

NÚMERO 08 • PRIMAVERA 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@dix.pt

Cristina Costa
Oncologia Médica, IPO Lisboa
krystynakosta@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

Patrícia Sanches Salles
Rosiani de Cássia Castro
Maria de Fátima Rodrigues Francisco

Ana Cristina Nunes

Liliana Amorim
M^a 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 MORTE COMO UM PROCESSO DE "CUIDAR"

Carla Oliveira

07 A "MORTE PROGRAMADA" NOS CUIDADOS INTENSIVOS:

REALIDADE DA BÉLGICA

Patrícia Pampulim

14 SERÁ O OPTIMISMO UMA MAIS-VALIA NA DOENÇA ONCOLÓGICA?

Liliana Amorim, M. Graça Pereira

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

22 TRABALHO DA AEOP SELECIONADO ENTRE OS 8 MELHORES POSTERS APRESENTADOS AO ICACT

REUNIÃO ONCOLOGIA PRIMAVERA - ÉVORA, 27 E 28 MARÇO 2009

AEOP LANÇA O GRUPO DE TRABALHO SOBRE CANCRO DA MAMA

PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM ENSAIOS CLÍNICOS

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

PARECERIA AEOP/GRUPO DE ESTUDOS CANCRO DO PULMÃO (GECF)

2ª REUNIÃO NACIONAL: 22, 23 MAIO 2009

INVESTIGAÇÃO

24 PROGRAMA NACIONAL PIGART

Patient Information about GIST and Renal Carcinoma Treatment

25 PROGRAMA NACIONAL ART

Anemia Registry and Transfusions

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

26 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em www.aeop.net

Utilizando uma frase de Shakespeare, "há os que nascem grandes e outros que conquistam a grandeza", assumimos construir essa "grandeza" com a revista Onco.news de forma a contribuir para aquilo que foi projectado á dois anos atrás. Florence Nightingale, pioneira e uma referência para todos os que abraçam a enfermagem, poderá não ter nascido grande, nem ter sido considerada como tal na época, por conotações menos positivas associadas ao papel que desempenhava, mas soube com a sua inteligência e persistência demonstrar a importância do que fazia e o porquê do que fazia, dando assim o primeiro passo na ascensão de uma actividade assistencial de relevante valor técnico e científico. E se Florence, nascida em 1820, com os recursos limitados e com a resistência à atribuição de um papel mais marcante da mulher na sociedade da época, teve a visão necessária para contrariar dificuldades e se elevar a um patamar superior à de outros, nós, como seus "seguidores", não podemos diminuir o seu contributo. Apostando na qualidade e nas evidências do que fazemos no dia-a-dia, estes artigos que vamos publicando demonstram a importância do papel do enfermeiro na sociedade e a sua sensibilidade a temas muitas vezes incómodos e de difícil análise.

Iniciamos esta edição com um artigo que nos descreve, na perspectiva do autor, a experiência do "cuidar na morte" numa unidade de cuidados intensivos de um hospital da Bélgica, onde a forma de interpretar a morte e os seus diferentes aspectos têm vindo a ser largamente debatidos. Para além deste artigo, um outro, investigacional, analisa a relação entre o optimismo e morbidade psicológica. A autora aborda a importância que devemos dar à capacidade de ver a doença de forma positiva na vertente psicológica do indivíduo e a relação que essa visão tem com o suporte social.

Como tem sido habitual nos anteriores números, relembro a vantagem em consultar o site www.aeop.net, onde poderá encontrar informação actualizada semanalmente sobre o que de mais importante acontece na Oncologia. Neste site, a AEOP mantém ainda actualizações sobre os novos Grupos de trabalho específicos (Workgroups), nos quais se poderá inscrever. Pode ainda obter informações sobre os dois prémios Excelência 2009: um na "Publicação de artigos de investigação em enfermagem oncológica" e outro relacionado com a "Contribuição para a qualidade dos cuidados em oncologia". Estes prémios têm, respectivamente, apoios da MSD e da Pfizer e serão entregues em 2010, durante a Reunião Nacional da AEOP. Fica a aqui o repto para os colegas concorrerem e apresentarem aquilo que melhor se faz e se escreve em enfermagem oncológica.

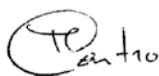
Chamo a vossa atenção para a 2ª Reunião Anual da AEOP, a decorrer em 22 e 23 de Maio no Porto onde, como podem verificar pelo programa, a aposta é mais uma vez numa reflexão inovadora sobre a prática de enfermagem e em actividade criativas que fomentem a participação de todos os congressistas. Haverá a Assembleia-geral da AEOP no dia 22, à margem da Reunião científica, tendo como um dos pontos principais a eleição dos novos corpos sociais para o biénio 2009-2011. Será mais um passo importante na manutenção do percurso da nossa organização, que queremos que seja de melhor qualidade, que dignifique os enfermeiros que trabalham em oncologia e seja uma organização aberta, um espaço de discussão e de partilha das melhor práticas em Oncologia. Contamos com a presença de todos os nossos associados.

Queria aqui destacar, pela sua importância na estratégia das actividades futuras da AEOP, a parceria estabelecida com o Grupo de Estudos do Cancro do Pulmão (GECp). É mais uma iniciativa nossa que vai permitir

dinamizar a actividade científica dos enfermeiros que contactam directamente com o doente com cancro do pulmão. É uma boa oportunidade para se criar o grupo de trabalho específico nesta área - AEOP Cancro Pulmão. A dinamização dos grupos específicos de trabalho dentro da AEOP será a prioridade para as actividades de 2009.

Dando continuidade a um pedido expresso no início do lançamento da Onco.news, divulgamos pela primeira vez um artigo de opinião, o qual se debruça sobre uma temática que nos é tão próxima e motivo de controvérsia frequente nas conversas informais que produzimos diariamente – o contexto da morte. Talvez pela sua singularidade e por todas as nuances que acarreta, é um assunto que necessariamente está rodeado de tabus e falsas certezas, pelo que a autora faz algumas considerações sobre a dualidade de formação pessoal/ formação profissional. Talvez este artigo sirva para nos trazer uma nova perspectiva sobre o assunto.

Termino, desejando encontrá-lo(a) no Porto no próximo dia 22 durante a nossa Reunião Anual.



Mónica Castro
Coordenação Editorial
(Castron3@sapo.pt)

A MORTE COMO UM PROCESSO DE “CUIDAR”

Carla Oliveira

Pós-graduada em Bioética
Especializada em Enfermagem de Reabilitação
Enfermeira, Centro Hospitalar Médio-Ave – Unidade de Santo Tirso

“A sociedade esconde a morte ou será que vivemos uma época da morte institucionalizada”

No exercício da minha actividade profissional, e talvez porque a exerço num serviço de Medicina, o contacto com doentes em fase terminal é uma realidade. Nes-

te contexto, todas as experiências e dúvidas que daí advêm constituem motivo para reflexão.

A morte nas instituições, particularmente nos nossos hospitais, representa uma das consequências da evolução da sociedade. Os cuidados de acompanhamento ao doente em fase terminal representa uma responsabilidade para os profissionais de saúde e, talvez consequência desta realidade, as minhas vivências em relação ao “modo de morrer” que são proporcionadas aos doentes geram-me dúvidas, receios e muitas vezes angústias.

Será ambicioso pensar que é fundamental reflectir na nossa actividade diária, como procedemos neste “processo de morrer”? Ou se trata de uma análise despropositada?

O meu pensamento conduz-me até mais longe, se calhar até demais!

Quem analisa esta temática não será muitas vezes rotulado e identificado num padrão de comportamento anormal, patológico até, no discurso dos mais insensíveis e atrevidos!

Porém, dou por mim inúmeras vezes, em situações reais, angustiada a reflectir no assunto... Os meus pensamentos sobre a fragilidade da vida e a corrida vertiginosa do tempo são tão frequentes como as situações em que me deparo com doentes em fase terminal no exercício da minha profissão.

É inegável o carácter social da morte, no entanto, o processo em si mesmo adquiriu (particularmente a partir dos anos 80) um conjunto de características modificadas, talvez fruto duma ética de sociedade utilitarista e consumista.

Pergunto: a sociedade esconde a morte ou será que vivemos uma época da morte institucionalizada, forma subtil de transferir a responsabilidade dos cuidados ao doente terminal, que foi outrora inteiramente da família, delegado para as instituições públicas, particularmente os hospitais. Paulatinamente e infelizmente, no meu humilde ponto de vista, é este o cenário actual. Assistimos a uma rápida evolução do papel da mulher na sociedade, dos estilos de vida cada

vez mais orientados por vectores consumistas, conduzindo assim os aspectos espirituais para um plano secundário. Embora neste momento a sociedade esteja mais preocupada e ofereça mais condições e apoios para que alguém da família cuide dos seus doentes, frequentemente as pessoas referem, no aspecto prático da questão, expressões como: "Não posso, não tenho tempo!", "Não posso deixar de trabalhar!"...

Segundo Oliveira (1998), "Antes morria-se em casa, quase ritualmente, hoje morre-se cientificamente, no hospital, às escondidas da família, rodeado de silêncio mortal, e o morto não entra em casa (...)"

É notório que os doentes em fase terminal têm um contacto privilegiado com os profissionais de saúde. Num contexto pluridimensional, pertence-lhes a missão de eliminar a noção de que "Já não há nada a fazer!" e adoptar uma postura assente numa base científica e humana para que se proporcione o máximo de qualidade de vida possível ao doente, integrando o controlo de sintomas, a comunicação adequada e o apoio à família.

De momento emerge no meu pensamento outra questão: "Será necessário educar e formar os profissionais de saúde para cuidar do doente em fase terminal?"

São muitas as vezes que em situações de terminus de vida me questiono sobre o que será ético ou não fazer. Os hospitais estão dotados de equipamentos cada vez mais sofisticados, de programas de investigação de alto nível, mas verifico que a humanização não acompanhou esta evolução.

Felizmente são muitos os profissionais conscientes disto, mas assumem deficit de formação e de aprendizagem do que é "Cuidar do outro".

Não tendo conhecimento da realidade total do país, a experiência de trabalho num serviço de medicina, bem como o diálogo frequente destas questões com diferentes profissionais de saúde leva-me a concluir que talvez a preocupação exagerada do tratar, vinda do modelo Biomédico, relegue inevitavelmente para segundo plano o "Cuidar"! Este facto conduz à falta de sensibilidade, interesse e empenho no desenvolvimento de competências específicas para a prestação de cuidados de conforto ao doente terminal.

Segundo a Dr.^a Isabel Neto, cuidados paliativos são "cuidados globais prestados aos doentes com doença avançada, incurável, numa fase progressiva, sem resposta à terapêutica curativa, respeitam o processo natural de morrer e por isso mesmo constituem um imperativo ético". Partindo desta definição abrangente e da realidade que conhecemos, parece-me necessário

formar os profissionais de saúde para os princípios básicos que emergem da ideia anterior. O princípio da não-maleficência deverá representar um importante factor na oposição à tão conhecida e

frequente "Obstinação Terapêutica". Assume-se como uma atitude sensata de uma equipa multidisciplinar fazer uma avaliação global das necessidades biológicas, psicológicas, sociais e culturais de cada pessoa, atendendo às particularidades em cada situação. Estes simples pormenores são aspectos

basilares que necessitam urgentemente de uma gestão equilibrada num contexto pluridisciplinar.

O acompanhamento e a assistência global a alguém em fase terminal, sem esquecer a família, representam um desafio em várias vertentes de trabalho em equipa, tendo como máxima a preservação da dignidade humana!

Assim, cuidar da pessoa em fase terminal consiste (conferência sobre Eutanásia e Cuidados Paliativos, 2002) em garantir que esta: (1) seja mantida livre de dor tanto quanto possível e que o sofrimento seja cuidado; (2) receba continuidade de cuidados e não seja abandonada; (3) tenha controlo quanto for possível no que se refere a informação e decisão a respeito do seu tratamento; (4) seja ouvida e acolhida como pessoa em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores de fé e esperanças; (5) tenha possibilidade de escolher se despedir da vida onde ela achar melhor (Pessini, 1991). Neste sentido, é imperioso que todo o acompanhamento seja feito com espírito solidário e com o máximo de solicitude por parte dos profissionais.

Embora os sintomas dor e sofrimento surjam frequentemente associados, na realidade representam fenómenos distintos. Enquanto o primeiro se constitui como experiência sensorial e emocional, o segundo representa um sentimento de impotência perante essa mesma situação.

A dor, enquanto experiência que mais vulgarmente desencadeia sofrimento, exige particular atenção, enquadrada numa abordagem planeada e pluridisciplinar.

Defronto-me frequentemente com a "ideologia" das prescrições em S.O.S., ou seja, administrar terapêutica analgésica quando a dor já está instalada, quando a pessoa sofre. A

"Será necessário educar e formar os profissionais de saúde para cuidar do doente em fase terminal?"

intervenção farmacológica que poderia ser eficaz deixa de o ser, na medida em que proporciona o alívio da dor mas numa fase tardia, sem que o doente deixe de viver uma experiência dolorosa no sentido lato da palavra.

Outra ideia importantíssima é referida no ponto quatro – “Seja ouvido e acolhido como pessoa em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores de fé e esperanças”. Penso que me sinto uma privilegiada para dar resposta a esta

necessidade do doente, pois pertenço ao grupo profissional que mais momentos vivem com os doentes. Através dum sorriso, de um olhar, de um aperto de mão posso proporcionar um momento de paz, um minuto de segurança, um tempo indefinido de tranquilidade para aquele que cuida e que encontra em mim uma esperança.

Admito que em muitas situações, é difícil!

Não podemos permitir mortes sem afecto, sem acompanhamento, sem diálogo e marcadas pela solidão. Todos nós, teremos de realizar um esforço conjunto para que o processo de morrer não seja uma banalidade e para que a Medicina Paliativa faça parte dos serviços de Medicina, de Cirurgia, de Oncologia, enfim, de todos os serviços onde hajam situações de doenças crónicas e/ou fases terminais. Só assim impediremos os ideologistas que percorrem uma linha hedonista ou utilitarista, que buscam o prazer e fogem à dor, reclamando a eutanásia como solução.

“Seja ouvido e acolhido como pessoa em seus medos, pensamentos, sentimentos, valores de fé e esperanças”

Na opinião de Serrão (1996), a eutanásia, enquanto “acto intencional, praticado por uma pessoa a pedido de outra” é passível de ser defendida se nos basearmos em ar-

gumentos utilitaristas, dado que em muitos casos o sofrimento é de tal forma intenso e continuado, desencadeando a ausência de qualidade de vida conduzindo as pessoas ao desespero total. É preciso ter o discernimento para pensar que a eutanásia acaba com o que sofre e não com o sofrimento!

Todos temos o direito a morrer e a ser ajudados a morrer com dignidade!

Nós, profissionais, temos um longo e árduo caminho a percorrer de forma a controlar estas situações. E não basta só motivação, é preciso formação específica e muita sensibilidade.

A questão do pedido de cessação de vida deve ser repensada, devendo antes ser reclamado o direito do ser humano à morte com dignidade. E se assim for, os pedidos de eutanásia serão certamente inexistentes!



A "MORTE PROGRAMADA" NOS CUIDADOS INTENSIVOS: REALIDADE DA BÉLGICA

Patrícia Pampulim⁽¹⁾

Enfermeira, Unidade de Transplantação de Progenitores Hematopoiéticos
Instituto Português de Oncologia, FG EPE de Lisboa
[patricia_pampulim@hotmail.com]

A "morte programada" é uma realidade nos serviços de emergência, como são os de cuidados intensivos. A Bélgica, em 2002, foi o primeiro país europeu, e o segundo do Mundo, a despenalizar a eutanásia. Talvez por este motivo, as famílias, embora sofrendo, tomem rapidamente uma decisão relativamente a questões de suspensão de tratamentos/terapêuticas. A população belga parece estar assim mais deserta para estas problemáticas e confronto de decisões.

Em todo este processo o enfermeiro tem um papel preponderante na avaliação da evolução do estado de saúde do doente, na comunicação com os restantes membros da equipa e no apoio à família.

Tratar-se-á sempre de situações difíceis de decidir, tanto para a equipa como para a família do doente, e por isso estas situações requerem uma reflexão ética/moral constante, tendo sempre como primado o respeito e a dignidade do ser humano.

