

# ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

# 7

NÚMERO 07 · INVERNO 2008

## CARTA EDITORIAL

A coordenadora editorial perspectiva o ano de 2009 relativamente á revista onco.news.

## VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DA GUIDELINE DE ENSINO A PACIENTES EM QUIMIOTERAPIA E SEUS FAMILIARES

Este artigo investigacional trata a validação do conteúdo e da compreensão do instrumento de comunicação escrita “Validação do conteúdo da Guideline de ensino a pacientes em quimioterapia e seus Familiares”. A análise dos dados possibilitou avaliar os tópicos da guideline considerados satisfatórios e os que necessitavam ser reformulados.

## ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DE «PESSOA» NA SUA DIMENSÃO DE «RELAÇÃO»

Este artigo de revisão analisa o “relação interpessoal” nas suas três distintas dimensões: uma relação sócio – económica (sob o ponto de vista jurídico), uma técnico-científica e uma relação de ajuda entre o profissional e o doente. É nesta terceira dimensão que o autor centra a sua análise fenomenológica, perspectivando-a como um modelo de valores e como um modelo individual de «pessoa-valor».

## ESTUDO DA EMESE NO TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM CANCRO COLO-RECTAL

O presente estudo analisa o impacto das náuseas e dos vómitos do tratamento de quimioterapia e de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro colo-rectal. Os dados obtidos revelam que os doentes portadores de cancro colon-rectal que efectuaram tratamento de quimioterapia ou radioterapia apresentam náuseas e vómitos consideráveis.

## ESTUDOS INVESTIGACIONAIS AEOP

È dado conhecimento do desenvolvimento do estudo Pigar – patient information about Gist and Renal carcinoma treatment, e são apresentados os resultados preliminares do estudo Art – Anaemia registry treatment.



Associação de Enfermagem  
Oncológica Portuguesa

# A eficácia com comodidade na dose certa

**NEORECORMON 30.000 UI SOLUÇÃO INJECTÁVEL EM SERINGA PRÉ-CHEIA** Uma seringa pré-cheia (0,6 ml) contém 30.000 unidades internacionais (UI) correspondendo a 250 microgramas de epoetina beta. Excipientes: ureia, cloreto de sódio, polissorbato 20, dihidroge-nofosfato de sódio di-hidratado, fosfato disódico dodeca-hidratado, cloreto de cálcio di-hidratado, glicina, L-Leucina, L-Isoleucina, L-Treonina, L-Ácido glutâmico, L-Fenilalanina e água para preparações injectáveis.

**INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS:** Tratamento da anemia sintomática em doentes adultos com neoplasia não-mielóide, a receber quimio-terapia.

**POSOLOGIA E ADMINISTRAÇÃO:** A terapêutica com NeoRecormon deve ser iniciada por médicos com experiência na indicação acima mencionada. NeoRecormon está pronto a usar. O medicamento destina-se apenas a uma administração. A dose semanal pode ser administrada por via subcutânea numa injeção uma vez por semana ou dividida em doses individuais 3 a 7 vezes por semana. A dose inicial recomendada é de 30.000 UI por semana (aproximadamente 450 UI/Kg de peso corporal por semana).

A variabilidade da hemoglobina deve ser corrigida através da alteração da dose, tendo em conta o intervalo alvo de 10 g/dl a 12 g/dl. Devem ser evitados valores mantidos de hemoglobina superiores a 12 g/dl. O tratamento deve ser prolongado até 4 semanas após o final da quimio-terapia. A dose máxima não deve exceder 60.000 UI por semana. Para mais informação sobre o cálculo e ajustes da dose e informação sobre populações especiais, consultar o RCM de NeoRecormon.

**CONTRA-INDICAÇÕES:** Hipersensibilidade ao medicamento. Hipertensão mal controlada.

**ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES:** NeoRecormon deve ser usado com precaução em presença de anemia refractária com excesso de blastos em transformação, epilepsia, trombocitose, insuficiência hepática crónica. Deve ser excluída a deficiência em ácido fólico e em vitamina B12. Pode ser necessário instituir terapêutica suplementar com ferro. Foram reportados casos de aplasia eritróide pura resultante da formação de anticorpos anti-eritropoetina neutralizantes, associados à terapêutica com eritropoetina e NeoRecormon. Os doentes em que se suspeite, ou tenha sido confirmado, o desen-

volvimento de anticorpos anti-eritropoetina neutralizantes, não devem ser transferidos para o NeoRecormon. Recomenda-se a interrupção transitória de NeoRecormon se o aumento da pressão arterial não puder ser controlado. Podem ocorrer crises hipertensivas com sintomas do tipo encefalopatia. Deve ser dada particular atenção a cefaleias de aparecimento súbito, do tipo enxaqueca, como um possível sinal de alerta. Foi observado um aumento do risco de morte e acontecimentos cardiovasculares graves quando os agentes estimuladores da eritropoese (AEEs) foram administrados para se atingirem valores alvo de hemoglobina > 12 g/dl.

Como com todos os factores de crescimento, existe a dúvida se as epoetinas podem estimular o crescimento de tumores. Em vários estudos clínicos controlados, as epoetinas não demonstraram melhorar a sobrevivência global ou reduzir o risco de progressão do tumor nos doentes com anemia associada à neoplasia. Nalguns estudos clínicos controlados, a utilização de AEEs evidenciou menor tempo até à progressão do tumor, menor sobrevivência global e aumento do risco de morte. Recomenda-se a monitorização regular do número de plaquetas, hemoglobina e dos níveis séricos de potássio e fosfato. No caso de se verificar níveis de potássio elevados ou crescentes, deve considerar-se a hipótese de suspender a administração de NeoRecormon até normalização dos valores. NeoRecormon contém fenilalanina. Tal, deverá ser tido em consideração em doentes com formas graves de fenilcetonúria.

**EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Aproximadamente 8% dos doentes tratados poderão apresentar reacções adversas. São frequentes cefaleias, acontecimentos tromboembólicos e hipertensão. Nalguns doentes observa-se uma diminuição dos parâmetros séricos do ferro. Raramente: reacções cutâneas tais como erupções cutâneas, prurido, urticária ou reacções no local de injeção. Em casos muito raros: reacções anafilactóides e sintomas gripais ligeiros ou moderados tais como febre, arrepios, cefaleias, dores nos membros, mal-estar e/ou dores ósseas.

Representado em Portugal por Roche Farmacêutica Química, Lda., Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados.

Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda. Fevereiro 2008

## NÚMERO 07 • INVERNO 2008

### 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

Pedro Emanuel Figueiredo  
Patrícia Sanches Salles  
Rosiani de Cássia Castro  
Vera Lúcia Dias  
Carla Susana Alves  
Mónica Ferraz Pinho  
Ana Mafalda Rodrigues Macedo  
Vera Lúcia Alves Duarte  
Maria de Fátima Rodrigues Francisco  
Ana Cristina Nunes

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

## ÍNDICE

### 02 CARTA EDITORIAL

Mónica Castro  
Coordenação Editorial

## ARTIGOS

### 04 ESTUDO DA EMESE NO TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM CANCRO COLO-RECTAL

Pedro Emanuel Santos Ribeiro Figueiredo

### 10 ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DE “PESSOA” NA SUA DIMENSÃO “RELAÇÃO”

M. Jorge Freitas Almeida

### 20 VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DA GUIDELINE DE ENSINO A PACIENTES EM QUIMOTERAPIA E SEUS FAMILIARES

Patrícia Sanches Salles, Rosiani de Cássia Boamorte Ribeiro Castro

## INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

### 27 2ª REUNIÃO NACIONAL AEOP SUBMISSÃO TRABALHOS TERMINA A 30 ABRIL 2009

ENCONTROS DA PRIMAVERA MARÇO 2009

FEVEREIRO 2009: PROMOÇÃO SAÚDE ESCOLAR

AEOP GRUPO DIGESTIVO – PRIMEIRO WORKGROUP CRIADO

PRÉMIO EXCELÊNCIA 2009 “CONTRIBUIÇÃO PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA”

PRÉMIO EXCELÊNCIA 2009 “PUBLICAÇÃO ARTIGOS DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA”

## INVESTIGAÇÃO

### 29 PROGRAMA NACIONAL PIGART

Patient Information about GIST and Renal carcinoma Treatment

### 30 PROGRAMA NACIONAL ART

Anemia Registry and Transfusions

## DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

### 31 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

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



**I**niciado um novo ano é natural que se reveja o que já foi realizado e se perspective o que se pretende alcançar. A Onco.news também sofreu este processo e embora possa celebrar os números já editados, a nossa aspiração é melhorar a sua qualidade e assegurar que a sua contribuição para o crescimento da Enfermagem dentro da área oncológica seja efectiva.

