das pacientes com tumores sólidos dependentes do HER2. Num dos estudos, o nera-

tinib foi combinado com o trastuzumab, comercializado como Herceptin pela Roche, no tratamento de pacientes com cancro da mama HER2 positivo avançado, que apresentaram progressão do cancro após terem sido tratadas previamente com este fármaco. A taxa de sobrevivência livre de progressão, às 16 semanas, foi de 45 por cento, sendo que 7 por cento das pacientes tiveram uma resposta completa e 21 por cento demonstraram uma resposta parcial. Noutro estudo de Fase 1-2, foram administradas doses orais diárias de neratinib, que foram aumentando progressivamente de 160 a 240 miligramas, em combinação com paclitaxel intravenoso, comercializado como Taxol, Abraxane, Paxene ou em versões genéricas. As pacientes com tumores sólidos (endométrio, colo do útero, colo-rectal e esófago) participaram na primeira parte do ensaio, sendo que na segunda apenas foram incluídas as pacientes com cancro da mama metastático HER2 positivo. A taxa de resposta, às 16 semanas, foi de 63 por cento.

De acordo com o director médico da Wyeth, o Dr. Gary Stiles, o neratinib, em combinação com estas terapias, é activo e tolerado no tratamento das patologias HER2 positivas, incluindo nas mulheres cujos tumores tinham progredido enquanto estavam a receber outros tratamentos direccionados.

[FARMACIA.COM.PT, 8 JUNHO 2009]

TUMORES HEMATOPOIÉTICOS

Fármacos já desenvolvidos poderão ajudar a tratar a leucemia

Um estudo da Faculdade de Medicina da Universidade de Massachusetts, em Worcester, revelou que fármacos que já estão desenvolvidos poderão servir para o tratamento da leucemia. Na investigação, publicada na edição digital da revista científica "Nature Genetics", os investigadores demonstraram que um medicamento para a asma revelou ser um tratamento efectivo para a leucemia mielóide crónica (LMC) em ratos.

Os investigadores explicaram que uma alteração genética nas células da leucemia, essencial para a sua proliferação, também as torna vulneráveis perante um determinado tipo de fármacos. A investigação incidiu assim nas células específicas que poderão ser utilizadas como alvos farmacológicos no tratamento de determinados tipos de leucemia. Os investigadores, liderados pelo Dr. Shaoguang Li, utilizaram um modelo em ratos da leucemia mielóide crónica (LMC) causada por uma mutação do gene de fusão BCR/ABL, que funde dois genes como sucede na leucemia humana.

Os resultados demonstraram que os ratos com esta mutação, mas que não tinham um terceiro gene, denominado araquidonato 5-lipoxygenase (5-LOX), não sofriam de leucemia. Este gene processa ácidos gordos essenciais em leucotrienos, que são agentes importantes na resposta inflamatória. Contudo, os

investigadores revelaram ainda que o 5-LOX tem um lado mais sinistro, visto ser vital para o desenvolvimento e manutenção das células estaminais cancerígenas. Dados já terem sido desenvolvidos fármacos que se dirigem ao funcionamento da 5-lipoxigenase, os investigadores avaliaram um destes e descobriram que prolongava a vida dos ratos com leucemia, sem deteriorar a produção de células sanguíneas normais. Os investigadores trataram os ratos com LMC com zileuton (não aprovado em Portugal), um medicamento para a asma que inibe o caminho da inflamação do 5-LOX, assim como com imatinib, conhecido como Glivec, actualmente o medicamento mais efectivo para a leucemia. O imatinib tratou efectivamente a leucemia, mas o zileuton, um inibidor da síntese de leucotrienos, foi mais efectivo. Os dois fármacos combinados forneceram um efeito terapêutico ainda melhor. A investigação demonstrou que é possível empregar um método que se dirija especificamente às células progenitoras, que iniciam este tipo de leucemia, em vez de se dirigir à massa de células cancerígenas.