PALAVRAS-CHAVE: Morte; Eutanásia; Enfermeiro; Unidade de Cuidados Intensivos.

ABSTRACT: The "programmed death" is a reality in intensive care units. Belgium, in 2002, was the first European country and the second on the World to accept the euthanasia.

The families, even suffering, quickly decide about questions of treatment/therapeutic suspension. Thus, the Belgian population seems to be more aware of this problematic and decisions confrontation.

According to this, nurses play an important role on the evaluation of the patient health state evolution, in the communication between the other team members and in the support of the patient family.

There always will be difficult decisions to be made, for the health care teams and for the patient family, requiring a constant ethical/moral reflection, having always in sight the respect and the dignity of the human being.

KEYWORDS: Death; Euthanasia; Nurse; Intensive Care Units.

⁽¹⁾ Experiência durante o ensino clínico da Unidade Soins Intensifs CHR de la Citadelle, Belgique. Artigo escrito sob orientação da Prof. Cândida Durão.

INTRODUÇÃO

A morte é um tema de extrema delicadeza. É uma palavra com uma conotação negativa, com muito peso psicológico e todos têm receio de dizer: Morreu alguém? Está às portas da morte? Faleceu? Perguntas que se fazem e para as quais não se quer obter respostas.

Mas, na Bélgica, este tema tem sido muito abordado pela sociedade! Hoje, a própria eutanásia está prevista na lei. Embora com alguma precaução, as pessoas abordam esta questão com mais facilidade e com maior consciência.

No artigo que aqui escrevo tento analisar esta questão, dentro da realidade que encontrei na experiência de um Serviço de Cuidados Intensivos de um hospital belga: a "morte programada" na realidade hospitalar belga e como os enfermeiros agem quando confrontados com esta problemática nos Serviços de Cuidados Intensivos.

O objectivo deste artigo é de dar a conhecer uma visão da realidade diferente relativamente a esta problemática. Pretende-se também promover a reflexão sobre esta temática, uma vez que quando se reflecte aprende-se, cresce-se e visualizam-se diversos pontos de vista.

A MORTE NOS CUIDADOS INTENSIVOS: A REALIDADE DA BÉLGICA

"Morte programada": (...) "atitude que consiste em pôr fim a uma terapia curativa, desde que não exista qualquer possibilidade real de obter uma melhoria do estado de doença e que simplesmente prolongue a vida" (BAUM, 1998). A grande questão em debate e em análise é como falar de respeito, dignidade e autonomia quando retratamos "a morte programada"?

Esta temática leva a inúmeras reflexões, a inúmeras condicionantes, ideais. Será que a autonomia dos doentes e das suas famílias aumenta? Existe oposição à ideologia dos cuidados paliativos com a aceção da morte e da sua valorização espiritual?

Em conversa com o Director de Serviço dos Cuidados Intensivos do hospital (DAMAS, 2007), este referia-me que a eutanásia é uma

prática legal na Bélgica e na Holanda, os únicos países europeus que vivem esta realidade. Na Bélgica, a lei entrou em vigor a 23 de Setembro de 2002 e começou a ser praticada em Fevereiro de 2003 (DURIAUX, 2007).

Ser adulto, capaz, estar consciente e não sofrer de uma doença psíquica ou psicológica, constante e insuportável, que não sofra qualquer alteração com a terapêutica e que seja uma doença incurável são os requisitos para esta prática, neste País. Só é aplicada se o doente o solicitar, só este o pode fazer e o médico tem o dever de atender ao seu pedido.

Embora esta prática nos cuidados intensivos não se utilize, uma vez que os doentes estão impossibilitados de comunicar verbalmente, quando o tratamento não é justificado e já não faz sentido, a equipa poderá propor a suspensão dos tratamentos/terapêuticas.

O médico discute a situação do doente com a família e com a equipa que lhe presta cuidados (médicos e enfermeiros). O cônjuge e os filhos têm o poder da decisão (logo o pai e a mãe do doente, se vivos, não têm qualquer peso na decisão). Se um dos filhos não estiver de acordo não se pode suspender o tratamento.

"Mas, de uma forma geral, as famílias aceitam bem estas situações" (DAMAS, 2007). Quando as famílias não aceitam, aguarda-se. Vão-se prolongando os tratamentos para que deste modo as famílias consigam perceber/compreender a fragilidade das situações. "A equipa de saúde está para o doente e para a sua família sempre! Não somos os únicos a viver" (DAMAS, 2007).

Após 5 semanas de ensino clínico, poderei dizer que assisti a alguns destes procedimentos e que de entre estes só uma das famílias não esteve de acordo com a opinião da equipa de saúde.

Um doente, com cerca de 50 anos, fumador, deu entrada no Serviço de Urgência devido a um enfarte. Após ter sido submetido a uma reanimação muito difícil e transferido para os Cuidados Intensivos, os dados clínicos demonstraram o seu estado de coma. Não tinha qualquer oxigenação cerebral, a não ser com a ajuda do ventilador. Esteve cerca de 5 a 6 dias no Serviço. A família aceitou a opinião médica para desligar o ventilador e cerca das 9h30m do dia X a família compareceu no Serviço para acompanhar o final de vida do seu familiar (4 pessoas: a esposa, a filha e os pais). Permaneceram no





2ª REUNIÃO NACIONAL

da ASSOCIAÇÃO de ENFERMAGEM ONCOLÓGICA PORTUGUESA



22 e 23
MAIO 2009

HOTEL MELIA
Gaia Porto

COMISSÃO ORGANIZADORA

Pires de Andrade
Adelina Monteiro
Lurdes Carvalho
Maria Jesus
Fátima Figueiredo
Anabela Gama
Cristina Lacerda

COMISSÃO CIENTÍFICA

Amélia Osório
M. Jorge Freitas
Bruno Magalhães
Esmeralda Barreira
Cecília Coelho

SECRETARIADO EXECUTIVO

Veranatura

R. Augusto Macedo, 12D, Esc. 2
1600-503 Lisboa
Tel.: 217 120 778
Fax: 217 120 204
cidaliasemedo@veranatura.pt

MAJOR SPONSORS:

Roche, Pfizer, MSD, Amgen, GSK

SPONSORS:

Bayer Schering Pharma, Codan, Wyeth

APOIO:



www.aeop.net

Cuidar em Oncologia,
Reabilitar a Vida!

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 objectivo 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 ciências 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 e concurso com qualidade suficiente para essa atribuição. Nesse caso, competirá aos órgãos sociais da Associação 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 correio 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



quarto os 30 minutos que o seu familiar demorou até falecer. Realizaram-se depois os cuidados *pós-mortem* necessários, após o que a família velou por breves momentos o seu familiar.

Uma doente, com 70 anos, pós-Acidente Vascular Cerebral, transferida de outro Serviço, não respirava sozinha e a sua situação, segundo os dados clínicos, era irreversível. Após dois dias de permanência no Serviço, os médicos dialogaram com a família e esta aceitou desligar o ventilador, cerca das 14 horas do dia Y. A família acompanhou durante 2 horas a sua morte.

Uma senhora, com cerca de 80 anos teve uma paragem cardíaca no Serviço. Realizou-se reanimação com massagem cardíaca e administrou-se adrenalina. Após esta situação, falou-se com a família para saber o que se fazia caso surgisse uma próxima paragem cardíaca. A nível respiratório a senhora estava bem e a nível renal tinha uma disfunção global. A família conversou com a equipa de saúde, referindo que esta decisão a assustava muito mas que os três irmãos tinham falado com a mãe antes de esta realizar a cirurgia cardíaca programada e que esta havia referido que não queria sofrer e que se algo corresse mal eles tinham permissão para terminar com o "processo".

Um jovem, com 30 anos, ex-toxicodependente, pós-overdose, em coma tóxico, foi transferido para o Serviço. A mãe não aceitava que se terminassem os tratamentos ao seu filho, após duas semanas de internamento e sem qualquer evolução no seu estado de saúde. Compreendeu-se esta situação, continuando-se os tratamentos e aguardando-se. Tratava-se de uma decisão complicada para uma mãe, no entanto, a situação era irreversível. Após mais duas semanas de tratamentos, o jovem foi encaminhado para uma casa de repouso.

"Desta unidade de cuidados intensivos nenhum doente tem alta para o domicílio, porque a maioria não está estável a nível respiratório. Muitos destes doentes ou têm alta para outros Serviços ou acabam por falecer" (dito por enfermeiro Michel, 2007).

DAMAS (2007) refere ainda que, quando se trata de uma situação difícil ou mesmo quando a equipa de saúde não está de acordo, recorre-se à Comissão de Ética do hospital em questão, embora esta prática não seja comum. A Comissão não dá directrizes ao médico

ou ao Serviço quanto ao que se deve fazer, mas recomendações gerais e conselhos. (Nota: Cada Comissão de Ética, de cada hospital, estabelece os seus critérios para terminar os tratamentos).

Estas decisões estão relacionadas com a falência de funções cardíacas, hepáticas, renais, com o número de dias de internamento no Serviço e com a terapêutica prescrita.

Existem famílias que aceitam melhor que outras (pois têm sempre a esperança que o estado de saúde do seu familiar se modifique). As famílias sabem que esta decisão é difícil de ser tomada e que irão sofrer com ela, mas ao mesmo tempo não querem fazer sofrer os seus entes queridos.

A equipa de enfermagem tem um papel fundamental em todo este processo. Além de ser o prestador principal dos cuidados, conhecendo deste modo o doente muito bem, ajuda no esclarecimento da restante equipa de saúde sobre a situação do doente, comunica diariamente com a família, conhecendo os seus receios, medos e também as suas vontades.

De acordo com a experiência vivida neste Serviço, no momento da morte o enfermeiro poderá ainda proporcionar um ambiente tranquilo, um ambiente em que a família possa estar reunida para acompanhar este momento difícil. Quando possível, o doente permanece sozinho no quarto e reúnem-se cadeiras para os seus familiares se sentarem e o acompanharem.

Após serem prestados os cuidados ao corpo, tenta-se ainda proporcionar que a família regresse novamente ao quarto para velar o seu familiar. Fala-se ainda um pouco com a família no sentido de a acompanhar no que for necessário.

Mas o enfermeiro não comunica as suas vivências com a morte. Há todo um silêncio à volta deste tema. Comigo, enquanto estagiária, também não se faziam comentários. Apenas se sentia um clima pesado nestes dias.

ANTUNES (2006) aborda este tema, em que os profissionais de saúde estão em permanente confronto com os seus próprios limites, causando-lhes choque e desconforto (o limite do biológico e do cultural). Queremos ou não olhar a morte de frente? É difícil aceitar a morte mas também é difícil adoptar atitudes perante

a morte e o processo de morrer. Não há diálogo sobre isso, vive-se a morte individualmente e isoladamente sem exteriorização de sentimentos.

O ignorar, o receio da morte, o horror, a dor, o sofrimento e a tristeza que se associam à morte são sentimentos partilhados pela generalidade das pessoas.

Apenas se fala o estritamente necessário, ou com os médicos e a restante equipa de enfermagem, ou com a família, em que não se restringe o diálogo sobre o tema. É um tema necessário neste Serviço e em que a família carece de saber pormenores.

As famílias dos doentes belgas e a comunidade em geral estão mais despertas para estes momentos de crise, assumindo de melhor forma as diferentes situações. O facto da eutanásia ser permitida neste País penso que seja um factor preponderante, fazendo com que haja uma visão mais ampla sobre estas questões e haja assim uma decisão mais rápida que tem em vista o doente e o seu bem-estar no fim de vida, pensando no seu sofrimento.

Relativamente à eutanásia, a população belga assume com muita preocupação e atenção a designada *declaração antecipada* (VERWILGHEN, Artº.4, 2002). Esta pode ser realizada por todos os doentes em maioridade, capazes, que não podendo satisfazer a sua vontade em algum momento, podem escrever uma declaração para que um médico pratique a eutanásia quando constate que exista uma afecção acidental ou patológica grave e incurável, em que o declarante esteja inconsciente e que essa situação seja irreversível segundo o estado actual da ciência.

Esta declaração pode designar uma ou mais pessoas de confiança, maiores, classificadas por ordem de preferência, que na altura necessária poderão colocar o médico ao corrente da vontade do doente. O médico que trata o doente, o médico consultado ou a equipa de cuidados não podem ser designados como pessoas de confiança para este fim (VERWILGHEN, 2002).

Esta declaração pode ser realizada a qualquer momento na vida de uma pessoa de maior idade, na presença de duas testemunhas maiores e deve ser datada e assinada pelo declarante. Se a pessoa que pretender realizar esta declaração antecipada estiver numa situação de incapacidade física permanente de redigir e de

assinar, a declaração pode ser escrita por uma outra pessoa da sua confiança desde que não tenha nenhum interesse material quanto ao declarante. Conjuntamente é necessário um atestado médico que certifique a incapacidade física permanente do doente. A sua validade é de cinco anos e pode ser retirada ou reformulada a qualquer momento.

Todos os casos que acima retratei confrontaram-me com uma realidade impressionante, não só pela situação das pessoas, que ainda reagem a estímulos de dor, como pela rapidez de todo o processo. Casos onde já não existe terapia e apenas se adia a morte inevitável. Um caso de pedido antecipado (*declaração antecipada*) dos doentes para "pôr fim" à sua vida, outras vezes em consenso familiar e da equipa de saúde, são casos de extrema complexidade.

Muito embora "a conferência internacional das Ordens dos Médicos, em 1976, refira que a partir do momento que o estado de doença seja desesperante, é lícito terminar os tratamentos que não farão mais que prolongar a agonia ou um coma de um doente" (BAUM, 1998), para o próprio cuidador trata-se de decisões muito difíceis, começando por pensar no significado do cuidar: Cuidador é "aquele que duvida, que acompanha, que escuta e que faz o curativo." (HESBEEN, 2004) e "Cuidar significa a atenção especial que iremos dar a uma pessoa, vivendo uma determinada situação, tendo em vista prestar-lhe ajuda, contribuir para o seu bem-estar, promovendo a sua saúde" (HESBEEN, 2004). Não estaremos a cuidar de alguém e a proporcionar-lhe bem-estar quando pensamos no sofrimento do outro? Não seremos egoístas quando não queremos pensar na morte?

Por outro lado, estas "mortes planeadas" são de extrema dureza e, como tal, teremos também que reflectir muito bem nas questões éticas e morais?

Por um lado, o respeito pela pessoa e pelo seu estado biológico (que já não existe), por outro, uma atitude moralista de pensamento colectivo e de sentimentos de dor e de sofrimento. Questão ética porque tem a ver com o equilíbrio entre a protecção da vulnerabilidade do doente e a protecção da sua autonomia de decisão. O respeito da autonomia do doente, a responsabilidade médica e o consenso social.

”Desligar” ou suspender algumas terapêuticas, realiza-se em nome de uma prioridade que é a qualidade de vida, não estando relacionada com nada mais.

Penso que se tratará sempre de uma decisão muito difícil, embora se trate de uma realidade constante das famílias e da equipa de cuidados.

Afinal falamos do ”direito de morrer dentro da dignidade” porque ”esse é um direito que nos deve ser assistido”. PAULA da SILVA, Presidente do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2007), refere mesmo que o ideal seria cada um dos cidadãos belgas deslocar-se à conservatória para escrever uma declaração antecipada do que pretende para si. Não será?

CONCLUSÃO

Neste texto abordaram-se algumas temáticas subjacentes a um tema tão vasto como é o da ”morte programada”, tendo por base uma experiência realizada no âmbito do programa Sócrates/Erasmus de mobilidade de estudantes.

Questionou-se o contributo que pode ter sido a legalização da eutanásia na Bélgica quanto a uma visão mais ampla sobre a morte e na tomada de decisões tão difíceis como estas por parte da população em geral. Sabemos que a eutanásia, na maioria dos casos, não é praticada nos Serviços de Cuidados Intensivos dada a dificuldade de comunicação dos doentes internados.

Contudo, fazem-se por vezes declarações antecipadas (também previstas na lei) de modo a que o doente possa ter autonomia quanto ao seu fim de vida.

Retrataram-se ainda algumas experiências vividas em ensino clínico quanto à prática de suspensão de tratamentos/terapêuticas em cuidados intensivos, assim como da importância do enfermeiro em todo o processo, mas também do seu silêncio face a esta temática.