Se numa conversa informal entre colegas concordamos que a motivação é essencial para a aprendizagem e o principal impulsionador de comportamentos que impliquem quer a melhoria dos cuidados prestados quer da nossa satisfação pessoal, então qual a justificação para ser tão difícil a implementação de estudos/ inovações nos serviços e por consequência o investimento no crescimento da nossa classe profissional.

Muitos consideram como responsáveis por esta “apatia” as estruturas e apoios não disponibilizados pela instituição governamental, outros responsabilizam a instituição de trabalho, por não possuir um sistema dinamizador de integração dos elementos em diferentes projectos de aprendizagem, ou, por outro lado, que é o próprio pessoal que possui poucas ambições/expectativas em relação à profissão, formação e desenvolvimento pessoal/profissional. Evidentemente que ainda existem muitos campos por explorar, mas se em vez de concentrarmos os nossos esforços a combater os “inimigos”, tal como fez D. Quixote, e reflectirmos sobre o porquê da desmotivação pessoal, talvez venhamos a descobrir que não existe falta de motivação, motivadores ou áreas onde investir, mas muito simplesmente paramos numa fase limbática, onde não somos obrigados a pensar, reflectir, mudar ou reaprender, sendo este sim o nosso grande inimigo.

Se o provérbio chinês “Não lhe dê o peixe, mas ensina-os a pescar” tem inerente a si uma sabedoria sublime e verdadeira, também é verdade que não basta ensinar a pescar, necessitamos além disso de alguém disposto a aprender. Esta verdade também se aplica a nós enquanto enfermeiros, não bastando criticar por não sermos motivados, mas estando disponíveis para

essa motivação. Na minha opinião pessoal, mais importante que esconder-nos atrás de justificações, devemos evitar lançar uma “sombra pesada” sobre aqueles que estão empenhados em dinamizar a aprendizagem e fomentar o investimento na investigação que produza resultados e que interfiram com a nossa actuação. E a vontade existe, sendo disso prova a inabalável capacidade que os profissionais têm em se reinventar, moldar e evoluir, conseguindo assim o seu espaço e respeito no meio onde circulamos.

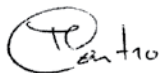
Como prova fulcral daquilo que penso, fica como evidência os trabalhos publicados neste número, que embora focando assuntos tão diversos como *A Dimensão da Relação da Pessoa*, *As Implicações da Emese sobre a Qualidade de Vida* ou a *Validação do Conteúdo duma Guideline*, no fundo se centram na essência da Enfermagem. O primeiro artigo enquadra-se no âmbito reflexivo e pretende analisar uma dupla perspectiva ética da “Pessoa”. O segundo artigo, de cariz investigacional, aborda a interferência da emese na qualidade de vida de doentes com diagnóstico de cancro colo-rectal submetidos a tratamento de quimioterapia e radioterapia. No terceiro artigo as autoras pretendem descrever os passos que percorreram para obter a validação de uma *Guideline* vocacionada para a área da Pediatria. Este último artigo foi enviado por colegas do Brasil e é com bastante prazer que alargamos a colaboração com enfermeiros além fronteiras. Esperamos que este facto possa acontecer, não por acharmos os nossos “Saramagos” de menor criatividade, mas porque é certamente interessante partilhar experiências e formas alternativas de actuação perante realidades diferentes das nossas.

Saliento nesta revista o lançamento de dois prémios Excelência 2009 em Enfermagem Oncológica: O prémio Excelência 2009 “Publicação de artigos de Investigação em Enfermagem Oncológica” e o Prémio Excelência 2009 “Contribuição para a Qualidade dos Cuidados”. Estes prémios têm respectivamente o apoio da MSD e da Pfizer. O objectivo é motivar os enfermeiros a produzirem e a publicarem trabalho de qua-

lidade. Os prémios serão entregues em 2010, durante a Reunião Nacional da AEOP. Fica aqui o convite à participação de todos os enfermeiros interessados.

Como habitual, para além da publicação de artigos, temos um espaço dedicado ao Projecto Pigart, já apresentado no número anterior, assim como ao andamento da publicação dos resultados do ART. Outro espaço a que já nos habituamos é o da Divulgação Científica e da Informação Institucional, onde se actualiza e evidencia o que de mais importante aconteceu desde a publicação do último número da Revista. Para os que pretendem obter informação actualizada e de forma mais rápida, reforço o benefício de uma visita periódica ao nosso site: [www.aeop.net](http://www.aeop.net). Chamo ainda a vossa atenção para a Informação Institucional, onde é adiantado o Regulamento dos trabalhos a apresentar na 2.ª Reunião Anual da AEOP, a decorrer em Maio, no Porto.

Fecho este editorial com um pedido: mantenhamos um espírito aberto, uma crítica saudável e talvez daí tenhamos como resultado mais artigos, que aguardo receber da vossa parte, e assim, à semelhança dos agora publicados, contribuir para a Melhoria de Cuidados.



Mónica Castro

Coordenação Editorial

# ESTUDO DA EMESE NO TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA E RADIOTERAPIA: IMPLICAÇÕES NA QUALIDADE DE VIDA DOS DOENTES COM CANCRO COLO-RECTAL

Pedro Emanuel Santos Ribeiro Figueiredo

Enfermeiro especialista em Enfermagem na Comunidade

Trabalho apresentado na 1.ª reunião Nacional da AEOP. (distinguido com o 3.º prémio)

Serviço Multidisciplinar, Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE

O presente estudo analisa o impacto das náuseas e dos vômitos associados ao tratamento de quimioterapia e de radioterapia na qualidade de vida dos doentes com cancro colo-rectal.

A amostra era constituída por 79 indivíduos com diagnóstico de cancro colo-rectal. Os instrumentos utilizados foram o "Quality of Life Scale-Cancer" (QOL-CA) de Padilla (1983); Questionário Demográfico e Escala para Avaliação da Emese. Os dados foram recolhidos no Instituto Português de Oncologia do Porto no ano de 2005.

Os dados obtidos revelam que os doentes portadores de cancro colo-rectal que efectuaram tratamento de quimioterapia ou radioterapia apresentam náuseas e vômitos consideráveis. Esta sintomatologia (efeitos colaterais dos tratamentos) interfere de forma significativa na sua qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Náuseas, vômitos, quimioterapia, radioterapia, qualidade de vida.

*The present study analyses the impact of chemotherapy and radiotherapy-induced nausea and vomiting in the quality of life of patients with colorectal cancer. The sample was composed of 79 subjects with a colorectal cancer diagnosis. The instruments used were Quality of Life Scale-Cancer (QOL-CA) from Padilla (1983), Demographic Questionnaire and Emesis Evaluation Scale. Data was gathered at the Portuguese Institute of Oncology in Oporto in the year 2005. The data attests that patients with colorectal cancer who received chemotherapy or radiotherapy present considerable nausea and vomiting as side-effects of treatment and that such symptoms significantly interfere in their quality of life.*

**KEYWORDS:** Nausea, vomiting, chemotherapy, radiotherapy, quality of life.

## INTRODUÇÃO

As descrições acerca da doença oncológica e formas de a tratar são muito antigas, desde que existem documentos escritos (Matias, 2002). Considerada a segunda causa de morte no país e no mundo, esta patologia desencadeia alterações físicas e emocionais com consequências na qualidade de vida dos indivíduos afectados.