[FARMACIA.COM.PT, 8 JUNHO 2009]

Estudo: Nilotinib demonstra ser eficaz em pacientes com leucemia mielóide crónica

Resultados de um estudo revelaram que 96 por cento dos pacientes com leucemia mielóide crónica (LMC) tratados com nilotinib mantiveram uma boa resposta ao tratamento, após um ano, altura em que se produziu uma intensa redução da quantidade da proteína

anormal que provoca a doença. O estudo, dirigido pelo Grupo Italiano de Doenças Hematológicas do Adulto (GIMEMA, sigla em italiano), envolveu 73 pacientes recém-diagnosticados que estavam numa fase crónica inicial e que receberam o nilotinib, comercializado como Tassigna pela Novartis, como tratamento de primeira linha. Após 12 meses de tratamento, 96 por cento dos pacientes tinham alcançado uma resposta citogenética completa (RCC) e 85 por cento atingiram uma resposta molecular maior (RMM). Estes dados indicam uma redução mais rápida da carga da doença, em comparação com os dados observados nos estudos anteriores com o imatinib, comercializado como Glivec também pela Novartis. De acordo com o investigador principal, o Dr. Gianantonio Rosti, estes dados positivos sugerem que, no futuro, o Tassigna poderá oferecer aos pacientes uma nova opção de tratamento de primeira linha.

Além de ter sido geralmente bem tolerado, a maioria dos eventos adversos que estes pacientes sofreram foram de categoria leve ou moderada. O Tassigna está delineado especificamente para inibir a actividade da tirosinacinaase Abl da oncoproteína Bcr-Abl, a proteína anormal responsável pela produção incontrolada de glóbulos brancos, que ocorre nos pacientes com LMC, assim como as mutações da Bcr-Abl, de forma mais efectiva do que o Glivec. De facto, actualmente o nilotinib está aprovado em mais de 65 países para o tratamento de pacientes adultos com LMC em fase

crónica ou acelerada, resistentes ou intolerantes ao tratamento anterior.

[FARMACIA.COM.PT, 10 JUNHO 2009]

CANCRO PEDIÁTRICO

Novo fármaco para cancro cerebral raro demonstra-se promissor

Em estudos pré-clínicos, investigadores norte-americanos descobriram que um novo fármaco oncológico reduz, em cerca de 75 por cento, o crescimento do neuroblastoma, um tipo raro de cancro cerebral que ocorre com mais frequência nas crianças. O Dr. Alejandro Levy, do Hospital de Oncologia Pediátrica do Centro Oncológico MD Anderson, em Houston, referiu que o fármaco 3-BrOP, desenvolvido no centro, reduziu o crescimento do tumor em mais de 75 por cento como agente único. O estudo, conduzido em células de neuroblastoma humanas transplantadas para ratos, demonstrou como o 3-BrOP, um inibidor da glicólise, matou à fome as células cancerígenas ao desligar a sua principal fonte de energia, a glicose.

O Dr. Levy referiu que os investigadores descobriram que as células do neuroblastoma, ao contrário das células saudáveis, são altamente dependentes da glicólise para terem energia, em vez de outros meios mais eficientes de produção de energia. A glicólise é um processo que decompõe o açúcar para produzir energia, por isso, ao bloquear o processo com o 3-BrOP, é possível impedir que os tumores produzam energia e isto interrompe a sua capacidade de crescer.

[FARMACIA.COM.PT, 27 ABRIL 2009]



**Com apenas 3 dias
de tratamento por ciclo¹**

EMEND[®]
(aprepitante, MSD)

Protecção contra a Emese Aguda e Tardia

Durante 5 dias¹

Ciclo após Ciclo²

**O regime com EMEND[®] é recomendado como
PRIMEIRA LINHA PARA A PREVENÇÃO DE NÁUSEAS E VÓMITOS
agudos e tardios pelas linhas de orientação
das principais associações internacionais³⁻⁶**

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



MSD

www.msd.pt
www.univadis.pt

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

OUT-2009 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-iii112.

Antes de prescrever EMEND[®], por favor consulte o Resumo das Características do Medicamento. Medicamento Sujeto a Receita Médica. Para mais informações contactar o Itinerário 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 corticosteroídeo antagonista da 5-HT₃ 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, rinorria 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, polaciúria, 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 ^{cápsulas}
malato de sunitinib



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

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

POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO A terapêutica deve ser iniciada por um médico experiente no tratamento do carcinoma de células renais ou de GIST. A posologia recomendada de SUTENT é uma dose oral diária de 50 mg tomada durante 4 semanas consecutivas, a que se segue um período de repouso de 2 semanas (esquema de tratamento 4/2), completando um ciclo de 6 semanas. Podem ser aplicados ajustes de dose em intervalos de 12,5 mg com base na segurança e tolerabilidade individuais. A dose diária não deve exceder os 75 mg nem ser reduzida abaixo dos 25 mg. A co-administração de indutores ou inibidores potentes da CYP3A4 deverá ser evitada. A segurança e eficácia em doentes pediátricos não foram estabelecidas. Não se observaram diferenças significativas relativas à segurança ou efectividade entre os doentes mais novos e os doentes mais velhos. Não é recomendado ajuste de dose quando se administra SUTENT a doentes com insuficiência hepática ligeira a moderada (classes A e B da classificação Child-Pugh). O SUTENT não foi estudado em doentes com insuficiência hepática classe C da classificação Child-Pugh. Não foram realizados estudos clínicos em doentes com diminuição da função renal. SUTENT pode ser tomado com ou sem alimentos.