Questionei por último o ”Cuidar” e as questões éticas que se podem colocar em torno de todo este processo.

BIBLIOGRAFIA

- ANTUNES, Lina – Apontamentos das aulas de Sociologia, 3.º ano. Lisboa, 2005/2006.
- BAUM, Mylène (1998) – *Acharnement Therapeutique et Euthanasie* [Em linha], [Consult. 5 Fev. 2007]. Disponível em www.md.ucl.ac.be/ebim/scientif/Recherche/FinVie/MB_Euth1.htm.
- BONDT, Pr de (2005), *742 cas d'euthanasie en Belgique en deux ans* [Em linha], [Consult. 5 Fev. 2007]. Disponível em www.siznursing.be/index.php?action=article&numero=244.
- DAMAS (2007) – [Conversa com a 1 Fev. 2007]. Director de Serviço *Soins Intensifs Salle 39 au CHR de la Citadelle*.
- DURIAUX, Me Muriel (2007) – *Euthanasie : de la loi à la pratique* [Em linha], [Consult. 5 Fev. 2007]. Disponível em www.vivat.be/00-00.asp?articleID=601.
- Enf^o MICHEL (2007) – [Conversa com a 30 Jan. 2007]. Enfermeiro-chefe *Soins Intensifs Salle 30 au CHR de la Citadelle*.
- HESBEEEN, Walter – Cuidar neste mundo. Loures: Lusociência, 2004. ISBN 972-8383-71-1.
- SANTANA, Catarina; HENRIQUES, Hugo – Novas causas e depois do aborto. ”Focus”. Barcarena. Nº 384 (2007) pp.120-125.
- VERWILGHEN, M (2002) – Lei da eutanásia. Artigo 78. *Bruxelles: Ministère de la Justice*, (28/05/02).

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

A SUA REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

ENVIE OS SEUS ARTIGOS PARA SECRETARIADO@AEOP.NET

SERÁ O OPTIMISMO UMA MAIS-VALIA NA DOENÇA ONCOLÓGICA?

Liliana Amorim

Universidade do Minho, Braga

[liliana.amorim@gmail.com]

M. Graça Pereira

Universidade do Minho, Braga

[gracep@iecp.uminho.pt]

Este trabalho teve como objectivo avaliar a relação entre optimismo, morbilidade psicológica e satisfação com o suporte social em doentes oncológicos. A amostra incluiu 46 doentes, doentes do Hospital de São Marcos (Braga), diagnosticados com neoplasia maligna. Os instrumentos de avaliação utilizados foram os seguintes: Questionário Sócio-Demográfico, desenvolvido por Pereira e Amorim para o presente estudo; Escala de Optimismo LOT-R (Scheier, Carver & Bridges, 1994); Escala de Stress, Ansiedade e Depressão – 21 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004a) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003).

Os resultados obtidos indicam que a morbilidade psicológica e o optimismo se correlacionam no sentido de doentes oncológicos optimistas apresentarem menor morbilidade psicológica, observando-se também que doentes oncológicos casados manifestam menores níveis de depressão, comparativamente com doentes oncológicos solteiros, divorciados ou viúvos. Ao nível da satisfação com o suporte social, não foram encontradas associações significativas com o optimismo; não obstante, encontram-se correlações significativas entre satisfação com o suporte social e morbilidade psicológica.

Implicações para a intervenção são apontadas.

PALAVRAS-CHAVE: cancro, optimismo; morbilidade psicológica, suporte social.

This study aimed to evaluate the relationship between optimism, psychological morbidity and satisfaction with the social support in a sample of cancer patients. A sample of 46 participants diagnosed with cancer from the Oncology Service at São Marcos Hospital (Braga) participated in the study. Subjects filled the following questionnaires: a Socio-Demographic Questionnaire developed by Pereira and Amorim for the study's purpose; Life Orientation Test-R (Scheier, Carver & Bridges, 1994); Stress, Depression and Anxiety Scales – 21 (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004a) and the Social Support Satisfaction Scale (Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003). The results showed that optimism and psychological morbidity are associated, i.e. oncologic patients with higher levels of optimism present less psychological morbidity. In this sample, married patients present lower levels of depression when compared with single, divorced or widows patients. No associations were found between satisfaction with social support and optimism, however, satisfaction with social support and psychological morbidity were significantly correlated.

Implications for intervention are addressed.

KEYWORDS: cancer, optimism, psychological morbidity, social support.

INTRODUÇÃO

A investigação no âmbito da doença oncológica tem permitido avanços muito significativos ao nível do prolongamento e qualidade da vida do paciente. Não obstante estes factos, continua a assistir-se a um aumento global da incidência desta patologia (e.g. Kanavos, 2006). Assim, actualmente, a doença oncológica ocupa uma posição de destaque no ranking de doenças que mais matam, sendo apenas precedida pelas doenças cardiovasculares (Kumar, Cotran & Robbins, 2003). De acordo com alguns autores (Kanavos, 2006; Ogden, 2004), este facto deve-se sobretudo à grande vertente comportamental associada a muitas das neoplasias malignas, particularmente hábitos/estilos de vida desadequados, cada vez mais frequentes nas sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento.

Através de uma revisão da literatura, verifica-se que os estudos se têm focado essencialmente em variáveis relativas à patologia e à sua progressão (Ironson *et al.*, 2005), e só recentemente a medicina comportamental voltou a sua atenção para os potenciais efeitos protectores de factores psicológicos "positivos", como a qualidade de vida, o significado da doença, o optimismo e o controlo (Taylor, Kemeny, Reed, Bower & Gruenwald, 2000). Pais-Ribeiro e colaboradores (2007), num estudo relativo à epilepsia, referem que na experiência subjectiva de doença, as variáveis psicológicas positivas (e.g. optimismo) apresentam um papel importante no *coping* com a patologia, bem como na progressão da mesma, tornando-se importante um maior investimento nesse domínio.

De acordo com Scheier e Carver (1985, 1987), o optimismo, constructo inserido na Teoria da Auto-Regulação do Comportamento, é um traço relativamente estável de personalidade, que implica uma expectativa generalizada de resultados de futuro positivos. Segundo os autores, as acções dos sujeitos são, em grande medida, influenciadas pelas crenças que estes possuem quanto à probabilidade de ocorrência dessas mesmas acções e as expectativas são, por si só, os melhores predictores de comportamento, dado que o mais importante não é o porquê ou o motivo dos sujeitos esperarem coisas boas/positivas, mas sim a orientação generalizada de optimismo que mantém os sujeitos comprometidos com determinado comportamento.

Seguindo esta linha de orientação, Scheier e colaboradores (1999), num estudo sobre optimismo, operacionalizam esta variável como optimismo de disposição, por implicar um melhor humor, menor sintomatologia psiquiátrica e melhor adaptação a diversas situações, e.g., mudanças de escola, gravidez, cirurgia cardíaca, e prestação de cuidados. Neste mesmo sentido, Segers-trom (1998, 2005, 2007), nos seus diversos estudos, obteve resultados que apoiam a definição de Scheier e colaboradores mas também resultados que sugerem implicações do optimismo de disposição ao nível do Sistema Imunológico.

Assim, e de uma forma geral, os resultados de estudos que se debruçam sobre o optimismo demonstram maioritariamente que uma orientação optimista está associada a uma menor apresentação de sintomatologia depressiva (Giltay, Zitman & Kromhout, 2006), a um melhor estado de saúde geral (e.g. Scheier & Carver, 1987, 1989) e a níveis reduzidos de stress e ansiedade (Simpson, Carlson, Beck & Patten, 2002).

Não podendo, no entanto, esquecer que o diagnóstico de neoplasia maligna apresenta um enorme impacto na vida do sujeito que o recebe (Figueiredo & Pereira, 2007; Patrão & Leal, 2004; Kurtz, Kurtz, Given & Given, 1995), é esperado que, aquando da apresentação do diagnóstico, um conjunto de stressores físicos, sociais, psicológicos e existenciais sejam accionados (Andrykowski, Lykins & Floyd, 2008). Deste modo, e sendo ainda uma doença com elevados estigmas e falsas crenças associadas, tem potencialmente implicada a existência de elevados níveis de ansiedade, revolta, stress e sintomatologia depressiva (Figueiredo & Pereira, 2007).

Derogatis e colaboradores (1983) referem que aproximadamente 47% dos doentes com neoplasias malignas apresentam perturbações psiquiátricas – valor duas vezes superior ao da população geral. Outros estudos (e.g. Massie, Holland & Straker, 1990; Ogden, 2004) apontam para o facto de cerca de 25% dos doentes precisarem de acompanhamento psicológico e, desses, até 20% poderem apresentar depressão grave, falta de controlo, mudanças de personalidade e ansiedade. Torna-se assim fundamental a necessidade de prevenção e tratamento da morbidade psicológica em pacientes com cancro, assim como o despiste de comorbidade, de forma a permitir que pacientes em risco

sejam identificados e possam usufruir de intervenções específicas e adequadas à sua condição (e.g. Mystakidou *et al.*, 2007).

Como as relações sociais apresentam uma importante função aos níveis, psicológico, social e comportamental, durante a vida de cada indivíduo, o suporte social e a satisfação com este têm sido apontados como apresentando efeitos consideráveis na morbidade e mortalidade dos indivíduos (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

A literatura tem revelado resultados que indicam a importância do suporte social, quer enquanto variável mediadora dos efeitos de stress (e.g. Segerstrom, Taylor, Kemeny, Fahey, 1998), quer como medida de apoio aos sujeitos que se deparam com situações crónicas (e.g. Ell, Nishimoto, Mediansky & Hamovitch, 1992). A este nível, e especificamente no que concerne aos indivíduos com cancro, Broadhead e colaboradores (1991) apontam o facto de os doentes oncológicos, devido às incertezas, medos e vulnerabilidades associadas a este diagnóstico, apresentarem uma necessidade de suporte acrescida, que vai variando de acordo com a fase da doença em que se encontram. Assim, em termos gerais, a investigação aponta o suporte social como variável de protecção de saúde (e.g. Matsukura, Marturano & Oishi, 2002) e sugere uma possível relação entre suporte social e tamanho da rede de apoio na saúde física e mortalidade, assim como na adaptação após acontecimentos de vida stressantes (e.g. Koopman, Hermanston, Diamond, Angell & Spiegel, 1998). Neste sentido, torna-se de extrema importância fazer o levantamento da percepção que os doentes oncológicos possuem relativamente ao apoio que recebem e a sua satisfação com o mesmo. De acordo com Von Ah e colaboradores (2007), a satisfação com o suporte social – definida como a avaliação cognitiva da natureza e/ou da qualidade do suporte social disponível – apresenta uma importância crucial uma vez que, ao ser um julgamento pessoal, permite compreender melhor as relações entre o stress percebido e os resultados de saúde (Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003).

Nesta linha de pensamento, o presente estudo debruça-se sobre a relação entre o optimismo (enquanto expectativa de resultados de futuro, positivos),

a morbidade psicológica e a satisfação com o suporte social, numa amostra de doentes oncológicos. Ao nível das hipóteses, espera-se uma relação negativa entre optimismo, morbidade psicológica e satisfação com o suporte social; 2) diferenças entre doentes Optimistas vs. Não-Optimistas ao nível da morbidade psicológica e satisfação com o suporte social e 3) diferenças ao nível das variáveis sócio-demográficas e clínicas na morbidade psicológica, satisfação com o suporte social e optimismo.

Metodologia

Amostra

Participaram neste estudo 46 doentes oncológicos, doentes do Hospital de São Marcos. Trata-se duma amostra de conveniência em que todos os participantes são caucasianos e de nacionalidade portuguesa e em que o design é transversal.

Procedimento

Após parecer favorável da Comissão de Ética do Hospital de São Marcos, iniciou-se a recolha de dados que decorreu entre Março e Maio de 2008.

Os critérios para inclusão dos sujeitos na investigação foram: idade superior a 18 anos, diagnóstico de cancro, ser doente da Unidade de Oncologia do Hospital de São Marcos e não apresentar diagnóstico de mais nenhuma doença crónica. Os participantes foram recrutados quando se apresentavam na Unidade de Oncologia para consulta médica, tratamento quimioterápico ou internamento.

Instrumentos

As medidas utilizadas neste estudo foram:

- Questionário Sócio-Demográfico, construído para efeitos do estudo pelos autores, que permitiu recolher informações relativas ao sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, tipo de doença, duração do diagnóstico e tratamentos.

- Escala de Optimismo: trata-se dum instrumento desenvolvido por Scheier e Carver (1985) e posteriormente revisto por Scheier, Carver e Bridges (1994). A LOT-R é constituída por 10 itens, dos quais 6 são indicadores de optimismo (itens 1, 3, 4, 7, 9 e 10). Os itens 3,

7 e 9 são invertidos e os itens 2, 5, 6 e 8 não são cotados. Os sujeitos devem assinalar a sua opção de resposta de acordo com uma escala de tipo Lickert. Para cada item a cotação varia entre 0 e 4, sendo que a pontuação final da escala pode variar entre um mínimo de 0 e um máximo de 24. Cotações mais elevadas nesta escala significam valores mais elevados de optimismo. Para este trabalho utilizou-se a versão adaptada da LOT-R, de Fernandes e McIntyre (2005).

- Escala de Ansiedade, Stress e Depressão (EADS-21): baseada na escala construída por Lovibond e Lovibond (1995), que tem por objectivo avaliar os níveis de ansiedade, stress e depressão. O instrumento utilizado foi adaptado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro, Honrado e Leal (2004a) e, é uma escala composta por 21 itens com opções de resposta em formato Lickert, cujas alternativas são: 0 – Não se aplicou nada a mim; 1 – Aplicou-se a mim algumas vezes; 2 – Aplicou-se a mim muitas vezes; 3 – Aplicou-se a mim a maior parte das vezes. Pontuações mais elevadas nesta escala significam maior morbidade psicológica.

- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): trata-se dum instrumento desenvolvido por Wethington e Kessler (1986) e validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (1999). Em 2003, Santos, Pais-Ribeiro e Lopes procedem à adaptação deste instrumento a sujeitos com doença oncológica. Esta é uma escala de auto-preenchimento do tipo Lickert, composta por 15 frases que permitem ao participante assinalar o seu grau de concordância com cada uma delas, através de cinco posições de resposta: concordo totalmente; concordo na maior parte; não concordo nem discordo; discordo na maior parte e discordo totalmente. A ESSS fornece uma pontuação total em que valores mais elevados correspondem a uma maior satisfação com o suporte social. Na presente amostra tendo em consideração o valor do alpha de cronbach, apenas pode ser utilizada a sub-escala Intimidade da Escala de Satisfação com o Suporte Social.

Análise dos Dados

Efectuou-se uma análise estatística exploratória das variáveis em estudo, utilizando os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* para testar a normalidade da dis-

tribuição. Dado que os resultados apontam no sentido de uma distribuição não normal dos dados, foram utilizados testes estatísticos não-paramétricos.

Resultados

Os Quadros 1 e 2 apresentam os resultados relativos às características da amostra. Pode-se verificar que a neoplasia gastrointestinal maligna (28.3%) e o cancro da mama (23.9%) são as patologias mais frequentes na amostra recolhida, e que, relativamente à duração da doença, o mais frequente é o diagnóstico ter ocorrido até há um ano ou num período entre 2 a 5 anos.

Relação entre Optimismo, Morbidade Psicológica e Satisfação com o Suporte Social

Podemos observar que as correlações são estatisticamente significativas entre Optimismo e Ansiedade ($\rho = -.532, p < .001$) e Optimismo e Depressão ($\rho = -.536, p < .001$), i.e., valores elevados de optimismo encontram-se associados a menor ansiedade e depressão.

Não se verificam associações entre optimismo e satisfação com o suporte social medido pela subescala Intimidade. No entanto, esta correlaciona-se negativamente com a subescala Stress ($\rho = -.374, p < .05$), i.e. quanto mais elevada a satisfação com esse tipo de suporte social, menor o nível de stress apresentado (quadro 3).