No entanto, com o desenvolvimento dos métodos terapêuticos tradicionais, com a evolução científica na procura de novos métodos e com a utilização dos tratamentos de forma multidisciplinar, tem-se verificado actualmente uma diminuição na morbilidade e mortalidade da doença oncológica. Também, o esforço desenvolvido para a obtenção de um diagnóstico mais precoce reverte-se a favor de taxas de cura mais significativas (Figueiredo, 2007; Figueiredo & Pereira, 2007).

Segundo o Registo Oncológico Nacional, a taxa de incidência do cancro do cólon é de 15,15% no sexo feminino e de 22,09% no sexo masculino. Relativamente ao cancro do recto, o mesmo estudo revela que 12,15% destes doentes são do sexo masculino e 20,14% do sexo feminino (Gouveia et al, 1993; Santos, 1999; Santos, 2003)

A fase de tratamento é por muitos considerada problemática. O doente é frequentemente confrontado com tratamentos mais ou menos invasivos, que podem afectar a sua imagem corporal, sexualidade, bem-estar físico e psicológico e, inevitavelmente, a sua qualidade de vida (Couvreur, 2001).

As consequências de uma cirurgia, quimioterapia ou radioterapia produzem invariavelmente alguma ansiedade, devido muitas vezes aos seus efeitos colaterais, provocando também alguma distorção do *self* (Santos & Ribeiro, 2001).

A quimioterapia é frequentemente usada no tratamento do cancro colo-rectal, podendo ser utilizada de forma neo-adjuvante, adjuvante ou paliativa (Murphy, 2000; Belcher, 1996). São diversas as combinações de citotóxicos no tratamento desta doença, tornando também os efeitos colaterais diferentes e de diferente intensidade, sendo as náuseas e os vómitos um exemplo (Lindley, Hirsch, O'Neill & Transau, 1992; Figueiredo, 2007).

Apesar de o tratamento de radioterapia não se apresentar tão doloroso a nível físico, provoca também alguns efeitos indesejáveis, tanto a nível físico, desencadeando náuseas e vómitos, como a nível psicológico, provocando reacções de depressão e ansiedade (Figueiredo, 2007; Iwamoto, 2000; Salvajoli & Welman, 1996).

Segundo diversos autores, os efeitos colaterais dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia, nomeadamente as náuseas e vómitos, podem provocar algum descontrolo hidroelectrolítico, com repercussões a nível do bem-estar dos doentes e consequentemente a nível da sua qualidade de vida (Murphy, 2000; Bellatori & Roila, 2003).

O presente estudo analisa o impacto da emese nos doentes que efectuaram quimioterapia e radioterapia, a nível da sua qualidade de vida.

## METODOLOGIA

A amostra do estudo foi constituída por 79 indivíduos portadores de cancro colo-rectal clinicamente diagnosticado. Estes doentes encontravam-se divididos em dois grupos, sendo o grupo A constituído por 41 indivíduos que efectuaram tratamento de cirurgia e quimioterapia e o grupo B constituído por 38 indivíduos que efectuaram tratamento de cirurgia e radioterapia. Em ambos os grupos as opções terapêuticas encontram-se associadas à localização do tumor e ao estágio da doença. Em nenhum dos grupos foi efectuada quimioterapia neoadjuvante.

Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sócio-Demográfico, elaborado pelo autor, Quality of Life Scale-Cancer (QOL-CA) de Padilla (1983), versão Portuguesa de Pereira & Figueiredo (2005), para avaliação da qualidade de vida, e Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC), 2004, para avaliação das náuseas e vómitos.

A recolha de dados foi realizada no Instituto Português de Oncologia do Porto, nos serviços de consulta externa e medicina oncológica.

A amostra foi de conveniência e todos os doentes que cumpriram os critérios de inclusão foram convidados a participar no estudo.

Para serem incluídos na amostra, os doentes deveriam apresentar idade igual ou superior a 18 anos, com

diagnóstico clínico de cancro colo-rectal, ter efectuado tratamento de cirurgia/quimioterapia ou cirurgia/radioterapia e não apresentarem deterioração cognitiva ou neurológica que os impedisse de preencher o questionário.

## **PROCEDIMENTO**

O estudo foi efectuado no Instituto Português de Oncologia, após autorização da Comissão de Ética e direcção hospitalar.

Cada participante preencheu o seu consentimento informado, antes de iniciar o preenchimento dos questionários.

Os instrumentos foram inicialmente testados em 5 doentes com cancro colo-rectal que frequentavam o Instituto Português de Oncologia do Porto. Depois de avaliadas as respostas houve necessidade de efectuar alguns reajustes a nível do questionário sócio-demográfico, tendo sido novamente testados os questionários.

Os doentes foram seleccionados através das marcações de consultas médicas de ambulatório e consulta dos processos clínicos. Os doentes que aceitaram participar neste estudo foram encaminhados para um local próprio, de forma a preencherem os questionários individualmente e sem interferências perturbadoras. O investigador permaneceu próximo dos respondentes de forma a esclarecer possíveis dúvidas.

Estes procedimentos foram efectuados no período de 15 de Fevereiro a 30 de Setembro de 2005.

## **CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO AS VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS**

A caracterização da amostra foi efectuada de acordo com as variáveis sócio-demográficas, clínicas e de tratamento consideradas relevantes no sentido de explorar as características da amostra, e que permitissem uma análise exploratória a nível das suas relações com as variáveis em estudo.

As variáveis em estudo foram o sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, zona de residência, situação laboral, duração da doença, tratamentos efectuados, presença de ostomia e presença de náuseas ou vómitos.

Relativamente ao sexo dos participantes, verificava-se o predomínio do sexo masculino, com 49 doentes (62%), sendo 30 doentes (38%) do sexo feminino.

A distribuição etária situava-se entre um mínimo de 18 anos e um máximo de 80 anos. Existiam 11 (14%) indivíduos com idade inferior a 40 anos, 40 (50,6%) com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos e 28 (35,4%) com idade superior a 60 anos.

Em termos de estado civil, a amostra era maioritariamente constituída por indivíduos casados ou que viviam em união de facto. Assim verifica-se que 66 doentes (83,5%) eram casados, 9 (11,4%) viúvos, 3 (3,8%) divorciados e 1 (1,3%) solteiro.

No que se refere à localidade de residência, verifica-se que 51 doentes (64,6%) residiam em meio urbano e 28 (35,4%) em meio rural.

Em termos de situação laboral, verifica-se que a maioria (98,7%) dos doentes não se encontrava a trabalhar. Apenas 1 (1,3%) doente referiu encontrar-se no activo.

Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que a maior parte dos indivíduos se situava ao nível do primeiro ciclo (escola primária), com 40,5% dos indivíduos, seguindo-se o ensino secundário (com 19,0%), o ensino preparatório (com 17,7%), o ensino superior (com 10,1%), o ensino médio (com 7,6%) e finalmente a ausência de frequência da escola (5,1% dos indivíduos).

## **CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO AS VARIÁVEIS CLÍNICAS/TRATAMENTO**

Foram consideradas variáveis clínicas as variáveis que nos permitiam identificar a situação de doença dos indivíduos, assim como as intervenções terapêuticas a que foram submetidos, com a finalidade de melhor compreendermos a sua influência sobre as variáveis dependentes que nos propusemos estudar. Pela análise do Quadro 1 verificamos que existe um maior número de doentes cuja doença foi diagnosticada há mais de um ano (45,6%).

Relativamente ao tipo de tratamentos efectuados, verifica-se que 41 (51,9%) dos indivíduos efectuaram cirurgia e quimioterapia e 38 (48,1%) efectuaram cirurgia e radioterapia (Quadro 2).