CONTRA-INDICAÇÕES Hipersensibilidade ao malato de sunitinib ou a qualquer um dos excipientes. **EFEITOS INDESEJÁVEIS** Os acontecimentos adversos graves mais importantes relacionados com o tratamento, associados ao tratamento com SUTENT de doentes com tumores sólidos foram: embolia pulmonar, trombocitopenia, hemorragia tumoral, neutropenia febril e hipertensão. Os acontecimentos adversos mais frequentes, de qualquer Grau, relacionados com o tratamento (ocorridos em pelo menos 20% dos doentes), incluíram: fadiga, doenças gastrointestinais, tais como diarreia, náuseas, estomatite, dispepsia e vômitos; alteração da coloração cutânea; disgeusia e anorexia. Os acontecimentos adversos relacionados com o tratamento mais frequentes, de gravidade máxima Grau 3, foram a fadiga, a hipertensão e a neutropenia, e o aumento da lipase foi o acontecimento adverso relacionado com o tratamento mais frequente, de gravidade máxima Grau 4, em doentes com tumores sólidos. Ocorreu hepatite e insuficiência hepática em <1% dos doentes e prolongamento do intervalo QT em <0,1%. Os acontecimentos fatais que foram considerados possivelmente relacionados com SUTENT incluíram falência orgânica multi-sistémica, coagulação intravascular disseminada, hemorragia peritoneal, 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, hipotiroidismo, diminuição do apetite, alterações do paladar, cefaleias, hipertensão, diarreia, náuseas, vômitos, estomatite, dispepsia, dor abdominal/distensão, flatulência, dor na cavidade oral, pele amarela/alteração da coloração cutânea, síndrome da eritrodismestesia palmo-plantar, alterações da coloração do cabelo, erupção cutânea, dor nas extremidades/membros, fadiga/astenia, inflamação das mucosas, edema; frequentes (>1/100 ou <1/10) leucopenia, linfopenia, parestesias, tonturas, neuropatia periférica, 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, hipotiroidismo, alterações do paladar, cefaleias, hipertensão, epistaxis, diarreia, náuseas, dispepsia, estomatite, vômitos, dor abdominal, obstipação, glossodinia, flatulência, dor na cavidade oral, xerostomia, síndrome da eritrodismestesia palmo-plantar, coloração amarela/alteração da coloração cutânea, erupção cutânea, secura cutânea, alteração da coloração do cabelo, alopecia, dor nas extremidades, fadiga/astenia, inflamação das mucosas, edema, diminuição da fracção de ejeção, diminuição do peso; frequentes (>1/100 ou <1/10) leucopenia, linfopenia, aumento da secreção lacrimal, edema da pálpebra, diminuição do apetite, desidratação, tonturas, parestesias, neuropatia periférica, hipostesia, hiperestesia, rubor, afrontamentos, dispepsia, dor faringolaríngea, tosse, disfonia, secura nasal, dispneia de esforço, congestão nasal, efusão pleural, refluxo gastroesofágico, distasia, queilite, hemorragia gengival, hemorroidas, proctalgia, úlcera mucosa, desconforto gástrico, hemorragia rectal, eritema, dermatite esfoliativa, prurido, edema periorbital, dermatite, lesão cutânea, alteração da coloração das unhas, bolhas, reacção cutânea, hiperqueratose, acne, artralgia, mialgia, espasmos musculares, dor de costas, 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: Frequente: aumento da concentração da hormona estimulante da tiróide (TSH); Pouco frequentes: falência cardíaca, falência cardíaca congestiva, falência ventricular esquerda, pancreatite e falência hepática; Raros: prolongamento do intervalo QT, tordade de pontos e perfuração gastrointestinal. Foram ainda notificados casos de 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, hipertiroidismo, alguns dos quais seguidos por hipotiroidismo, 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