Diferenças entre Doentes Optimistas vs. Não-Optimistas na Morbidade Psicológica e Satisfação com o Suporte Social

A amostra foi dividida em dois grupos – Optimistas e Não-Optimistas – tendo em consideração o valor da mediana como ponto de corte. Na presente amostra, este valor é de 14. Assim, pontuações totais da LOT-R inferiores a este valor caracterizam indivíduos não-optimistas, enquanto valores superiores definem sujeitos optimistas. O Quadro 4 apresenta os resultados do teste U de Mann-Whitney.

De acordo com os resultados, os doentes oncológicos não-optimistas apresentam valores mais elevados de morbidade psicológica geral ($Z = -2.588, p < .05$) e, especificamente, maiores níveis de ansiedade ($Z = -2.642, p < .05$) e depressão ($Z = -3.271, p < .05$).

Diferenças ao Nível das Variáveis Sócio-Demográficas e Clínicas na Morbidade Psicológica, Satisfação com o Suporte Social e Optimismo

Quadro1 – Distribuição dos Participantes pelas r Variáveis Sócio-Demográficas.

		Doentes Oncológicos		
		N	%	Média (DP)
Sexo	Feminino	28	60.9	
	Masculino	18	39.1	
Idade		46		54.17 (17.07)
Estado Civil	Solteiro	8	17.4	
	Casado/Junto	35	76.1	
	Divorciado/Separado	1	4.3	
	Viúvo	2	2.2	
Escolaridade	Não frequentou escola	9	19.6	
	Primeiro Ciclo	16	34.8	
	Segundo Ciclo	8	17.4	
	Terceiro Ciclo	3	6.5	
	Formação Profissional	3	6.5	
	Ensino Superior	7	15.2	
Situação Laboral	Empregado	22	47.8	
	1. Activo	10	21.7	
	2. Baixa	12	26.1	
	Desempregado	14	30.4	
	Estudante	--	---	
	Reformado	10	21.7	

Quadro 3 – Resultados do Teste de Correlação de Spearman relativamente às variáveis Optimismo, Morbilidade Psicológica e Satisfação com o Suporte Social.

	Variáveis	Intimidade (ESSS)	Optimismo (LOT-R)
EADS-21	Morbilidade Psicológica	-.294	-.483 (**)
	Stress	-.374 (*)	-.264
	Ansiedade	-.095	-.532 (**)
	Depressão	-.256	-.536 (**)
LOT-R	Optimismo	.145	

* p<.05; ** p<.001

Quadro 2 – Distribuição dos Participantes pelas Variáveis Clínicas.

		Doentes Oncológicos	
		N	%
Neoplasia	Gastrointestinal	13	28.3
	Urológico	1	2.2
	Ginecológico	1	2.2
	Mama	11	23.9
	Pele	2	4.3
	Cerebral	1	2.2
	Pulmão	5	10.9
	Ossos	1	2.2
	Linfomas	6	13.0
	Metastizado	4	8.7
Duração da Doença	0-1 anos	22	47.8
	2 anos a 5 anos	20	43.5
	Mais de 6 anos	4	8.7
Tratamentos Realizados	Cirurgia	11	23.9
	Quimioterapia	11	23.9
	Radioterapia	1	2.2
	Outros	0	0
	Tratamentos Combinados	23	50
Tratamentos Actuais	Consultas de Rotina	14	30.4
	Quimioterapia	29	63.0
	Radioterapia	0	0
	Tratamentos Combinados	1	2.2
	Outros	2	4.4

As variáveis sócio-demográficas e clínicas testadas foram o estado civil, género, situação laboral e habilitações literárias. As variáveis clínicas testadas incluíram tipo de neoplasia maligna, duração doença e tipo de tratamentos. Os resultados do Teste de Diferenças de Kruskal-Wallis demonstram que existem diferenças significativas ao nível do estado civil quanto à depressão ($\chi^2=8.084, p=.018$), no sentido de "solteiros" tenderem a apresentar valores mais elevados de depressão (ordem média=31.06), seguidos dos "casados/união de facto"

Quadro 4 – Resultados do teste U de Mann-Whitney relativo às diferenças na Morbidade Psicológica e Satisfação com o Suporte Social em Doentes Oncológicos Optimistas vs. Não-Optimistas.

	Variáveis	Doentes Optimistas (Ordem Média) N=23	Doentes Não-Optimistas (Ordem Média) N=23	Z
EADS-21	Morbilidade Psicológica	17.52	27.48	-2.588 (*)
	Stress	20.43	24.57	-1.082
	Ansiedade	17.48	27.52	-2.642 (*)
	Depressão	16.23	28.77	-3.271 (**)
ESSS	Intimidade	20.77	21.26	-.134

* p<.05; ** p<.001

(ordem média=23.31) e dos "separados/divorciados e viúvos" (ordem média=5.50).

Não se verificam diferenças significativas ao nível das restantes variáveis sócio-demográficas (género, situação laboral e habilitações literárias), nem ao nível das variáveis clínicas (tipo de neoplasia maligna, duração doença e tipo de tratamentos) no que concerne à morbilidade psicológica, optimismo e satisfação com o suporte social.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em estudos prévios, o optimismo de disposição e o suporte social são apontados como factores protectores da saúde (e.g. Brissette, Scheier & Carver, 2002), verificando-se que sujeitos com uma orientação optimista, para além de utilizarem estratégias de *coping* que lhes permitam resolver de forma mais adequada o processo de crise em que se encontram, apresentam e atraem também mais relações sociais de suporte, assim como relações de apoio mais adequadas (Kivimäki *et al.*, 2005; Brissette, Scheier & Carver, 2002; Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003). Neste sentido, níveis mais elevados de optimismo e de satisfação com o suporte social contribuirão para menores níveis de morbilidade psicológica (David, Montgomery & Bovbjerg, 2006) e, mais especificamente, para sintomatologia depressiva reduzida (Giltay, Zitman & Kromhout, 2006). No presente trabalho, os resultados obtidos apontam também no sentido destas considerações. Assim, um doente que tenha acesso à informação e se sinta acompanhado e/ou apoiado quer pelos amigos quer pelos familiares, e

satisfeito com as actividades sociais em que está envolvido, adaptar-se-á mais fácil e adequadamente à situação de crise em que se encontra. Esta avaliação e adaptação à situação podem contribuir e serem influenciadas pelas expectativas que os sujeitos têm do futuro, na medida em que expectativas positivas de futuro poderão ajudar o sujeito a ajustar-se a elevados níveis de stress e a vivenciar a situação com níveis de morbilidade considerados adequados ou adaptativos (Segerstrom, 1998).

Tendo em consideração que a satisfação com o suporte social consiste numa auto-avaliação do suporte recebido (Pais-Ribeiro, 1999) e que uma auto-avaliação adequada do suporte social se associa a menor morbilidade (Kangas, Henry & Bryant 2002; Brewin *et al.*, 1998), não é de estranhar que os resultados obtidos no nosso estudo vão no mesmo sentido i.e. elevados níveis de optimismo estejam associados a menor morbilidade psicológica.

A literatura tem demonstrado que sujeitos com uma orientação optimista em comparação com sujeitos não optimistas apresentam melhor adaptação a situações stressantes, quer em populações clínicas (e.g. LaMontagne, Hepworth, Salisbury & Riley, 2003; Brissette, Scheier & Carver, 2002) quer na população geral (Segerstrom, 2000, 2005; Chang, 1998; Wengler & Rosén, 1995). Os estudos têm demonstrado também que nos sujeitos optimistas se verifica uma menor morbilidade psicológica (e.g. Allison, Guichard, Fung & Gilain, 2003; Brissette, Scheier & Carver, 2002; Scheier, Carver & Bridges, 1994), maior satisfação com o suporte social (e.g. Von Ah, Kang & Carpenter, 2007) e menores níveis de exaustão (e.g. Iverson, Sidenvall & Carlsson, 2004; Lauber, Eichenberger, Luginbühl, Keller & Rössler, 2003; Loukissa, 1994).

Um estudo de Allison, Guichard e Gilain (2000) indica que o optimismo nos pacientes oncológicos se relaciona com uma melhor adaptação à doença, um melhor funcionamento cognitivo, melhor qualidade de vida e menor morbilidade psicológica.

No presente estudo verifica-se que doentes oncológicos não-optimistas tendem a apresentar valores mais elevados de morbidade psicológica (especificamente, ansiedade e depressão), o que vai de encontro aos estudos existentes (e.g. Brissette, Scheier & Carver, 2002). Não se encontraram diferenças entre doentes optimistas e não-optimistas quanto à satisfação com o suporte social. O facto de esta variável ter sido medida considerando apenas uma subescala pode ter influenciado os resultados.

A morbidade psicológica tem-se mostrado influenciável pela existência ou não de uma rede de suporte (e.g. Santos, Pais-Ribeiro & Lopes, 2003), o que é facilmente compreendido se pensarmos que a rede de suporte permite a troca de informação e cuidados, impedindo que o impacto e desgaste gerado pela situação de crise sejam tão intensos. No caso do presente estudo, a única associação com a rede de suporte social é feita ao nível da intimidade, na medida em que stress e satisfação com a intimidade se encontram inversamente relacionadas – quanto mais elevada a satisfação com o suporte fornecido pelo parceiro, menor é o nível de stress sentido pelo doente. A literatura tem revelado que o parceiro é um elemento chave na doença crónica enquanto prestador de apoio e cuidados e como cúmplice na adaptação a doença e nos momentos de crise (e.g. Hagedoorn *et al.*, 2000; Rowland, 1990). Neste sentido, se o apoio fornecido pelo parceiro for percebido como adequado às necessidades do doente, este último poderá sentir-se mais protegido ou compreendido e o desgaste decorrente da situação de doença será menor. Além disso, o parceiro é um elemento importante na mudança de rotinas ao nível instrumental, bem como ao nível emocional, fornecendo apoio ao doente oncológico no sentido de evitar o seu isolamento.

Relativamente ao estado civil, a literatura tem mostrado a existência de diferenças ao nível da morbidade psicológica e satisfação com o suporte social. Na maioria dos estudos, os resultados vão no sentido de sujeitos casados manifestarem melhor estado de saúde geral comparativamente com solteiros, divorciados ou viúvos (e.g. Goldman, Korenman & Weinstein, 1995). Na presente investigação observam-se também diferenças significativas, sendo que doentes oncológicos solteiros tendem a apresentar valores mais elevados de depressão

(comparativamente com casados e divorciados/viúvos). Os níveis menores de depressão e morbidade psicológica (stress, ansiedade e depressão) em sujeitos casados podem, de alguma forma, dever-se ao facto de indivíduos casados poderem apresentar uma rede de suporte mais alargada, onde os relacionamentos são mais próximos, mas também pode ser resultado de um estatuto socioeconómico mais estável, i.e., dado que em muitas situações o paciente com cancro tem que abdicar do seu trabalho durante o período de tempo em que se encontra mais frágil, e ter um companheiro que o apoie, emocional e economicamente, e uma rede de suporte segura, pode fazer toda a diferença no *coping* com esta situação de crise, permitindo uma melhor adaptação a todo o processo de doença (Goldman, Korenman & Weinstein, 1995).

CONCLUSÃO

Este estudo teve como objectivo analisar a relação entre optimismo, morbidade psicológica e satisfação com o suporte social, bem como a relação entre estas variáveis e as variáveis demográficas e clínicas, numa amostra de doentes oncológicos.

Os resultados obtidos indicam que a morbidade psicológica e o optimismo apresentam correlações negativas significativas, no sentido de quanto mais elevada a morbidade psicológica geral (i.e., total de stress, ansiedade e depressão), bem como a morbidade psicológica ao nível da ansiedade e depressão, menor é o optimismo. Constatou-se também que os doentes oncológicos casados manifestavam menores níveis de depressão, comparativamente com doentes oncológicos solteiros, divorciados ou viúvos.

Espera-se que o presente estudo possa ter contribuído para uma melhor compreensão do papel do optimismo na doença oncológica.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A principal limitação do presente estudo prende-se com a amostra de conveniência que é limitada em termos de localização geográfica e número, limitando a generalização dos resultados.

Além disso, o tamanho da amostra não permitiu obter um alfa de Cronbach satisfatório que permitisse

a utilização de todas as subescalas da Escala de Satisfação com o Suporte Social. Assim, seria vantajoso que investigações futuras incluísem amostras maiores, bem como os parceiros dos doentes.