Verificamos também que a maioria dos doentes (n= 59; 74,7%) não eram portadores de ostomia de eliminação (Quadro 3).

As náuseas e os vômitos foram avaliados através da escala Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC).

Relativamente à presença de náuseas e vômitos, encontramos os seguintes resultados: 75 (94,9%) doentes referiram ter sentido náuseas e 4 (5,1%) ausência das mesmas durante os tratamentos. A presença de vômitos também existiu em maior percentagem, sendo que 60 (76%) doentes referiram a presença deste efeito colateral durante o tratamento contra 19, (24%) que referiram não o terem experienciado.

Verificamos no Quadro 4 que o predomínio das náuseas se situa no valor 3, com 17 (21,5%) doentes, seguindo-se o valor 1 com 16 (20,3%) doentes e o valor 2 com 10 (12,7%) doentes. O valor menos referenciado foi o valor 10 com 2 (2,5%) doentes.

No que se refere à presença de vômitos, verificamos através da análise do Quadro 5 que o valor 1 foi o valor mais referido, tendo sido 16 (20,3%) os doentes que o referem, seguindo-se o valor 5 com 12 (15,2%) doentes e o valor 2 com 9 (11,4%) doentes. O valor menos reportado foi o 8 com 1 (1,3%) doente. No entanto os valores 9 e 10 também foram pouco referidos, sendo o valor 10 citado por 2 (2,5%) doentes e o valor 9 por 3 (3,8%) doentes.

Posteriormente, no sentido de verificar se existem diferenças significativas relativamente às náuseas e vômitos apresentadas pelos doentes que efectuaram quimioterapia ou radioterapia, efectuamos o teste U Mann-Whitney.

Verifica-se da análise do quadro anterior que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das náuseas e vômitos entre os doentes que efectuaram quimioterapia e radioterapia. Os doentes que efectuaram quimioterapia apresentam mais náuseas e mais vômitos do que os doentes que efectuaram radioterapia.

Pretendemos também verificar se as náuseas e vômitos interferem na qualidade de vida dos doentes. Como referido, a Qualidade de Vida foi avaliada pela

Quadro 1 – Distribuição da amostra de doentes segundo a duração da doença.

Duração da doença	Doentes	%
Menos que 6 meses	20	25,3
Entre 6 meses e 1 ano	23	29,1
Superior a 1 ano	36	45,6
Total	79	100

Quadro 2 – Distribuição da amostra de doentes por tratamentos efectuados.

Tratamentos efectuados	Doentes	%
Cirurgia/Quimioterapia	41	51,9
Cirurgia/Radioterapia	38	48,1
Total	79	100

Quadro 3 – Distribuição da amostra de acordo com a presença de ostomia.

Ostomia	Doentes	%
Sim	20	25,3
Não	59	74,7
Total	79	100

Quadro 4 – Distribuição da amostra de acordo com os episódios de náuseas.

Valor atribuído às náuseas	Doentes	%
0 – Ausência de náuseas	4	5,1
1	16	20,3
2	10	12,7
3	17	21,5
4	2	2,5
5	12	15,2
6	4	5,1
7	4	5,1
8	4	5,1
9	4	5,1
10	2	2,5
Total	79	100

Quadro 5 – Distribuição da amostra de acordo com os episódios de vômitos.

Valor atribuído aos vômitos	Doentes	%
0 – Ausência de vômitos	19	24,1
1	16	20,3
2	9	11,4
3	2	2,5
4	4	5,1
5	12	15,2
6	6	7,6
7	5	6,3
8	1	1,3
9	3	3,8
10	2	2,5
Total	79	100

escala QOL-CA2 de Padilla (validada em Portugal por Pereira & Figueiredo, 2005). Esta escala é composta por 30 itens. Um resultado elevado significa menor qualidade de vida.

Os resultados do teste de Kolmorov-Smirnov de ajustamento à curva revelaram que os construtos medidos tinham uma distribuição não normal na amostra estudada. Recorreu-se então ao teste U de Mann-Witney para grupos independentes.

Após a análise dos Quadros 7 e 8 verificamos a existência de diferenças estatisticamente significativas ao nível da qualidade de vida dos doentes que apresentaram náuseas ou vômitos após efectuarem os tratamentos de quimioterapia ou radioterapia.

Os doentes que apresentaram náuseas ou vômitos apresentam menor qualidade de vida do que os doentes que não apresentaram náuseas ou vômitos.

Quadro 6 – Resultados da análise referente às variáveis náuseas e vômitos em função do tratamento efectuado.

Variáveis	Média (n=41) Quimioterapia	Média (n=38) Radioterapia	Z	p
Náuseas	44,52	32,12	-2,443	.015
Vômitos	45,79	33,75	-2,364	.018

Quadro 7 – Resultados da análise referente à variável Qualidade de Vida em função da presença ou ausência de náuseas através do teste U de Mann-Whitney.

Variáveis	Média (n = 4) Ausência de náuseas	Média (n = 75) Presença de náuseas	Z	p
Qualidade de vida	7,63	19,90	-3,74	<.001
Vômitos	45,79	33,75	-2,364	.018

Quadro 8 - Resultados da análise referente à variável Qualidade de Vida em função da presença ou ausência de vômitos através do teste U de Mann-Whitney.

Variáveis	Média (n = 19) Ausência de vômitos	Média (n = 60) Presença de vômitos	Z	p
Qualidade de vida	8,16	18,50	-4,37	<.001

## CONCLUSÃO

Conclui-se após a elaboração deste trabalho que os doentes portadores de cancro colo-rectal que efectuaram tratamento de quimioterapia ou radioterapia apresentam náuseas e vómitos consideráveis. Esta sintomatologia (efeitos colaterais dos tratamentos) interfere de forma significativa na sua qualidade de vida.

Os doentes que efectuaram quimioterapia apresentaram mais náuseas e/ou vómitos do que os doentes que efectuaram radioterapia.

Os resultados deste estudo vão de encontro aos estudos de Couvreur (2001). Este autor refere que os doentes são frequentemente confrontados com tratamentos invasivos que lhes provocam alterações a nível da sua qualidade de vida. Também corroboram a ideia de Murphy (2000) ao referir que os efeitos dos tratamentos de quimioterapia e radioterapia provocam náuseas e vómitos consideráveis, capazes de provocar repercussões a nível do bem-estar e qualidade de vida dos doentes.

## BIBLIOGRAFIA

- Bellatori E. & Roila F. (2003). Impact of nausea and vomiting on quality of life in cancer patients during chemotherapy. *Health Qual. Life Outcomes*, 1: 46.
- Belcher A. (1996). *Enfermería y cáncer*. Barcelona. Mosby/Doyma Libros.
- Couvreur C. (2001). *A Qualidade de Vida: Arte para Viver no Século XXI*. Loures. Lusociência.
- Figueiredo A. (2007). Impacto do tratamento do cancro colorrectal no doente e cônjuge: Implicações na qualidade de vida, morbilidade psicológica, representações da doença e stress pós-traumático. Universidade do Minho. Braga. Tese de mestrado – não publicada.
- Figueiredo A. & Pereira M. (2007). Impacto psicológico do tratamento do cancro no doente e cônjuge. In M. G. Pereira (coord). *Psicologia da Saúde Familiar: Aspectos Teóricos e Investigação*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Gouveia J., António M. & Veloso V. (1993). *Registo Oncológico Nacional*. Porto. I.P.O.
- Iwamoto R. (2000). Radioterapia. In S. Otto. *Enfermagem em Oncologia*. Loures. Lusociência. 557-586.
- Lindley C., Hirsch J., O'Neill C. & Transau, M. (1992). Quality of Life Consequences of Chemotherapy-induced Emesis. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 1, 331-340.
- Matias A. (2002). A Organização da Luta Social Contra o Cancro em Portugal. Abordagem Sócio-histórica. In M. Dias & E. Durã. *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa. Climepsi, p. 99-128.
- Murphy M. (2000). Cancro Colorrectal. In S. Otto. *Enfermagem em Oncologia*. Loures. Lusociência. 137-154.
- Padilla G., Ferrell B., Grant M. & Rhiner M. (1990). Defining the content domain of Quality of Life for Cancer Patients with Pain. *Cancer Nurs*, 13, 108-115.
- Pereira M. & Figueiredo A. (2005). *Quality of Life Scale-Cancer (QOL-CA)*. Versão de Investigação. Universidade do Minho.
- Salvagoli J. & Weltman E. (1996). *Princípios de Radioterapia*. In Murard A. & Katz A. *Oncologia: Bases Clínicas do Tratamento*. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 43-66.
- Santos C. & Ribeiro J. (2001). A Qualidade de Vida do Doente Oncológico. Referência. *Revista de Educação e Formação em Enfermagem*. Coimbra. ESE Dr. Angelo da Fonseca, 7, 5-16.
- Santos C. (1999). *Saúde e Qualidade de Vida da Pessoa Portadora de Ostomia de Eliminação*. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Universidade do Porto. Não publicada.
- Santos C. (2003). *Representação Cognitiva e Emocional, Estratégias de Coping e Qualidade de Vida no Doente Oncológico e Família*. Tese de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Universidade do Porto. Não Publicada.
- The Antiemetic Subcommittee of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer. *Prevention of Chemotherapy and Radioterapy induced emesis: results of the 2004 Perugia International Antiemetic Consensus Conference*. 2004.

# ANÁLISE FENOMENOLÓGICA DE “PESSOA” NA SUA DIMENSÃO “RELAÇÃO”

M. Jorge Freitas Almeida

Especialista em Enfermagem Comunitária  
Enfermeiro Responsável, Serviço Oncologia Médica, Piso 3  
Mestrado em Bioética  
Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, EPE

A relação entre o profissional de saúde e o paciente deve assentar num “universo ético” assente no princípio do consentimento informado e do respeito pela intimidade e pela dignidade do paciente enquanto pessoa. Esta relação assenta em três dimensões distintas: uma relação sócio-económica (sob o ponto de vista jurídico), uma relação técnico-científica e uma relação de ajuda entre o enfermeiro e o doente. É nesta terceira dimensão que o autor analisa fenomenologicamente o conceito de pessoa, perspectivando-a como um modelo de valores e como um modelo individual de “pessoa-valor”. Ou seja, no conceito abrangente de pessoa, o autor analisa uma dupla perspectiva ética: a sua relação para “consigo mesmo” e para com os “outros”, em ordem ao seu “ser” universal.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ética, Relação Interpessoal, Ser ético.

*The relationship between a health professional and a patient should settle in a “ethical universe”, informed consent and respect for the intimacy and dignity of the patient, as a human being. This relationship has 3 different dimensions: one socio-economic (legal point of view), one technical-scientific and a help based relationship between nurse and patient. It is in this last dimension that the author analyses phenomenological the concept of a person, putting in perspective as a model of values and as a individual model of “person-value”. Being, on the concept of embracing a person, the author analyses a double ethical perspective: the relationship with “himself” and with the “others”, regarding his “being” universal.*

**KEYWORDS:** Ethics, Inter-personal relationship, Being ethical.



## INTRODUÇÃO

Na relação profissional de saúde – doente, podemos afirmar que o exercício da Enfermagem ou de qualquer outra actividade clínica que implique um contacto directo com o paciente se configura, segundo Rui Nunes, “como um contrato tácito de prestação de serviços, escrito ou verbal, na qual os direitos e os deveres de ambas as partes estão claramente explicitados. Como contrato que é, obriga ambas as partes a determinados deveres e obrigações”<sup>1</sup>. Esta relação pode ser perspectivada sob três dimensões distintas, a saber:

Uma primeira dimensão assenta, sob o ponto de vista jurídico, numa “relação sócio-económica”, devido ao facto do exercício de todo e qualquer acto profissional, especificamente todo o acto de Enfermagem, presumir a existência de um “contrato” de prestação de serviços (que pode ser explícito ou tácito, de acordo com a representação cultural do serviço e a praxe do lugar, onde ele se concretiza), que se organiza como uma actividade do mercado de trabalho.

Uma segunda dimensão, dependente daquela relação, analisa-se sob a perspectiva de uma “relação técnico-científica”, dado que todo o procedimento profissional, especificamente todo o acto de Enfermagem, naquilo que for possível, deve ser uma actividade cientificamente fundamentada e uma técnica destinada a controlar a natureza em benefício da humanidade, em geral, e de cada doente, em particular. Em suma, será um instrumento aperfeiçoador do conhecimento científico ao serviço dos seres humanos. Ainda que o acto de Enfermagem não se confunda com a actividade científica, nem deva ser reduzido a ela, não pode ser entendido a não ser como ciência aplicada ou uma “modalidade de tecnologia”. Por outro lado, o acto de Enfermagem não necessita de ser obrigatoriamente científico, mas não pode contrariar o que tenha sido estabelecido. Por outro, também,

nem todo o acto de Enfermagem é uma aplicação científica, porque o conhecimento ainda não tem resposta para todos os problemas postos pelas enfermidades da actualidade. Por tal facto, a Enfermagem habitualmente é definida, com muita propriedade, como a ciência e a arte de “cuidar”.

Por último e numa terceira dimensão, situa-se a relação de ajuda de alguém que a necessita com alguém que a possa exercer, posto que os actos de Enfermagem, sobretudo no domínio da clínica, configuram uma interacção de alguém que precisa de ajuda com alguém que está apto e habilitado para ajudar. Cuidar é, pois, libertar, renascer, encontrar a esperança, será ajudar aquele que sofre a sair do seu isolamento, a construir um projecto de vida compatível com o seu estado. É, sobretudo, recusar uma relação paternal, ajudando o doente a tornar-se adulto.

Da análise destas três dimensões, todas importantes, talvez a última seja a mais significativa, na relação do profissional de Enfermagem com o paciente. Enquanto a doença é, segundo a primeira, uma situação científica e objectiva; pelo contrário, para a segunda perspectiva, é subjectiva para o doente, pressupondo grande carga emocional, onde a intimidade é colocada em causa. Nesta relação, o paciente “regride para melhor ser tratado e autonomiza-se para melhor se curar”<sup>2</sup>.

Analisar o conceito de *Pessoa* e a sua abrangência, pelo pensamento scheleriano significa fazer uma reflexão axiológica e fenomenológica, pela compreensão da intuição emocional e dos seus objectos: os valores, a pessoa e as formas de ética, de cultura e de sociedade”<sup>3</sup>. O conceito de pessoa corresponde a “uma essência singular, superconsciente, irradiada de actos intencionais, centro de valorizações. Os valores morais não se realizam apenas numa pessoa isolada, mas numa comunidade de pessoas, num todo hierarquizado, cujo termo supremo é Deus”<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> NUNES, Rui - “Ética na relação com o doente” in: SERRÃO, Daniel; NUNES, Rui - Ética em cuidados de saúde. Porto: Porto Editora, 1999, pp. 31-45.

<sup>2</sup> NUNES, Rui - “Ética na relação com o doente”, pp. 31-45.

<sup>3</sup> “L’Oeuvre durable de Scheler est une phénoménologie de l’affectivité, en une compréhension de l’intuition émotionnelle, de la sympathie et de leurs objets: les valeurs, la personne, les formes de l’éthique, de la culture et de la société” (D.C. - “Scheler (Max) 1874-1928”. Encyclopédie Universalis France, Editeur à Paris, Volume 14, Régulation Smith, p. 724).

<sup>4</sup> LOGOS, Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia, Lisboa/S. Paulo: Edições Verbo, Volume II, Coluna 955.