BIBLIOGRAFIA

- Allison, Guichard, Fung & Gilain (2000). A prospective investigation of dispositional optimism as a predictor of health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Quality of Life Research* 9, 951-960, 2000.
- Allison, P.J., Guichard, C., Fung, K., & Gilain, L. (2003). Dispositional Optimism Predicts Survival Status 1 Year After Diagnosis in Head and Neck Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 21 (3), 543-548.
- Andrykowski, M.A., Lykins, E., & Floyd, A. (2008). Psychological Health in Cancer Survivors. *Seminars in Oncology Nursing*, 24 (3), 193-201.
- Brewin, C.R., Watson, M., McCarthy, S., Hyman, P., & Dayson, D. (1998). Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (12), 1131-1142.
- Brissette, I., Scheier, M.F., & Carver, C. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (1), 102-111.
- Broadhead, W.E., Berton, H., & Kaplan, B.H. (1991). Social Support and the Cancer Patient – implications for future research and clinical care. (Supplement). *Cancer*, 67, 794-799.
- Chang, E.D. (1998). Does Dispositional Optimism moderate the relation between perceived stress and psychological well-being?: a preliminary investigation. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 233-240.
- David, D., Montgomery, G.H., & Bovbjerg, D.H. (2006). Relations between coping responses and optimism-pessimism in predicting anticipatory psychological distress in surgical breast cancer patients. *Personality and Individual Differences*, 40, 203-213.
- Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, D., Penman, S., Pisetsky, S., Schmale, A.M., et al. (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *Journal of American Medical Association*, 249, 751-757.
- Ell, K., Nishimoto, R., Mediansky, L., & Hamovitch, M. (1992). Social Relations, Social Support and Survival among Patients with Cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, 36 (4), 531-541.
- Fernandes, S. & McIntyre, T. (2005). Life Orientation Test-R (LOT-R). Versão de Investigação, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Figueiredo, A.P. & Pereira, M.G. (2007). Impacte Psicológico do Cancro no Doente e Cônjuge, In M.G. Pereira (coord.). *Psicologia da Saúde Familiar*. (pp.163-183). Lisboa: Climepsi Editores.
- Giltay, E.J., Zitman, F.G., & Kromhout, D. (2006). Dispositional Optimism and the risk of depressive symptoms during 15 years of follow-up: the Zutphen Elderly Study. *Journal of Affective Disorders*, 91, 45-52.
- Goldman, N., Korenman, S., & Weinstein, R. (1995). Marital Status and Health among the Elderly. *Social Science and Medicine*, 40 (12), 1717-1730.
- Hagedoorn, M., Kuijter, R.G., Buunk, B.P., DeJong, G.M., Wobbles, T., & Sanderman, R. (2000). Marital Satisfaction in Patients With Cancer: Does Support From Intimate Partners Benefit Those Who Need It the Most? *Health Psychology*, 19 (3), 274-282.
- Ironson, G., Balbin, E., Stuetzle, R., Fletcher, M.A., O'Cleirigh, C., Laurenceau, J.P. et al. (2005). Dispositional Optimism and the Mechanisms by Which It Predicts Slower Disease Progression in HIV: Proactive Behaviour, Avoidant Coping, and Depression. *International Journal of Behavioural Medicine*, 12 (2), 86-97.
- Ivarson, A.-B., Sidenvall, B., & Carlsson, M. (2004). The factor structure of the Burden Assessment Scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (4), 396-401.
- Kanavos, P. (2006). The Rising Burden of Cancer in the Developing World (Symposium Article). *Annals of Oncology*, 17 (Supplement 8), viii15-viii23.
- Kangas, Henry & Bryant (2002). Posttraumatic stress disorder following cancer – A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Review*, 22 (4), 499-524.
- Kivimäki, M., Vahtera, J., Elovainio, M., Helenius, H., Singh-Manoux, A., & Pentti, J. (2005). Optimism and Pessimism as Predictors of Change in Health after Death or Onset of Severe Illness in Family. *Health Psychology*, 24 (4), 413-421.
- Koopman, C., Hermanson, K., Diamond, S., Angell, K., & Spiegel, D. (1998). Social support, life stress, pain and emotional adjustment to advanced breast cancer. *Psycho-Oncology*, 7 (2), 101-111.
- Kumar, V., Cotran R.S. & Robbins, S.L. (2003). *Robbins Basic Pathology*. Philadelphia: Saunders.
- Kurtz, M.E., Kurtz, J.C., Given, C.W., & Given, B. (1995). Relationship of Caregiver Reactions and Depression to Cancer Patient's Symptoms, Functional States and Depression – a longitudinal view. *Social Science and Medicine*, 40 (6), 837-846.
- LaMontagne, L.L., Hepworth, J.T., Salisbury, M.H., & Riley, L.P. (2003). Optimism, Anxiety and Coping in Parents of Children Hospitalized for Spinal Surgery. *Applied Nursing Research*, 16 (4), 228-235.
- Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbühl, P., Keller, C., & Rössler, W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18 (6), 285-289.
- Loukissa, D.A. (1994). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21 (2), 248-255.
- Lovibond, P.F. & Lovibond, S.H. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (3), 335-343.
- Massie, M., Holland, J., & Straker, N. (1990). Psychotherapeutic Interventions. In J. Holland & J. Rowland (Eds). *Handbook of Psycho-Oncology* (pp. 445-469). New York: Oxford University Press.
- Matsukura, T.S., Marturano, E.M., & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): estudos de adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10 (5), 675-681.
- Mystakidou, K., Tsilika, E., Parpa, E., Patiraki, E., Galanos, A., & Vlahos (2007). Exploring the relationships between depression, hopelessness, cognitive status, pain, and spirituality in patients with advanced cancer. *Archives of Psychiatric Nursing*, 21 (3), 150-161.
- Ogden, J. (2004). A Psicologia na Evolução da Doença. HIV, Cancro e Doença Coronária. In J. Ogden. *Psicologia da Saúde* (2ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores. 13: 355-386.
- Pais-Ribeiro (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*, 3, 547-558.
- Pais-Ribeiro, J.L., Honrado, A. & Leal, I. (2004a). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21).
- Pais-Ribeiro, J., Silva, A.M., Meneses, R.F., & Falco, C. (2007). Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 11, 33-38.
- Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do Impacto Psicossocial no Adoecer da Mama. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 53-73.
- Rowland, J. H. (1990). Interpersonal resources: Social support. In J. C. Holland & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of Psychooncology* (pp.58-71). New York: Oxford University Press.
- Santos, C.S.V.B., Pais-Ribeiro, J., & Lopes (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a Pessoas com Diagnóstico de Doença Oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 4 (2), 185-204.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, Coping and Health: Assessment and Implications of Generalized Outcome Expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-47.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional Optimism and Physical Well-Being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55 (2), 169-204.
- Scheier, M.F., Magovern, G.J., Abbott, R.A., Matthews, K.A., Owens, J.F., Lefebvre, R.C. et al. (1989). Dispositional Optimism and Recovery from Coronary Artery Bypass Surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Scheier, M.F., Carver, C.S., & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing Optimism from Neuroticism (and Trait Anxiety, Self-Mastery, and Self-Esteem): A Reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67 (6), 1063-1078.
- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J.F., Schulz, R., Bridges, M.W., Magovern, G.J., & Carver, C.S. (1999). Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery. *Archives of Internal Medicine*, 159, 829-835.
- Segerstrom, S.C., Taylor, S.E., Kemeny, M.E., & Fahey, J.L. (1998). Optimism is associated with mood, coping and immune change in response to stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), 1646-1655.
- Segerstrom, S.C. (2005). Optimism and Immunity: do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain, Behaviour and Immunity*, 19, 195-200.
- Segerstrom, S.C. (2007). Optimism and Resources: effects on each other and on health over ten years. *Journal of Research in Personality*, 41, 772-786.
- Simpson, J.S.A., Carlson, L.E., Beck, C.A., & Patten, S. (2002). Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 11 (4), 282-294.
- Taylor, S.E., Kemeny, M.E., Reed, G.M., Bower, J.E., & Gruenewald, T.L. (2000). Psychological Resources, Positive Illusions and Health. *American Psychologist*, 55 (1), 99-109.
- Von Ah, D.A., Kang, D.H., Carpenter, J.S. (2007). Stress, Optimism and Social Support: impact on immune responses to breast cancer. *Research in Nursing & Health*, 30, 72-83.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T., & Kielcolt-Glaser, J.K. (1996). The Relationship between Social Support and Physiological Processes: A Review with Emphasis on Underlying Mechanisms and Implications for Health. *Psychological Bulletin* 119 (3), 488-531.
- Wengler, L. & Rosén, A.S. (1995). Optimism, Self-Esteem, Mood and Subjective Health. *Personality and Individual Differences*, 18 (5), 653-661.

TRABALHO DA AEOP SELECIONADO ENTRE OS 8 MELHORES POSTERS APRESENTADOS AO ICACT

Os resultados preliminares do estudo ART apresentados ao 20º ICACT (International Congress on Anti-Cancer Treatment) em Paris, nos passados dias 3-5 Fevereiro de 2009, foi seleccionado como dos 8 melhores posters, numa sessão que contou 121 trabalhos internacionais. Neste grupo seleccionado, constaram apenas 3 trabalhos europeus: 1 da Alemanha, 1 da Roménia e o trabalho Português do estudo ART. Ficam aqui os parabéns para todos os colegas que aderiram e colaboraram directa ou indirectamente no sucesso deste estudo.

REUNIÃO DE ONCOLOGIA DA PRIMAVERA - ÉVORA, 27 E 28 MARÇO 2009

Nos dias 27 e 28 de Março de 2009 decorreu em Évora a Reunião de Oncologia da Primavera, tendo a AEOP estado presente com um programa científico, através de duas sessões temáticas e um Workshop. Estiveram presentes 150 enfermeiros congressistas.

Durante a sessão do Workshop, foi apresentado o Workgroup AEOP-Cancro Mama. Estamos a trabalhar as Linhas de Consenso deste evento para as publicar nos meios próprios da AEOP. Em próximas revistas daremos mais notícias.

AEOP LANÇA GRUPO DE TRABALHO SOBRE CANCRO DA MAMA

Durante a Reunião da Primavera, foi lançado o terceiro grupo específico de trabalho: AEOP-Cancro Mama. Este grupo tem como finalidade: Co-

ordenar, promover e desenvolver a investigação clínica na doença neoplásica da Mama; Promover a discussão das actividades dos enfermeiros que lidam directamente com o doente com cancro da Mama e estabelecer Linhas de Consenso nacional da nossa actuação; Divulgar das melhores práticas e partilha de informação entre os enfermeiros que lidam com o doente com cancro Mama, utilizando a revista e o site da AEOP, Promover sessões científicas, conferências, cursos e reuniões de trabalho;

Toda a informação de como aderir a estes grupos poderá ser encontrada no nosso site www.aeop.net.

PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM ENSAIOS CLÍNICOS

No próximo dia 5 Junho decor-

 *Investigator Training Program*

rerá em Lisboa a primeira parte da Formação sobre "Programa de Treino para Investigação em Ensaios Clínicos" dirigidas a Enfermeiros com experiência e com interesse em Estudos Clínicos. Com este programa, apoiado pela Pfizer, a AEOP contribuirá 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. Mais informação deste programa será divulgada no nosso site.

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 AEOP, com o apoio exclusi-

vo 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. As candidaturas ao Prémio, no valor de 2.000 Euros, são todos os trabalhos enviados para a AEOP até 31 Dezembro 2009. Ver regulamento em www.aeop.net.

PARECERIA AEOP/GRUPO DE ESTUDOS DO CANCRO DO PULMÃO (GECP)

Recentemente estabelecemos parceria de actividades com o grupo de Estudos do Cancro do Pulmão. É mais um passo importante dado pela AEOP na multidisciplinidade de actividades científicas no âmbito desta patologia. O próximo objectivo será a criação do grupo de trabalho específico - AEOP Cancro Pulmão.

O Grupo do Cancro do Pulmão surgiu em 2000 com a finalidade da promoção do conhecimento em Oncologia Pulmular acentando nos seguintes objectivos: promover as ligações e trocas de opinião entre os profissionais com interesse no Cancro do Pulmão; facilitar e incentivar a troca de experiências; Fomentar a investigação nesta área.



2ª REUNIÃO NACIONAL 22 e 23
da ASSOCIAÇÃO de ENFERMAGEM ONCOLÓGICA PORTUGUESA
MAIO 2009
HOTEL MELIA Gaia Porto

Cuidar em Oncologia,
Reabilitar a Vida!

www.aeop.net

Conforme divulgação, informamos que vai decorrer a nossa 2ª Reunião Nacional nos próximos dias 22 e 23 de Maio de 2009, no Hotel Méliá Gaia/Porto. Contamos com um número significativo de presenças de colegas ligados à oncologia nacional. Teremos 3 sessões interactivas, 2 conferências e 5 simpósios. Teremos também a Assembleia-Geral da AEOP cujo um dos pontos é a Eleição dos corpos sociais para o biénio 2009-2011. Teremos o Jantar do evento nas caves Cálém com lugares limitados, pelo que é importante que faça a sua inscrição o mais brevemente possível. A sua inscrição poderá ser efectuada via site da associação, em www.aeop.net e entrar em Reunião Nacional AEOP.

Os programas dos Simpósios estão disponíveis no nosso site, onde poderá ter acesso a toda a informação. Está tudo preparado para ser um grande evento da Enfermagem Oncológica Nacional.



Programa Nacional Pigart



O Sunitinib (SUTENT®) é utilizado no tratamento de doentes com os seguintes tipos de cancro:

1. Tumores do estroma gastrinestinal (GIST): trata-se de um tipo de cancro (sarcoma) do estômago e do intestino no qual se verifica um crescimento descontrolado das células dos tecidos de suporte destes órgãos. O SUTENT é utilizado em doentes com GIST nos casos em que os tumores não podem ser removidos cirurgicamente ou quando estes se tenham propagado a outros órgãos, ou quando o tratamento com Imatinib (outro medicamento anti-cancerígeno) tenha falhado ou não tenha sido tolerado pelo doente.

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

O projecto Pigart (*Patient Information about GIST And Renal Carcinoma*

Treatment) é uma iniciativa da AEOP e conta com o apoio exclusivo da Pfizer. Tem duas fases:

Fase I. Criação de dois documentos de informação aos doentes portadores destas patologias, uma para o GIST e outra para o RCC. A finalidade é proporcionar 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, os quais passarão a ser distribuídos brevemente nos centros de oncologia nacionais.

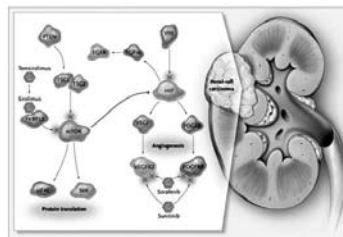
Ambos os documentos serão apresentadas durante a Reunião Anual da AEOP, a decorrer neste mês de Maio.

Fase II: Estudo observacional com 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. Oito centros aderiram ao projecto através dos seus coordenadores locais, estando neste momento a maioria

em processo de autorização interna institucional. No final de Março abriu o primeiro centro – A consulta externa de Urologia do IPO Porto – tendo entrado no estudo dois doentes. Daremos mais notícias do desenvolvimento do estudo no próximo número desta revista.



Programa Nacional ART

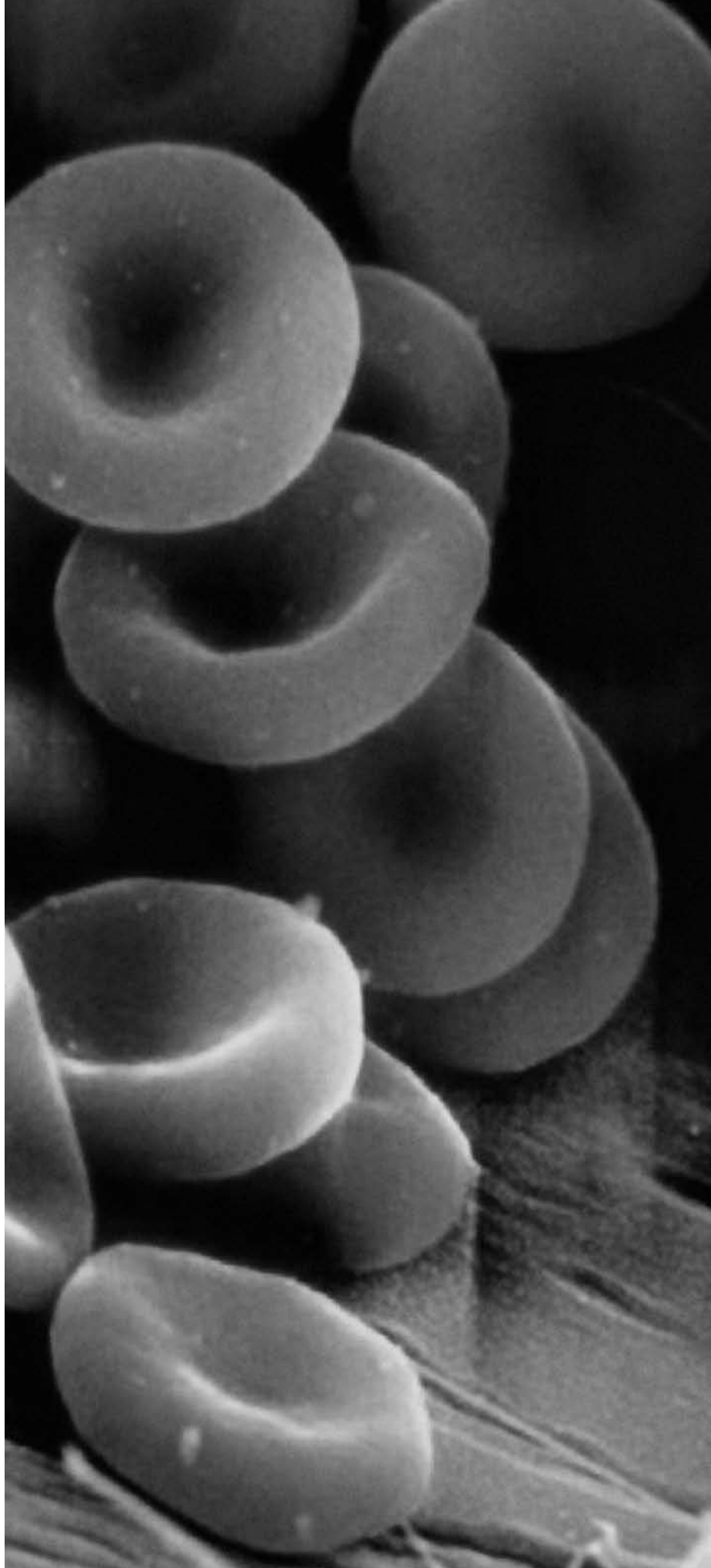
ART

Anémia Registry &
Transfusions

O Programa ART – Anémia 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 no 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. Ficam 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, com submissão ao ECCO 15, que irá decorrer em Setembro, em Berlim. Entretanto estamos a ultimar a publicação dos resultados em revistas nacionais e internacionais através de artigo científico.



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

CANCRO DIGESTIVO

Aspirina reduz risco de lesão colorectal

O uso prolongado de doses reduzidas de aspirina reduz em 13% a probabilidade de lesões pré-cancerosas em pacientes em risco de desenvolverem cancro colorrectal, sugere um estudo publicado no Journal of the National Cancer Institute e divulgado pelo site Medical News Today.

A investigação conduzida por cientistas da Escola de Medicina de Dartmouth, nos Estados Unidos, incidiu nos participantes do ensaio Aspirin/Folate Polyp Prevention, 1.100 dos quais foram considerados de alto risco em relação ao cancro colorrectal devido ao historial de desenvolvimento de pólipos.

Segundo os resultados divulgados, as pessoas que foram testadas com a dose mais reduzida (81 miligramas) de aspirina, e que continuaram frequentemente a tomar este medicamento, apresentaram um risco 13% mais reduzido de desenvolverem lesões pré-cancerosas, ou adenomas, em comparação com os voluntários testados com placebo.

Após o fim do tratamento, o efeito protector da aspirina manteve-se activo durante algum tempo.

A mesma conclusão saiu de um estudo congénere, onde os indiví-

duos em risco de cancro colorrectal – a tomar aspirina – alcançaram uma redução de 28% na probabilidade de desenvolverem lesões avançadas.