Neste conceito está explícito que a pessoa é considerada, por um lado, como um modelo de valores, como um modelo individual de *pessoa-valor*<sup>5</sup>, e, por outro, como uma *totalidade*, ou seja, uma “pessoa comum”, estruturada num pensamento social<sup>6</sup>. Este estado de vida em comum (viver em sociedade) define-se como um processo organizado, em que a pessoa se insere numa hierarquização de valores.

Em termos ontológicos, o conceito de “valor” não se pode descrever, definir. Pertence àqueles conceitos supremos, como os do “ser” e do “existir”, que não admitem definição. Tudo o que se pode fazer é uma clarificação ou uma descrição do seu conteúdo, tal como fizeram Hessen e Vergés Ramírez, seguindo uma leitura fenomenológica do pensamento filosófico de Scheler.

Para Vêrges, a estrutura do ser inter-relacional possui uma tripla abordagem: a relação do eu consigo mesmo, a relação, em conexão com a primeira, desse “*eu*” com o “*tu*”<sup>7</sup> e a relação do “eu” com os objectos. Todas atingem a tal dimensão *plena de pessoa*<sup>8</sup>. Nesta “estrutura relacional”<sup>9</sup>, analisarei o contexto da “comunicação” na relação do “eu” com o “tu” e com os objectos reais. Nesta “estrutura”, existe algo que é pertença da constituição interna da pessoa, inserida numa determinada realidade dinâmica, onde a duplicidade relacional (*eu* e *tu*) contribui para a formação da sua própria identidade (para consigo mesmo) e para a identidade social (para com o outro). Significa que, ao conceito abrangente de “pessoa”, necessariamente temos de acrescentar uma nova abordagem, numa dupla perspectiva: as suas relações para “consigo” e para com os “outros”, em ordem ao seu “ser”.

## 1. RELAÇÃO DO “EU” CONSIGO MESMO

O “eu” da pessoa possui consciência da sua *egocidade*<sup>10</sup>, de uma forma imediata ao transformar-se em si mesmo, através da sua referência ao *não-eu*, ou seja, às realidades externas, à forma de sair de “si” para voltar a “si mesmo”, após contacto com a realidade cósmica. O autoconhecimento do “eu” pessoal não se produz de uma forma instantânea, mas antes apercebendo-se como idêntico a si mesmo (como pessoa), através de um processo que inclui: em primeiro lugar, a percepção da realidade das “coisas” e, em segundo, a percepção da realidade do “outro”.

Contudo, as etapas deste processo não estão ordenadas de forma sequencial, mas, pelo contrário, elas interagem, em simultâneo, em que o homem se autoco-nhece como “pessoa”, ao mesmo tempo que descobre a existência das “coisas” e do “outro”. Contudo, para se realizar este “autoconhecimento”, é necessária a presença de um elemento indispensável: o da *introspecção reflexiva*<sup>11</sup>. Por meio dela, o homem distingue dialecticamente a “sua pessoa” ou o “ser que lhe pertence” do “ser que não lhe pertence”.

Assim, o “eu” reconhece-se a si mesmo como “pessoa”, enquanto descobre a sua capacidade de se relacionar com o “outro”, para que o desenvolvimento do próprio “ser pessoa” se faça de modo gradual, fundada na consciência da relação “eu-tu”. Por isso, o reconhecimento dessa relação pessoal significa o encontro pleno e original consigo mesmo<sup>12</sup>.

Tudo isto não significa que o “eu” alcança uma compreensibilidade perfeita de si mesmo, mas sim que o

<sup>5</sup>“Le personnalisme de Scheler, c’est aussi son insistance sur le rôle des modèles, des personnes-valeur-types...” (SWEENEY, Robert - “Scheler Max, 174 – 1928”. Dictionnaire des Philosophes, deuxième édition, revue et augmentée, Paris: Presses Universitaires de France, p. 2565).

<sup>6</sup>“Le concept de personne en tant que totalité permet à Scheler d’élaborer une notion de “personne commune” (gesamt person) qui l’aide à structurer le pensée social. (...). Ce estade de la vie en commun – société, communauté – se trouve classé en dessous de la personne qui la compose, dans l’échelle des valeurs. Ibidem.

<sup>7</sup>VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – Dimension transcendente de la persona. Biblioteca Herder, Barcelona: Editora Herder, 1978, p. 43.

<sup>8</sup>A estrutura da pessoa, quando analisada no binómio “eu” e “tu”, esboça o caminho para a realização da dimensão total do homem, de forma que a relação do “eu” com o “tu” tenha a sua origem na mesma estrutura relacional deste. O homem não pode ter relação pessoal com o “tu”, se o seu “eu” não for estruturalmente interpessoal, não no sentido de uma autoprojecção de “si”, mas na linha da identidade do seu próprio ser “pessoa”. Ibidem.

<sup>9</sup> Idem, p. 44.

<sup>10</sup> Expressão usada por Scheler e por Vêrges pretende significar individualidade e unicidade de pessoa. Idem, p. 46.

<sup>11</sup> Neste contexto, o termo “introspecção reflexiva” pretende significar que a pessoa necessita de observar e sentir o mundo exterior a si, tendo a capacidade de captar para a sua esfera íntima, as características que julga essenciais para o desenvolvimento do seu “eu” individual. Ibidem.

<sup>12</sup> Aqui, as palavras “pleno” e “original” possuem um significado qualitativo, isto é, a pessoa, quando em contacto consciente com o “outro”, desenvolve o seu ser, o seu “eu” para que esse encontro seja algo de novo, de original relativamente a outros encontros passados e a outras relações anteriores. O pleno (o seu “eu”) é o constante somatório de relações originais com o “outro”.



# 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  
cidaliasedo@veranatura.pt

## MAJOR SPONSORS:

Roche, Pfizer, MSD, Amgen, GSK

## SPONSORS:

Bayer Schering Pharma, Codan, Wyeth

## APOIO:



[www.aeop.net](http://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. 1.º

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. 2.º

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

#### ART. 3.º

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. 4.º

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. 5.º

O prémio destina-se a Enfermeiros portugueses que se propoñam 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. 6.º

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. 7.º

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](http://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. 8.º

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. 9.º

As candidaturas apresentadas serão avaliadas 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 trabalhem 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/periência.

#### 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 técnicos utilizados, Programa de Enfermagem utilizado, Colaboração multidisciplinar, Garantia de Qualidade nos cuidados, Tomada de decisão ética, Investigação em Oncologia.

#### ART. 12.º

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. 13.º

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

#### ART. 14.º

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



onco.news





elemento da relação não é algo sobrenatural do próprio eu, antes pertence à sua estrutura mais profunda. Assim, esta relação pessoal representa dois momentos simultâneos: o primeiro diz respeito à realidade cósmica, em que o homem se conhece a si mesmo, como imerso entre as coisas diversas, entre as diversas realidades. No segundo momento, o “eu” da pessoa diferencia-se do outro “eu”, ao tomar consciência de si mesmo, relativamente ao “outro”. Desta forma, o “eu” é clarificado no seu ser ao relacionar-se com o “outro”, actualizando em simultâneo as suas potencialidades e adquirindo consciência do ser pessoal, relativamente ao “outro”.

A diferença de níveis na relação do “eu” *per se*, é a chave da interpretação da capacidade do encontro pessoal do homem. Significa que o homem pode potencializar, de forma consciente e reflexiva, a dinâmica da relação pessoal. Por isso, a capacidade “radical” do homem ao autorelacionar-se consigo e com os outros é o *afecto*, fundamental no seu ser, não podendo reduzir-se a uma simples característica accidental. A estrutura deste próprio ser “é uma parte constituinte da identidade da pessoa”<sup>13</sup>. E como chegamos ao conhecimento dessa “identidade”?

A resposta parece estar, segundo Vergés Ramírez, na consciência do homem. Efectivamente, cada um apreende a sua íntima *maneira de ser*, mediante a consciência. Existe uma relação tão estreita entre consciência e pensamento que se poderá afirmar, segundo Sciacca, citado por Vérges, que “o primeiro acto do pensamento é a consciência que o sujeito pensante possui de si mesmo, como ente que pensa”<sup>14</sup>. Dissociar estes dois aspectos da pessoa significaria a negação desta mesma pessoa.

Assim, a “estrutura de pessoa”, constituída pelo “eu em si mesmo”, leva-nos a uma segunda perspectiva: a relação desse “eu” com o “outro”. E essa estrutura pessoal de homem, em volta da constituição interna do seu “ser”, manifesta-se na sua maneira de actuar perante o

encontro com o “outro”. Isto permite concluir que a relação do “eu” com o “tu” tem as suas mais profundas raízes na estrutura do “ser relacional” desse “eu”.

## 2. A pessoa como relação “eu-tu”

A relação implica, no plano pessoal, a existência essencial de um duplo elemento: o “eu” e o “tu”. Estes pronomes significam, em termos filosóficos, a relação que se estabelece entre duas pessoas. Mas, segundo Vergés Ramírez, esta relação não implica que a “pessoa” esteja sempre em “acto”, em actividade, mas significa antes, a “capacidade estrutural de se relacionar, como expressão do tornar-se pessoa”<sup>15</sup>.

Este princípio, onde tem origem a forma do homem se comportar, parece estar relacionada na sua *estrutura pessoal*<sup>16</sup>. Perante a questão “porque será a relação individual o elemento constitutivo da estrutura pessoal do homem?”, podemos afirmar que não se trata de um “acto de relação”, mas sim de uma capacidade dinâmica do homem para se relacionar pessoalmente. Esta relação é concebida como a capacidade de autocomunicação do homem, sendo esta o elemento básico da sua estrutura relacional<sup>17</sup>.

Esta dupla característica (o contacto imediato “consigo mesmo” e a sua relação com o “outro”), que constitui a estrutura da pessoa, complementa-se reciprocamente. Um e outro desenvolvem a estrutura pessoal de homem no binómio: relação do “eu” em si mesmo e relação desse “eu” com o “tu” (o outro)<sup>18</sup>.



<sup>13</sup> Idem, p. 49.

<sup>14</sup> Ibidem.

<sup>15</sup> Idem, p. 50.

<sup>16</sup> Ibidem.

<sup>17</sup> Idem, p. 51.

<sup>18</sup> Ibidem.

Este reencontro do homem “consigo mesmo” corresponde à sua estrutura mais profunda de autoregulação, pois esta relação com o “outro” não só revela o homem em “si mesmo”, como também dinamiza a sua estrutura originária. Assim, esta relação pertence à esfera da realidade existencial, vivido pelo homem de uma forma consciente, na referência a “si mesmo” e ao “outro” dentro de uma atmosfera de um “encontro recíproco”. Aqui se encontra a fundamentação central: a relação do “eu” com o “tu” e vice-versa produz uma existência nova, expressa na fusão dos dois, na sua *unidade do encontro*<sup>19</sup>. É o momento de saída do “eu” da sua “egocidade” para se abrir à relação com o “tu”.

Segundo Vergés Ramírez, toda a pessoa possui dentro de si (na sua esfera íntima) um “tu” *inconsciente*<sup>20</sup>, correspondente à sua maneira dialéctica de ser. E esta referência a si mesmo é a afirmação da sua identidade<sup>21</sup>.

A dinâmica de relação do “eu” com o “tu” não só manifesta o que é a pessoa, mas também *configura o seu ser interno e externo*<sup>22</sup>, porque inclui um conhecimento mútuo de um “ser” e do “outro”, através de um intercâmbio recíproco. Mas esta comunicação recíproca não implica uma perda da própria personalidade individual, mas um reencontro do homem “consigo mesmo”. Daí que a relação pessoal do homem se desenvolva na intercomunicação do “eu” com o “tu”. Este “eu” promove-se a si mesmo ao entrar em relação com o “tu”,

promovendo também o “outro”. Não se trata de perder algo que é seu mas trata-se do reencontro consigo mesmo<sup>23</sup>.

Esta relação tem um *carácter activo*<sup>24</sup> uma vez que tem de incluir a presença recíproca de duas pessoas: o “eu” não pode existir, como tal, sem a presença do “tu”. Esta presença é de carácter estrutural, isto é, pertence à sua maneira de ser. E a tomada de consciência desta necessidade de relação recíproca define a pessoa de uma forma bidireccional: o do mesmo ser pessoa e o da presença consciente do “tu” no “eu”.

É interessante a abordagem efectuada por Vergés Ramírez, ao afirmar que esse “eu” não pretende apoderar-se do “outro”, de forma a convertê-lo em seu próprio instrumento de manipulação e utilização, pois a destruição do “tu” seria o *suicídio do “eu”*<sup>25</sup>. A relação do “eu” com o “tu” significa a máxima transparência da pessoa em si mesma. Este é o sentido profundo do ser individual do homem, que não é idêntico a si, mesmo enquanto não traduz em acto a sua relação intercomunicativa. Por isso, a relação não é redutível a um simples aumento do próprio “eu”, porque se trata da sua constituição interna. A relação individual do homem desenvolve-se sempre no intercâmbio recíproco do “eu” com o “tu”.

Assim, a relação do “eu” com o “tu” encontra-se igualmente fundada no princípio da acção recíproca

<sup>19</sup> Ibidem.

<sup>20</sup> Aqui, a palavra “inconsciente” tem o significado “que não se conhece..”, que existe esse espaço dentro de si para se conhecer, só possível após uma relação dialéctica ente o “eu” e o “tu”. Relativamente a esta questão, é interessante citar aqui a noção de relação possível entre organismo e o objecto, segundo António Damásio, em que ele interroga “como é que o sentido de si, no acto do conhecimento, se implanta na mente (no eu)?”. Por duas razões: em primeiro, o organismo em questão é aquele dentro do qual acontece a consciência; o objecto, é aquele em que se dá a conhecer no processo da consciência; e as relações, entre ambos, constituem o conteúdo do conhecimento a que chamamos “consciência”. Nesta perspectiva, a consciência constrói-se a partir de dois factos: que o organismo esteja envolvido numa relação com o objecto e que este provoca uma modificação no organismo. Aqui se justifica a tal relação dialéctica existente entre o “eu” e o “outro”, que pode ser um objecto ou uma pessoa. (Cf. DAMÁSIO, António – O sentimento de si. Lisboa: Publicações Europa América, 13ª Edição, 2001, pp. 30–40).

<sup>21</sup> VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – Dimension transcendente de la persona. p. 52.

<sup>22</sup> SCIACCA, M. F. – El Hombre este desequilibrado. Barcelona: Edições Miracle, 1958, p. 12 citado por VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – Dimension transcendente de la persona. p. 53.

<sup>23</sup> VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – Dimension transcendente de la persona. p. 54.

<sup>24</sup> Idem, p. 56.

<sup>25</sup> ENTRALGO, P. Laín – Teorya e realidad del outro. El outro como outro yo. Nosotros, tú y yo. Vol. I; Madrid: Revista de Occidente, 1961, pp. 277–278, Citado por VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – Dimension transcendente de la persona. p. 57.

<sup>26</sup> SERRÃO, Adriana Veríssimo – A humanidade da razão, Ludwig Feuerbach e o projecto de uma antropologia integral; Textos Universitários de ciências sociais e humanas; Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia; 1999, pp. 205–222.

que regula a relação de todos os seres. E só a sensibilidade<sup>26</sup>, porque passiva e activa, pode acolher o “outro” como sujeito dotado de uma *dignidade própria*<sup>27</sup>. O “tu” é um ser real, sensivelmente dado, reconhecido como “outro” ser humano. Reconhecer a realidade do outro só é possível na mesma medida em que o “eu” é sensível.