[FARMACIA-COM.PT, 15 DE FEVEREIRO DE 2009]

Terapia para cancro do fígado menos tóxica e mais eficaz

Uma técnica terapêutica para o cancro do fígado, inovadora em Portugal, está a ser aplicada no Hospital da Luz, unidade privada em Lisboa. O primeiro tratamento de radioembolização foi realizado no final de Novembro a uma mulher com mais de 60 anos com resultados positivos, disse ao DN o médico radiologista Luís Rosa, que participou na equipa cirúrgica.

Os portugueses interessados neste tratamento já não precisam, assim, de recorrer a outros centros na Europa, onde a técnica é desenvolvida desde 2003, como o de Navarra, em Espanha.

”O resultado é favorável, as lesões têm vindo a reduzir de volume, podendo reequacionar-se a possibilidade cirúrgica”, acrescentou o médico. Em causa estava uma paciente, sem condições para ser submetida a quimioterapia, enviada para o Hospital da Luz pelo centro-hepatobilio-pancreático e de transplantação do Hospital Curry Cabral. Seleccionados para idêntica operação estão já outros dois doentes.



Uma nova esperança que vem de dentro

Tyverb[®] mais capecitabina constitui uma NOVA forma de tratar o cancro da mama avançado ou metastático ErbB2 (HER2)-positivo.^{1,2,3}



Tyverb 250 mg comprimidos revestidos por película. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA: Cada comprimido contém (dióxido de) lapatinib monohidratado, equivalente a 250 mg de lapatinib. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido revestido por película. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Tyverb, em associação com capecitabina, é indicado no tratamento de doentes com cancro da mama avançado ou metastático cujos tumores sobre-expressam e/ou amplificam o gene *HER2* (HER2). As doentes devem apresentar doença progressiva após terapêutica prévia que deve incluir anti-estrogénios e taxanos e terapêutica com trastuzumab, na presença de metastases. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento com lapatinib só deverá ser iniciado por um médico com experiência na administração de medicamentos anti-neoplásicos. Os tumores que apresentem sobre-expressão do *HER2* são definidos por IHC3+, ou IHC2+ e amplificação do gene ou simplificação do gene *HER2*. A amplificação do gene deve ser determinada por um método exacto e validado. O lapatinib é tomado em associação com capecitabina. A dose recomendada de lapatinib é 250 mg (i.e., 5 comprimidos) uma vez por dia de forma contínua. A dose diária não deve ser dividida. Lapatinib deve ser tomado pelo menos uma hora antes, ou uma hora após a refeição. Para minimizar a variabilidade inter-individual dos doentes, a administração de lapatinib deve ser padronizada em relação à ingestão de alimentos, por exemplo ser sempre tomada antes de uma refeição. As doses escaçadas não devem ser compensadas e a posologia retomada na próxima dose diária habitual. A dose recomendada de capecitabina é 2000 mg/m²/dia tomada em 2 doses com intervalo de 12 horas nos dias 1-14 em dias do 21 dias. A capecitabina deve ser tomada com alimentos ou nos 30 minutos a seguir à refeição. **Notação da dose ou atraso na sua administração:** **Ajustezamentos casuais:** De acordo com os Critérios de Terminologia Comum para Acontecimentos Adversos do Instituto Nacional do Cancro (NCI CTCAE) a administração de lapatinib deve ser descontinuada em doentes com sintomas associados com diminuição da fração de ejeção ventricular esquerda (LVEF) de grau 3 ou superior ou se a LVEF descer abaixo dos limites mínimos instalados como normais. A terapêutica com lapatinib pode ser reiniciada numa dose inferior (1000 mg/dia) após um intervalo mínimo de 2 semanas e se a LVEF recuperar a normalidade e o doente estiver assintomático. **Doença pulmonar intersticial/prevalente:** O lapatinib deve ser descontinuado nos doentes que apresentem sintomas pulmonares de grau 3 ou superior segundo NCI CTCAE. **Outras toxicidades:** A descontinuação ou interrupção da administração de lapatinib pode ser considerada quando um doente desenvolver toxicidade de grau 2 ou superior segundo os Critérios de Terminologia Comum para Acontecimentos Adversos do Instituto Nacional do Cancro (NCI CTCAE). A terapêutica pode ser reiniciada com 1250 mg/dia quando a toxicidade evoluir para grau 1 ou inferior. Se a toxicidade reaparecer, então lapatinib deve ser reiniciado numa dose ainda mais baixa (1000 mg/dia). Deve ser consultado o RCM da capecitabina para informações sobre a redução da dose ou atraso na sua administração. **Compromisso renal:** Não é necessário ajuste da dose nos doentes com compromisso renal ligeiro a moderado. É recomendada precaução em doentes com compromisso renal grave. **Compromisso hepático:** O lapatinib deve ser descontinuado se as alterações à função hepática forem graves e os doentes não devem voltar a ser tratados. A administração de lapatinib a doentes com compromisso hepático moderado a grave deve ser feita com precaução devido ao aumento na exposição ao medicamento. Os dados disponíveis em doentes com compromisso hepático são limitados para permitir um ajuste de dose. **Plasmação prévia:** Não recomendada. **Mãe:** A informação existente em doentes de idade igual ou superior a 65 anos é limitada. **CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer dos excipientes. Consultar também o RCM da capecitabina. **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** O lapatinib foi associado a modificações de diminuição na fração de ejeção ventricular esquerda (LVEF). Deve tomar-se precaução em doentes com condições que possam comprometer a LVEF e avaliar a LVEF previamente durante o tratamento. O lapatinib foi associado a notificações de toxicidade pulmonar incluindo doença intersticial pulmonar e pneumonia. Os doentes devem ser monitorizados quanto a sintomas de toxicidade pulmonar. **Outras hepatotoxicidades:** com a utilização de lapatinib, o qual poderá ser fatal em casos raros. A função hepática (transaminases, bilirrubina e fosfatase alcalina) deve ser monitorizada antes de iniciar o tratamento e depois mensalmente, ou conforme clinicamente indicado. A administração de lapatinib deve ser descontinuada se as alterações na função hepática forem graves e os doentes não devem voltar a ser tratados. É essencial precaução em caso de compromisso hepático moderado a grave. Recomenda-se precaução em caso de compromisso renal grave. Foram notificados casos de diarreia, incluindo diarreia grave no tratamento com lapatinib. É importante uma prevenção pró-activa da diarreia com agentes anti-diarreicos. Os casos graves de diarreia podem necessitar de administração oral ou intravenosa de electrolitos e fluidos, e interrupção ou descontinuação do tratamento com lapatinib. Deve ser evitado o tratamento concomitante com inibidores do CYP3A4 devido ao risco de diminuição na exposição ao lapatinib. Inibidores potentes do CYP3A4 devido ao risco de aumento na exposição ao lapatinib, como de exemplo, medicamentos com perfil terapêutico estreito que sejam substrato do CYP3A4 ou do CYP2C8, substâncias que aumentem o pH gástrico, uma vez que a solubilidade e o absorção de lapatinib podem diminuir. **INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS E OUTRAS FORMAS DE INTERACÇÃO:** Entre os outros medicamentos, sobre lapatinib O lapatinib é predominantemente metabolizado pelo CYP3A4. Deve evitar-se a administração concomitante de lapatinib com inibidores potentes do CYP3A4 (p.ex., ritonavir, saquinavir, telaprevira, telotolozol, itraconazol,

voriconazol, posaconazol, nefazodona). A administração concomitante com inibidores moderados do CYP3A4 deve ser feita com precaução e as reações adversas devem cuidadosamente monitorizadas. Deve evitar-se a administração concomitante de lapatinib com indutores conhecidos do CYP3A4 (p.ex., rifampicina, rifabuzina, carbamazepina, fenitoína ou hipertencin perfortum (Hiperfén)). O lapatinib é um substrato para os proteólitos transportadores P-gp (glucoproteína P) e BCRP. Os inibidores (atazanavir, efavirenz, quidinoil, saquinavir, oxilaprina, entranicicloro) e os indutores (ritonavir, efavirenz, efavirenz, efavirenz) destas proteínas podem alterar a exposição e/ou distribuição do lapatinib. A solubilidade do lapatinib é dependente do pH. Efeitos do lapatinib sobre outros medicamentos: O lapatinib inibe in vitro o CYP3A4 e o CYP2C8 a concentrações clinicamente relevantes. Deve evitar-se a administração concomitante de lapatinib com medicamentos que sejam substrato do CYP3A4 (p.ex., ciclosporina, tacrolimus e quiniidina) ou do CYP2C8 (p.ex., ropinirol). Caso lapatinib seja administrado em associação com podofilina (175 mg/m² cada três semanas), poderão ocorrer simultaneamente neutropenia grave e diarreia. Este facto justifica monitorização e tratamento precoce da diarreia. O lapatinib inibe in vitro os proteólitos de transporte P-gp, BCRP e OATP1B1. A relevância clínica deste efeito não foi avaliada. Não se pode excluir a possibilidade de lapatinib afectar a farmacocinética dos substratos do P-gp (p.ex., digoxina), do BCRP (p.ex., lapatinib) e do OATP1B1 (p.ex., rosuvastatina). A administração concomitante de lapatinib com capecitabina ou trastuzumab não afecta significativamente a farmacocinética destas fitomocinas (ou dos metabolitos da capecitabina) ou de lapatinib. Interações com alimentos e bebidas: A biodisponibilidade do lapatinib é aumentada até cerca de 4 vezes com alimentos, dependendo, p.ex., do conteúdo em matéria gorda da refeição. O curso de longo prazo de lapatinib na presença alimentar e aumentar a biodisponibilidade do lapatinib deve ser avaliado durante o tratamento com lapatinib. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** As reacções adversas mais frequentes (>25%) durante o tratamento com lapatinib mais capecitabina foram gastrointestinais (diarreia, náusea e vómitos) ou dermatológicas (eritematoso palmo-plantar [EPP] e erupção cutânea). A incidência de EPP foi semelhante em ambos os braços de tratamento de lapatinib mais capecitabina e de capecitabina em monoterapia. A diarreia foi a reacção adversa mais frequente que resultou numa descontinuação do tratamento tendo havido uma incidência semelhante em ambos os grupos de tratamento (lapatinib mais capecitabina: 5%; capecitabina: 3%). A seguinte convenção foi utilizada para a classificação da frequência: Muito frequentes (≥1/10), frequentes (≥1/100 e <1/10), pouco frequentes (≥1/1000 e <1/100), raras (≥1/10 000 e <1/1000), muito raras (<1/10 000), desconhecida (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Os efeitos indesejáveis não apresentados por ordem decrescente de gravidade dentro de cada classe de frequência. As seguintes reacções adversas foram notificadas como associadas à administração de lapatinib: **Cardiopulmonares:** Diminuição da fração de ejeção ventricular (ver secção 4.2 – redução da dose – efeitos cardíacos e secção 4.4). **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** Pouco frequentes: Doença intersticial pulmonar/prevalente. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Diarreia, que pode levar à desidratação (ver secção 4.2 – redução da dose ou atraso na sua administração – outras toxicidades e secção 4.4). Náuseas. Vómitos. **Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Erupção cutânea (incluindo dermatite eritematosa) (ver secção 4.2 – redução da dose ou atraso na sua administração – outras toxicidades). **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Muito frequentes: Anorexia. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Muito frequentes: Fadiga. **Afecções hepato-biliares:** frequentes: Eritema, hepatotoxicidade. As seguintes reacções adversas adicionais foram notificadas como associadas à terapêutica com lapatinib em associação com capecitabina com uma diferença de frequência superior a 5% comparativamente a capecitabina em monoterapia. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Diarreia. **Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Pele seca. Adicionalmente, foram notificadas as seguintes reacções adversas associadas à terapêutica com lapatinib em associação com capecitabina: muito raras: Erupção semelhante à do tecido de capecitabina em monoterapia. **Doenças do sistema nervoso:** frequentes: Cefaléias. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Estomatite, ulceração do orofaringe. **Afecções dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Eritematoso palmo-plantar. **Afecções musculoesqueléticas e dos tecidos conjuntivos:** Muito frequentes: Dor nas extremidades, dor nos ossos. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Muito frequentes: Infatigabilidade dos músculos. **Perturbações do foro psiquiátrico:** Muito frequentes: Insónia. **TÍTULO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Glaxo Group Limited, Berkeley Avenue, Greenford, Middlesex UB8 3NN, Reino Unido. **DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO:** 10/06/2008. Informação pormenorizada sobre este medicamento está disponível no Internet no site do Agência Europeia de Medicamentos (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>. Referências bibliográficas:

1. Tyverb[®] Resumo das Características do Medicamento disponível em <http://emea.europa.eu>.
2. Regulamento nº 726/2007 do parlamento Europeu e do Conselho de 31/Março/2004 JO L 136 de 30.04.2004.
3. Ofício de utilização dos ICH código nacional pelo Infumet, a 24 Junho 2008.
Para mais informações deverá contactar o representante local do titular de AIM.

AEOP/MSD

prémio de excelência
melhor artigo científico
2009...

A fim de incentivar o espírito de investigação e nível nacional em Oncologia, a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), com o apoio exclusivo da MSD, institui o Prémio de Excelência 2009 para o melhor artigo científico em Enfermagem Oncológica publicado na revista científica Onco.news. A AEOP tem assim convulso (obj) e coordenador ao Prémio de Excelência 2009 "Melhor artigo científico", com o seguinte:

REGULAMENTO

ART. 1º 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 destinar-se aos termos e condições deste regulamento.

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

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

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

ART. 5º O prémio destina-se a investigadores portugueses que se apresentem publicados na revista Onco.news, até a sua respectabilidade, durante o ano de 2009 em todos os campos de competência no âmbito de J.O.

ART. 6º Cada candidato ao grupo de candidatos poderá submeter apenas um único artigo de investigação, publicado obrigatoriamente na revista Onco.news, logo após a AEOP. A candidatura ao prémio é gratuita para os autores de artigos de publicação em revista. Os artigos devem ser enviados por correio eletrónico.

ART. 7º A candidatura consta das seguintes partes:

1. Apresentação online do formulário de inscrição na secção "Prémios" do site da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (www.aeop.net), fundamentando o seu interesse no concurso de prémio de Excelência e afirmando as regras de concurso;

2. Envio de artigo de investigação para publicação na revista Onco.news, devendo ter no título o prémio e o último nome do autor principal. Os textos deverão ser escritos em português e devem respeitar as normas de publicação da revista. Os artigos devem ser enviados por correio eletrónico;

3. Os artigos enviados e não publicados durante 2009, não podem ser objeto de concurso, mesmo tendo sido devidamente submetidos.

ART. 8º As candidaturas ao Prémio de Excelência "Melhor artigo científico 2009" são todos os artigos de investigação publicados na revista Onco.news de 2009 e cujo seu autor principal tenha submetido o formulário de inscrição on-line.

A última publicação de 2009 corresponde à revista de Novembro.

ART. 9º As candidaturas apresentadas serão analisadas por um júri composto no mínimo por três elementos escolhidos pela AEOP. Os membros do júri comprometem-se a guardar sigilo quanto aos trabalhos submetidos ao Prémio de Excelência.

ART. 10º Critérios de avaliação:

Um artigo publicado é elegível para consideração se:

1. Não se trata de uma revisão de literatura;
2. Se no trabalho, foi utilizado o paradigma de investigação;
3. A Metodologia utilizada inclui uma conceção experimental, qual seja experimental, correlacional, ou descritiva, bem como análises estatísticas apropriadas;
4. Utilização correta de metodologia qualitativa, caso se verifique;
5. Estrutura formalizada e enviada por correio eletrónico para a AEOP;
6. Apresentação, o artigo é um exemplo de pesquisa quantitativa ou qualitativa em enfermagem e supera todos os procedimentos para a prática clínica em cuidados oncológicos.

ART. 11º Critérios de Avaliação:

1. O(s) Autor(s) responder a uma importante e oportuna questão de investigação, estando diretamente ligados a um caso de fronteira científica e técnica que se relaciona com a prática de enfermagem oncológica;

2. O artigo contribuir para a literatura científica;

3. O(s) Autor(s) demonstrarem correta fundamentação da inclusão e da articulação de um modelo conceitual ou premissas teóricas através de conclusões;

4. O artigo é exemplar na sua articulação das conclusões de estudos anteriores com hipóteses, as conclusões atuais, e da discussão;

5. Tabelas e figuras configuram claros, simplificados, e suporte de informação estatística;

6. O resumo é uma síntese de pesquisa quantitativa ou qualitativa em enfermagem e supera todos os procedimentos para a prática clínica em cuidados oncológicos.

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

ART. 13º As decisões do júri serão tomadas por maioria não levando lugar a qualquer tipo de recurso. O júri poderá decidir pela não atribuição do prémio, caso considere não existirem trabalhos de investigação e concurso com qualidade suficiente para essa atribuição.

Nesses casos, competirá aos órgãos sociais da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa preparar a MSD a forma de atribuição desse prémio.

As inscrições e candidaturas serão recebidas até ao dia 31 de Novembro de 2009.

ART. 14º Os resultados serão divulgados a todos os candidatos via correio eletrónico.

ART. 15º A entrega do prémio ocorrerá 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

 **MERCK SHARP & DOHME**

O tratamento por radioembolização é mais indicado para tumores malignos em fase avançada, quando já não é aconselhável o recurso a cirurgia. Trata-se de um procedimento de radioterapia interna que consiste em, depois de aceder às artérias do fígado através de um cateterismo, administrar partículas radioactivas muito pequenas com menos de um milímetro de diâmetro. Estas partículas vão libertando selectivamente a radiação sobre o tumor.

É no carácter selectivo da técnica - ou seja a radiação só é administrada no local do tumor e não por todo o organismo -, que reside a principal vantagem comparativa deste tipo de tratamento. "Enquanto a radioterapia externa é muito tóxica, esta abordagem é selectiva, pelo que são necessárias doses menores", explica o médico de medicina nuclear.

Por outro lado, "a eficácia também é maior", assevera o clínico do Hospital da Luz. "Apesar do fígado ser dos órgãos que mais frequentemente é afectado por doença maligna, não é passível de se sujeitar a uma radioterapia externa, uma vez que esta implica doses muito elevadas. E, como o fígado é um órgão muito sensível, pode deixar de funcionar".

A técnica não é necessariamente indicada para todos os casos. Tal como reconhece Luís Rosa, "esta não é uma solução milagrosa e as decisões devem ser sempre tomadas por uma equipa multidisciplinar, composta por cirurgiões hepáticos, radiologistas e clínicos de medicina nuclear. "Cada caso é um caso, ca-

bendo à equipa escolher o melhor tratamento para cada fase da doença".

[DN ONLINE, 19 FEVEREIRO 2009]

Cálcio associado a um menor risco de cancro

Investigadores norte-americanos referiram que níveis mais elevados de cálcio estão associados a um menor risco de cancro em geral para as mulheres e a um menor risco de cancro colo-rectal nos homens e nas mulheres.

O Dr. Yikyung Park, do Instituto Nacional do Cancro, em Bethesda, e colegas analisaram dados de 293.907 homens e 198.903 mulheres que participaram num estudo sobre saúde e dieta alimentar.

Os participantes responderam a um questionário sobre os hábitos alimentares, quando iniciaram o estudo entre 1995 e 1996, relatando as quantidades e a frequência com que consumiam produtos lácteos e outros alimentos. Os dados foram então relacionados com os registos estatais oncológicos para identificar novos casos de cancro em 2003.

O estudo, publicado na "Archives of Internal Medicine", descobriu que, após uma média de sete anos de seguimento, 36.965 casos de cancro foram identificados em homens e 16.605 em mulheres.

Os autores do estudo referiram que, tanto nos homens como nas mulheres, a ingestão de alimentos lácteos e de cálcio estava inversamente associada aos cancros do sistema digestivo.

Um quinto dos homens que consumiram a maior quantidade de cálcio através de alimentos ou

suplementos, cerca de 1 530 miligramas por dia, tinham um risco 16 por cento menor de sofrerem destes tipos de cancros do que um quinto que consumiu a menor quantidade, 526 miligramas por dia.

Para as mulheres, um quinto das que consumiram a maior quantidade de cálcio, 1 881 miligramas por dia, apresentaram um risco 23 por cento menor do que um quinto daquelas que consumiram a menor quantidade, 494 miligramas por dia.

[FARMACIA.COM.PT, 25 DE FEVEREIRO DE 2009]

Vinho tinto ajuda a prevenir cancro do esófago

Investigadores norte-americanos afirmam que o consumo moderado de vinho tinto, correspondente a um ou dois copos por dia, pode prevenir lesões que precedem os tumores.

A revelação foi feita por cientistas da Califórnia, Estados Unidos, que ao estudar a relação entre o consumo de álcool e o adenocarcinoma de esófago descobriram que as pessoas que bebem um ou dois copos de vinho tinto por dia apresentavam uma redução do risco de 56% da ocorrência de uma lesão pré-cancerígena, chamada de esófago de Barrett.

Essa lesão surge quando a parede da região entre o estômago e o esófago sofre alterações celulares devido a contacto constante com o suco gástrico, sendo que esta alteração ocorre em cerca de 5% da população, e aumenta entre 30 e 40 vezes a probabilidade de desenvolvimento do cancro do esófago.

No decorrer do estudo foram acompanhados mais de mil adultos durante dois anos, período no qual foram comparados o consumo de álcool, o tipo de bebida e factores corporais e o aparecimento das lesões esofágicas.

Não foi constatada uma relação entre o consumo de álcool e o aumento do risco de alterações do esófago, sendo que no caso do vinho tinto o efeito foi mesmo directamente o oposto. Os investigadores acreditam que as propriedades antioxidantes do vinho tinto possam contrabalançar os efeitos prejudiciais do ácido na parede do esófago.

[FARMACIA.PT, 10 DE MARÇO DE 2009]

Sutent eficaz contra cancro pancreático raro

Um estudo do fármaco Sutent (sunitinib), da Pfizer Inc, revelou que o medicamento retardou a progressão de uma forma rara de cancro pancreático, que afecta milhares de pessoas a nível global, tendo por isso sido terminado mais cedo.

Uma comissão independente de segurança, que monitorizou o estudo de última fase, recomendou o seu termino, após concluir que os pacientes tratados com Sutent permaneceram livres da progressão da doença durante mais tempo do que aqueles que receberam placebo mais cuidados de suporte.

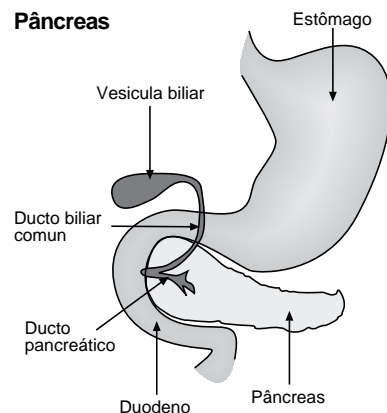
Os pacientes do estudo sofriam de tumores avançados das células das ilhotas pancreáticas, também conhecidos como tumores neuroendócrinos. Estes tumores ocorrem em células especializadas do pâncreas que segregam uma variedade

de hormonas, incluindo insulina e enzimas envolvidas na digestão.

Outros tipos de cancros pancreáticos ocorrem nos ductos do pâncreas, pequenos tubos que transportam as enzimas digestivas produzidas no pâncreas para o intestino delgado.

Esta forma de cancro pancreático do estudo refere-se a apenas cerca de 5 por cento de todos os casos de cancro do pâncreas, mas cresce e espalha-se mais lentamente do que outros tipos de cancro pancreático.

Contudo, quando a cirurgia para a remoção do cancro não é possível, ou quando o cancro volta após a cirurgia, a esperança de vida é apenas de alguns anos e os pacientes podem experienciar sintomas difíceis, tais como níveis elevados de insulina potencialmente fatais e úlceras do estômago.



O Sutent actualmente está aprovado para o tratamento do cancro renal avançado e para tumores do tracto gastrointestinal. Dada a tendência claramente favorável, os pacientes que receberam Sutent

no ensaio vão continuar a receber o fármaco e aqueles que receberam placebo terão agora a opção de receberem o fármaco.

[FARMACIA.COM.PT, 16 DE MARÇO DE 2009]

LEUCEMIA

Tratamento com arsénio e vitamina A efectivo para pacientes com leucemia

Resultados de um estudo de longo prazo parecem indicar que os investigadores conseguiram tratar efectivamente e com segurança a pacientes com leucemia, um cancro do sangue e da medula óssea, com uma combinação de arsénio e vitamina A.

No artigo publicado na "Proceedings of the National Academy of Sciences", os investigadores chineses referiram que prescreveram o regime a 85 pacientes e monitorizaram-nos durante uma média de 70 meses.

Destes pacientes, 80 atingiram uma remissão completa e os investigadores não encontraram, a longo prazo, quaisquer problemas associados nos seus corações ou pulmões, não tendo havido desenvolvimento de cancros secundários.

Os investigadores referiram que, dois anos após o tratamento, os pacientes apresentavam níveis de arsénio no sangue e na urina bem abaixo dos limites de segurança e apenas ligeiramente mais elevados do que os níveis de controlo.

O tratamento foi efectivo e actuou melhor do que qualquer um dos compostos administrados isoladamente.

Os autores recomendaram que o tratamento seja administrado a pacientes com cancro do sangue e da medula óssea, ou leucemia promielocítica aguda.

Embora a vitamina A seja considerada por alguns peritos como um tratamento viável, esta é a primeira vez que a sua utilização é monitorizada durante um período de tempo tão extenso. Desde o século XVIII, os compostos do arsénio têm sido utilizados como medicamentos para tratar determinados problemas. A agência norte-americana que regula os medicamentos (FDA) aprovou a sua utilização para o tratamento de pessoas com cancro do sangue e da medula óssea em 2000.

[FARMACIA.COM.PT, 18 DE FEVEREIRO DE 2009]

CANCRO MAMA

Tibolona aumenta risco de recorrência de cancro da mama

Descobertas de um estudo, publicadas na "The Lancet Oncology", demonstraram que a utilização de tibolona, um fármaco para o tratamento de substituição hormonal, em pacientes com cancro da mama que têm sintomas vasomotores resultou num aumento de 40 por cento do risco de recorrência do cancro, em comparação com as pacientes que receberam placebo.

O estudo, que foi terminado seis meses antes do previsto devido ao risco elevado, envolveu 3.098 mulheres, com sintomas vasomotores, que se submeteram a tratamento cirúrgico para o cancro da mama, que receberam aleatoriamente uma dose diária de tibolona ou de placebo.

Após um seguimento médio de 3,1 anos, os dados indicaram que as mulheres que receberam tibolona apresentaram um aumento de 15,2 por cento na recorrência do cancro, em comparação com um aumento de 10,7 por cento naquelas que receberam placebo.

Contudo, os investigadores referiram que os sintomas vasomotores e a densidade mineral óssea melhoraram significativamente no grupo que recebeu tibolona, em comparação com as que receberam placebo.

O investigador principal, o Dr. Peter Kenemans, e colegas referiram que muitas pacientes com cancro da mama utilizam actualmente a tibolona para os sintomas da menopausa, mas os resultados do ensaio demonstram que os médicos não devem prescrever o medicamento a sobreviventes de cancro.

A tibolona, que é comercializada como Clitax, Goldar, Livial, Tibolona Teva (genérico) ou Ulcinil, pertence ao grupo de medicamentos denominados de Terapêutica Hormonal de Substituição (THS). O fármaco está indicado para o alívio dos sintomas resultantes da menopausa (natural ou cirúrgica) e para a prevenção e tratamento da osteoporose pós-menopáusicas (enfraquecimento dos ossos).

Na menopausa (ou após um cirurgia para remoção dos ovários) o organismo feminino pára de produzir estrogénio, a hormona feminina. Podem então surgir nas mulheres certas queixas, tais como afrontamentos, suores nocturnos, irritação vaginal, depressão e desejo

sexual diminuído. A deficiência em hormonas sexuais pode também causar a rarefacção dos ossos (osteoporose).

[FARMACIA.COM.PT, 20 DE FEVEREIRO DE 2009]

Mulheres com gene do cancro da mama preferem mastectomia como prevenção

Estudo afirma que a maioria das portadoras do gene responsável pelo cancro da mama prefere realizar uma mastectomia como forma de prevenção.

Existem diversos tipos de estratégias para as mulheres que têm a mutação do gene BRCA1 ou BRCA2, que predispõe a mulher ao aparecimento de cancro da mama.

Os cientistas da Universidade do Texas, Estados Unidos, entrevistaram diversas mulheres que tinham testado positivo para a mutação do gene BRCA, notando que cerca de dois terços delas acreditavam que a mastectomia preventiva era a forma mais eficaz de prevenir o desenvolvimento do cancro da mama, ou mesmo a sua preocupação relativamente a um possível aparecimento da doença.

Apenas 40% das que testaram negativo para a mutação viam a cirurgia com a melhor forma preventiva, e apenas um terço acreditava que o referido procedimento seria a melhor forma de reduzir a sua preocupação de vir a ter cancro da mama.

"Os profissionais de saúde e aconselhadores de genética devem ter isto em conta quando analisam as pretensões das mulheres quando os resultados genéticos são divulgados", afirmaram os autores do estudo.

Os investigadores descobriram que 81% das mulheres que viam a mastectomia preventiva como a melhor forma de reduzir o risco de cancro acabavam mesmo por recorrer a este procedimento após terem testado positivo nos testes genéticos

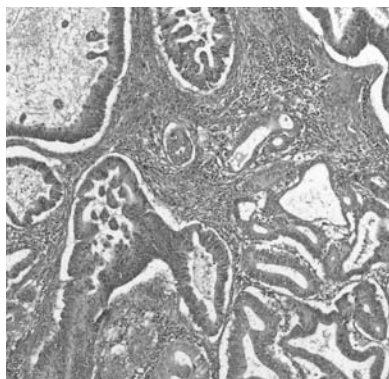
[FARMACIA.PT, 13 DE MARÇO DE 2009]

CANCRO GINECOLÓGICO

Vacina HPV: Infarmed garante que benefício é superior a eventuais riscos

A Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (Infarmed) afirmou que o benefício da vacina Gardasil®, contra o vírus que provoca o cancro do colo do útero, "mantém-se claramente superior ao risco" de eventuais reacções adversas.

Podemos ainda adiantar que nenhuma das reacções adversas constitui facto novo, estando descritas no respectivo Resumo das Características do Medicamento (RCM). É de sublinhar, a propósito, que o perfil de benefício da vacina contra o HPV [vírus do papiloma humano] não sofreu alteração. Isto é, de acordo com a informação actualmente disponível, o benefício



do medicamento mantém-se claramente superior ao risco", esclareceu o Infarmed à Agência Lusa.

A propósito de notícias sobre reacções adversas possivelmente relacionadas com a vacina em Espanha, também o director-geral da Saúde, Francisco George, defendeu que "não existem razões ou evidências que justifiquem a suspensão da vacinação, reforçando-se a recomendação de administrar a vacina HPV, Gardasil®, de acordo com as orientações do Programa Nacional de Vacinação".

Por seu turno, o cenário no país vizinho, levou a que mais de metade dos especialistas em Saúde Pública das universidades espanholas assinassem um manifesto a pedir a suspensão da vacinação contra o vírus que provoca o cancro do colo do útero por considerarem duvidosa a relação custo/eficiência do tratamento e não estar totalmente provada a sua segurança, avança a agência Lusa.

[FARMACIA.COM.PT, 20 DE FEVEREIRO DE 2009]

Acrilamida não está associado ao risco de cancro do endométrio

Há sete anos foi lançado um alerta relativamente ao facto da acrilamida, um composto encontrado nos alimentos aquecidos a altas temperaturas, poder provocar cancro. Contudo, estudos não descobriram associações ao cancro do cólon ou da mama, e agora um estudo sueco indica que a ingestão a longo prazo de acrilamida não aumenta o risco de cancro do endométrio. De acordo com o relatório publicado na "International Journal of Cancer", os dados de

estudos com animais têm suportado o efeito causador de cancro da acrilamida. Na realidade, em 2005 a Organização Mundial de Saúde (OMS) requereu a diminuição dos níveis de acrilamida nos alimentos.

Por outro lado, segundo a Dr. Susanna C. Larson, do Instituto Karolinska, em Estocolmo, as evidências baseadas na população têm refutado amplamente a existência de um risco significativo de cancro devido à ingestão de acrilamida.

Uma excepção é um estudo holandês, relatado há dois anos, no qual a ingestão de acrilamida estava associada a cancros do endométrio e dos ovários nas mulheres na pós-menopausa que nunca tinham fumado. Para estudar esta situação, a equipa de investigadores analisaram dados de 61 mil mulheres. Estas completaram questionários alimentares quando se registaram entre 1987 e 1990 e depois novamente em 1997.

Durante um período de seguimento médio de 17 anos, 687 mulheres desenvolveram cancro do endométrio. Contrariamente ao estudo holandês, os investigadores suecos não encontraram qualquer evidência de que a ingestão de acrilamida influencie o risco da doença, quer as mulheres fumem ou não.

[FARMACIA.COM.PT, 18 DE MARÇO DE 2009]

CANCRO UROLÓGICO

Estudo encontra ligação entre infertilidade masculina e cancro testicular

Investigadores norte-americanos relataram que os homens inférteis têm aproximadamente uma

probabilidade três vezes maior de desenvolverem cancro testicular do que aqueles que não têm problemas de fertilidade.

A descoberta sugere uma causa comum para ambos os problemas, talvez erros na forma como o organismo tenta reparar os danos do material genético ou factores ambientais.

Os investigadores relataram na "Archives of Internal Medicine" que, enquanto a relação infertilidade-cancro foi encontrada na Europa, o novo estudo, que analisou mais de 22 mil homens da Califórnia, é a maior investigação dos Estados Unidos até agora.

O Dr. Thomas Walsh e colegas da Universidade da Califórnia, em San Francisco, referiram que os homens do estudo foram avaliados em centros de tratamento para a infertilidade. Aqueles que revelaram ser inférteis tinham uma probabilidade de 2,8 vezes maior de desenvolver cancro testicular, em relação à população geral.

O Dr. Walsh, agora na Faculdade de Medicina da Universidade de Washington, em Seattle, referiu que os investigadores não acreditam que o tratamento para a infertilidade seja a raiz do problema, pois os homens não se submetem a cirurgia, nem tomam fármacos para a infertilidade.

Os investigadores referiram que uma explicação mais plausível é que uma exposição comum está por detrás da infertilidade e do cancro testicular. Estudos anteriores sugerem que determinadas formas graves de infertilidade masculina estão associadas a uma defeituosa

reparação do ADN, o que também está associado a um desenvolvimento de tumores. Adicionalmente, outras investigações têm sugerido uma interacção envolvendo os factores genéticos e os ambientais.

Durante os últimos 30 a 50 anos, tem havido um aumento notável e continuado da incidência de cancros testiculares, especialmente nos países escandinavos.

Durante o mesmo período existem evidências de um declínio da qualidade do sêmen e da fertilidade nos países industrializados. Contudo, ainda não é claro se estas duas tendências são independentes ou se estão relacionadas uma com a outra.

[FARMACIA.COM.PT, 27 DE FEVEREIRO DE 2009]

GlaxoSmithKline procura aprovação de medicamento para o cancro renal

A farmacêutica GlaxoSmithKline (GSK) efectuou um pedido à Agência Europeia de Medicamentos (EMA na sigla inglesa) para aprovação do medicamento

pazopanib, indicado para o tratamento do cancro renal em estado avançado ou carcinoma metastático de células renais.

A GSK indicou que o pedido de autorização para comercializar o medicamento foi baseado nos resultados de um estudo com o inibidor de angiogénese como tratamento em pacientes com cancro renal em estado avançado.

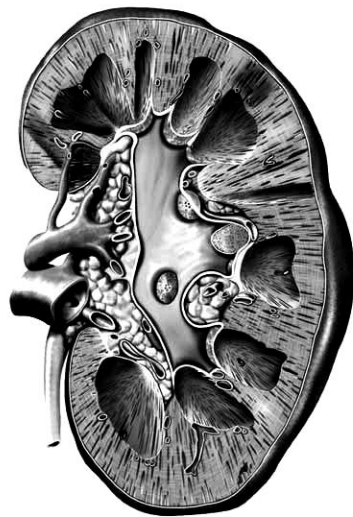
O pazopanib, que tem vindo a ser desenvolvido para tratar diversos tipos de tumores, está actualmente a ser analisado em três estudos diferentes, tendo sido submetido um pedido à agência reguladora norte-americana (FDA) para o aprovar como tratamento da doença. O cancro renal representa cerca de 2% dos cancros em adultos, e afecta uma vez e meia mais os homens do que as mulheres. Os tumores sólidos de rim são, habitualmente, cancerosos, enquanto os quistos do rim (cavidades fechadas, cheias de líquido) geralmente não o são.

[FARMACIA.PT, 10 DE MARÇO DE 2009]

Vegetais podem reduzir risco do cancro da próstata

Investigadores chineses afirmam que uma dieta rica em vegetais pode diminuir o risco de contrair cancro da próstata. A equipa de investigadores examinou mais de cem estudos, concluindo que o mecanismo primário deste efeito positivo dos vegetais seria uma protecção antioxidante contra o ADN e danos celulares.

Os cientistas afirmaram que os tomates e os seus bioprodutos continham o carotenóide antioxidante licopeno. Estudos anteriormente



realizados demonstraram resultados inconsistentes na diminuição do risco do cancro da próstata, mas os alimentos com licopeno são provavelmente protectores.

Os flavonóides são um grupo de compostos químicos encontrados naturalmente em certas frutas, vegetais, chás, vinhos, nozes, sementes e raízes, e que têm propriedades antioxidantes e anti-inflamatórias. Existem diversas pesquisas que sugerem que o consumo de legumes, incluindo produtos de soja, protegem contra o cancro da próstata.

Outro grupo de vegetais, que inclui o alho, cebolas, entre outros, apresenta também vários benefícios, mas estudos efectuados são, no entanto, limitados.

Os vegetais crucíferos, como os brócolos, couves-de-bruxelas, couve, entre outros têm propriedades anticancerígenas, mas estudos efectuados com pessoas são também limitados, afirmaram os investigadores.

[FARMACIA.COM.PT, 13 DE MARÇO DE 2009]

Suplementos de ácido fólico podem aumentar risco de cancro da próstata

Novas investigações publicadas na "Journal of the National Cancer Institute" demonstram que demasiado ácido fólico aumenta o risco de cancro da próstata.

A Dra. Jane C. Figueiredo, da Universidade do Sul da Califórnia, em Los Angeles, referiu que os homens que tomam 1 miligrama de ácido fólico têm uma probabilidade três vezes maior de desenvolver cancro da próstata, durante um período de 10 anos, em comparação com os homens que receberam placebo.

A Dra. Figueiredo relatou à Reuters Health que é provável que o folato seja benéfico para muitas questões de saúde, mas em demasia pode não ser tão benéfico.

A Dra. Figueiredo e os colegas têm estado a investigar se administrar aspirina ou ácido fólico poderá ajudar a prevenir o desenvolvimento de lesões pré-cancerígenas no cólon e recto, tendo descoberto que o ácido fólico na realidade aumenta a probabilidade das pessoas desenvolverem estas lesões.

Os investigadores conduziram então uma análise secundária para determinar se o ácido fólico e a aspirina poderiam afectar o risco de cancro da próstata.

Enquanto a aspirina não teve qualquer efeito, os investigadores descobriram que 9,7 por cento dos 327 homens que tomaram ácido fólico desenvolveram cancro da próstata durante o estudo, em comparação com 3,3 por cento dos 316 homens a receber placebo. Isto traduziu-se num risco 2,63 vezes maior de desenvolver a doença.

O ácido fólico tem um papel essencial no crescimento celular e divisão das células, por isso um excesso de fornecimento pode acelerar o crescimento de tumores. O organismo absorve mais rapidamente o ácido fólico do que o folato.

O ácido fólico é a forma sintética do folato, uma vitamina B encontrada nos vegetais de folha verde e outros alimentos.

A Dra. Figueiredo referiu que se pode conseguir mais folato se se ingerir suplementos de ácido fólico, em comparação à ingestão ape-

nas de fontes naturais, sendo que este facto pode ser relevante. Tomar ácido fólico em comprimidos pode não ser tão bom como consumi-lo através de fontes alimentares.

Os investigadores, quando observaram as quantidades de folato que os homens consumiam através da dieta, descobriram que uma maior ingestão estava associada a um menor risco de cancro da próstata, embora a relação não tenha sido estatisticamente significativa.

[FARMACIA.COM.PT, 16 DE MARÇO DE 2009]

Ácidos gordos ómega-3 reduzem risco de cancro da próstata avançado

Investigadores norte-americanos referiram que os ácidos gordos ómega-3 parecem ter um efeito protector contra o cancro da próstata avançado, mesmo nos homens que apresentam uma variante particular no gene COX-2, que aumenta o risco da doença.

O Dr. John S. Witte, da Universidade da Califórnia, em São Francisco, afirmou que investigações anteriores têm demonstrado a protecção fornecida pelos ómega-3, mas este é um dos primeiros estudos que demonstra a protecção contra o cancro da próstata avançado e a interacção com o gene COX-2.

Os investigadores realizaram uma análise a 466 homens diagnosticados com cancro da próstata agressivo e a 478 homens saudáveis. A dieta foi avaliada através de questionários de frequência de alimentos e os investigadores efectuaram ainda a genotipagem de nove variantes do COX-2. A equipa de investigação relatou, na "Clinical Cancer

Research”, que aumentar a ingestão de ácidos gordos ómega-3 de cadeia longa, como os encontrados no salmão e marisco, foi fortemente associada a uma diminuição do risco de cancro da próstata agressivo.

Os homens que consumiram a maior quantidade destes ómega-3 apresentaram uma redução de 63 por cento do risco de cancro da próstata agressivo, em comparação com os homens que consumiram a menor quantidade.

O Dr. Witte sublinhou que um facto importante é que este efeito protector foi ainda mais forte nos homens que apresentam uma variante do COX-2, a rs4647310, que é um factor de risco do cancro da próstata.

Especificamente, os homens com baixa ingestão de ómega-3 e com esta variante em particular tinham cinco vezes mais risco de cancro da próstata avançado. Por outro lado, os homens com elevada ingestão de ómega-3 tinham um

risco substancialmente reduzido, mesmo se apresentavam a variante rs4647310.

Por outras palavras, o risco acrescido de cancro da próstata avançado associado à variante rs4647310 do gene COX-2 foi essencialmente invertido pelo aumento da ingestão de ácidos gordos ómega-3 de cadeia longa, em meio grama por dia.

Em termos práticos, o efeito mais forte foi observado através da ingestão de peixes de carne escura, como o salmão, uma ou mais vezes por semana.

[FARMACIA.PT, 27 DE MARÇO DE 2009]

ESTATÍSTICA EM ONCOLOGIA

Estilo de vida saudável pode bastar para reduzir em 40% o risco de cancro

Estudo publicado hoje critica o excesso de sal na dieta dos portugueses

Um terço dos doze cancros mais comuns nos países ricos e um quarto dos casos nos países pobres ou em vias de desenvolvimento podia ser evitado com uma dieta equilibrada, boa nutrição e exercício físico.

Esta é uma das conclusões do relatório divulgado hoje pelo Fundo Mundial para a Investigação do Cancro (WCRF) que confirma e analisa detalhadamente o peso de um estilo de vida saudável na redução do risco de cancro. No caso do cancro da mama e do intestino, por exemplo, o risco cai 40 por cento. Os peritos terão deixado fora destas estatísticas a negra ameaça do tabaco.

Os valores podem ir desde os 75 por cento a seis por cento. É a margem de impacto que as nossas escolhas e o ambiente em que vivemos podem ter no risco de cancro. Exemplos: Aumentar a quantidade de vegetais e fruta ingeridos pode traduzir-se numa queda de 67 por cento dos casos anuais de cancro da boca, faringe e laringe. No cancro do esófago estas opções associadas a um consumo reduzido de álcool pode significar menos 75 por cento dos casos nos Reino Unido. As consequências variam de país para país tendo em conta a análise dos respectivos consumos registados em vários indicadores. O relatório, intitulado Políticas e Acção para a Prevenção do Cancro, inclui uma referência específica a Portugal: o excesso de sal, que tem sido associado ao cancro de estômago. “Algumas dietas tradicionais, como as do Japão, Portugal e Brasil, são excepcionalmente salgadas”, critica o documento.



”É um relatório optimista”, nota Michael Marmot, um dos peritos do painel que reuniu 23 especialistas de vários países, no site oficial do WCRF. Segundo explica, o documento contradiz a percepção fatídica que pode ser dada ao cancro [as estimativas referem que apenas cerca de 20 por cento dos casos são hereditários] e mostra que há uma parte substancial das neoplasias que pode ser eliminada. Depende ”apenas” de nós ou, segundo o relatório, das medidas que podem ser adoptadas por nove grupos de actores da sociedade. Desde o pai ou a mãe que escolhe o que comprar no supermercado para levar para casa até ao governo que poderá impor uma política severa de rotulagem dos produtos, entre muitas outras medidas, passando pela oferta de alimentos que existe numa escola ou no local de trabalho. Em 2007, o painel de especialistas do WCRF tinha publicado um relatório que já alertava para as causas do cancro, associadas à comida, nutrição e prática de exercício físico, e avançava com uma série de recomendações. Desta vez, foram mais longe. ”Primeiro olhámos para as causas da doença. Agora quisemos olhar para as causas das causas. Quisemos perceber porque é que as pessoas bebem assim, comem assim, ou são sedentários”, refere Michael Marmot. A resposta, acrescenta, está em factores sociais, ambientais e culturais e, por isso, as soluções também devem ser procurados no mesmo sítio. ”Não nos podemos dar ao luxo de não fazer nada. Os custos da inacção são enormes”, sublinha o perito. Os

números são conhecidos mas Marmot repete: Actualmente registam-se 11 milhões de novos casos de cancro por ano e sete milhões de mortes. Em 2020, e muito devido à epidemia da obesidade, estes valores deverão aumentar para 15 milhões de novos casos e 10 milhões de mortes. Os especialistas fizeram questão de apresentar uma lista de medidas a adoptar sem qualquer hierarquia. Fala-se mais um vez em evitar o açúcar, limitar o consumo de carnes vermelhas, beber pouco, comer cinco porções de fruta e vegetais por dia, fazer 30 minutos de exercício físico por dia.

”Já sabíamos que os hábitos de vida, incluindo o tabaco, eram responsáveis por 60 por cento das neoplasias, mas é importante um estudo fundamentado que confirme isso definitivamente”, comenta Vítor Veloso, especialista no Instituto Português de Oncologia e presidente da Liga Portuguesa Contra o Cancro. Segundo espera, os dados funcionam para sensibilizar a população mas, mais importante, ”devem servir para ajudar os responsáveis pela saúde a tomar decisões políticas e definir estratégias de prevenção do cancro”.

[PUBLICO.PT, 26.02.2009]

Fármaco para cancro eficaz em doentes com lúpus

Um estudo inglês sugere que um fármaco indicado para tratar o cancro - o Rituxan® (rituximab) - pode tornar-se no primeiro medicamento aprovado em 50 anos para o tratamento da nefrite do lúpus.

A investigação realizada ao longo de 22 meses por cientistas

do Colégio Imperial de Londres envolveu 20 pessoas portadoras deste problema renal causado pelo lúpus eritematoso sistémico, revela a Reuters UK.

Segundo a equipa de investigadores ingleses, os resultados permitiram concluir que o Rituxan® (rituximab) tem como alvo de acção as células B hiperactivas que contribuem para a inflamação dos rins em pessoas diagnosticadas com lúpus. ”Após o tratamento com Rituxan, 60% dos doentes demonstraram fortes sinais de melhoria”, afirmaram.

Caso os resultados deste estudo sejam comprovados em ensaios clínicos mais alargados, o fármaco pode ser aprovado para o tratamento desta doença auto-imune e tornar-se, assim, na primeira cura farmacológica.

De referir que o medicamento não surtiu qualquer efeito em doentes com ascendentes africanos ou naqueles que apresentavam baixos níveis de albumina no sangue.

[FARMACIA.COM.PT, 18 DE MARÇO DE 2009]