Por todos estes motivos, a “pessoa relacional” é considerada simultaneamente “ser-com” e “ser-para” (*ad aliquid*), estando esta enraizada numa comunhão entre duas individualidades, entre dois “eus”, assentes nas suas respectivas dignidades humanas, mediados pela “relação”. O “homem pessoa” requer necessariamente relações humanas com “outra pessoa”, numa correlação “eu-tu”.

### 3. A relação como uma “não coisificação” do “eu”

O “tu” confere uma dimensão nova à compreensão do “eu”: quando o encaramos como distinto, quando participa no mesmo conhecimento. O “eu” traça uma linha divisória entre o “tu” e os “outros objectos” reais que o rodeiam. Se a existência do um ego no mundo do “eu” é um facto importante, não é menos importante a diferença que esse “eu” coloca entre a pessoa e as coisas (os objectos reais).

A prova está em que a sua relação com as “coisas” que o rodeiam difere totalmente da que ele tem para com as pessoas, criando uma diferenciação entre a relação do “eu” com o “tu” e com os “objectos”. Não é possível estabelecer nenhuma classe de vinculação, da pessoa com as coisas, porque a corrente de comunicação relacional só pode existir entre pessoas, conscientes da sua relação recíproca<sup>28</sup>.

O “eu” conhece-se a “si mesmo” como pessoa, descobrindo simultaneamente o “tu”, no contexto da sua situação de pessoa no mundo. Este conhecimento do seu próprio “eu” é o impulsionador que faz sair o homem de “si mesmo”, para se reencontrar de novo com as relações humanas. Isto indica-nos que, por mais que o “eu” esteja presente em toda a acção, não se sabe qual o momento em que se relaciona com o “tu”. É apenas “na intimidade desta relação que se conhece internamente o “eu” pessoal”<sup>29</sup>.

A estrutura da “relação inter-humana” institui um modo mais complexo do que o da simples “relação sujeito-objecto”. Enquanto o objecto não humano (coisa) *me converte em objecto*<sup>30</sup>, apenas a presença do ser humano possui a capacidade de o converter em sujeito, num tu (para ele). Significa que, enquanto a relação da pessoa com o objecto se estabelece na “reversibilidade e alternância do estatuto”<sup>31</sup>, a relação entre pessoas baseia-se na sua *reciprocidade e simetria*<sup>32</sup>. O ser humano vive numa dupla referência a “si” e ao “outro”. Nesta duplicidade, é integrada a sua essência íntima: cada pessoa é simultaneamente “eu” e “tu”. A relação estabelece-se, assim, apenas entre seres corporizados e sensíveis, capazes de agirem uns sobre os outros.

### 4. A comunicação como imperativo inter-relacional

A comunicação interpessoal é uma outra característica importante dessa relação. É uma noção importante, na medida em que existe uma “entrega”, de um ao outro, na aceitação dessa relação. De contrário, a incomunicabilidade, que por vezes coloca a pessoa em

<sup>27</sup> O termo “Dignidade” é o reconhecimento de um valor. Isto significa que a Dignidade Humana está baseada no ser humano e não na sua natureza da espécie humana a qual inclui, normalmente, manifestações de racionalidade, de liberdade e de finalidade em si, que fazem do ser humano um ente em permanente desenvolvimento na procura da realização de si próprio. Esse projecto de autorealização exige, da parte de outros, reconhecimento, respeito, liberdade de acção e não instrumentalização da pessoa. Essa autorealização pessoal, que seria o objecto e a razão da dignidade, só é possível através da “solidariedade ontológica” com todos os membros da nossa espécie. (documento de trabalho, 26/cnecv/99, reflexão ética sobre a dignidade humana in [www.cnecv.pt](http://www.cnecv.pt)).

<sup>28</sup> ENTRALGO, P. Laín – Teorya e realidad del outro. El otro como outro yo. Nosotros, tú y yo, pp. 277-278, Citado por VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – Dimension transcendente de la persona, p. 60.

<sup>29</sup> Idem, p. 62.

<sup>30</sup> SERRÃO, Adriana Veríssimo – A humanidade da razão, Ludwig Feuerbach e o projecto de uma antropologia integral, pp. 205-222.

<sup>31</sup> Idem, p. 206

<sup>32</sup> Ibidem.

torno de “si” como sua autodefesa, dificulta o desenvolvimento das suas relações humanas.

Mas a comunicação regista diversas intensidades no mesmo plano da pessoa. A mais relevante é a *palavra*<sup>33</sup> e o *gesto*<sup>34</sup>, como parte inter-relacional de uma “pessoa” com “outra”. Desta forma, a “palavra”, que permite o diálogo, é a *expressão mais genuína da relação*<sup>35</sup> entre pessoas. Em primeiro lugar, porque a “palavra” é a manifestação mais humana da corporidade desta, em segundo, porque permite a relação e a comunicação humana.

A “palavra” implica a existência de uma espécie de intercâmbio pessoal, como que a participação consciente no mesmo ser por parte de duas pessoas, contribuindo assim para um enriquecimento mútuo. Outras formas de expressão podem substituí-las momentaneamente, mas nunca definitivamente. É através da palavra que transparece todo o “ser individual”. A pessoa, que comunica através da “palavra”, forma a sua própria existência, contribuindo para a sua “unidade”. Desta forma, a “palavra” é a comunicação duma relação interpessoal, sendo simultaneamente a expressão visível da entrega de pessoa a pessoa. Ela é a gênese de uma relação especial entre pessoas, introduzindo-as num novo mundo das intimidades, através de uma vinculação de mútua relação do “eu” com o “tu”.

O valor da palavra é decisivo para o ser pessoa, porque é a manifestação da relação interpessoal do “eu” com o “tu”, dando sentido à vida de cada homem, na sua relação pessoal. Só na relação “dia-lógica”<sup>36</sup>, usando a palavra, se reconhece o próprio “eu” humano, como um ser existente na sua dimensão interpessoal. Pois, o “eu”, ao expressar-se pela “palavra”, sai de “si”, não para se perder no “outro”, mas para se reencontrar através do diálogo. Este é o laço de união de ambos.

Até aqui, temos abordado a constituição essencial do próprio “eu” referente às distintas zonas da relação

humana, sensibilizada pela “palavra” e pelo “diálogo”, como uma auto-existência e reencontro com a pessoa. Mas o “diálogo” não parece esgotar-se na palavra propriamente dita, mas outras expressões lhes estão associadas: “o rosto como expressão da pessoa e o gesto como elemento de comunicação”<sup>37</sup>. O rosto atinge uma tal expressividade, que se poderá considerar apenas uma qualidade pertencente aos seres humanos, distinguindo o homem dos outros seres do universo. Nenhum outro ser, inferior ao homem, pode fazer do seu rosto o espelho da interioridade.

Os olhos dominam o rosto, manifestando perante o “outro”, pela sua expressividade, sentimentos como alegria, tristeza, angústia, etc. Os lábios, outro elemento corporal essencial na comunicação, possuem uma expressão especial, permitindo incrementar essa relação comunicacional. A posição e o movimento dos lábios denotam, por parte da pessoa, a sua disposição psíquica para a relação. Esta comunicação labial está vinculada à visual e ambos convergem, no rosto da pessoa, em ordem a uma expressão facial, capaz de transmitir a tal comunicação relacional.

Este rosto de pessoa inclui um outro factor determinante da relação comunicativa: o “gesto”. A palavra humana torna-se gesto na transmissão de pensamento. A intensificação desta forma de expressão mostra a significação do gesto para estabelecer relações humanas. O gesto pode acompanhar geralmente toda a palavra, para que esta seja de expressão integral de toda a pessoa. Logo, o gesto expressa a emotividade da pessoa. Existem sentimentos profundos que podem ser expressos pelo gesto, por vezes com um alcance maior do que a própria palavra, podendo mostrar uma realidade mais profunda. O gesto não é entendido apenas como a tradução mimética material mas como a atitude da pessoa perante a presença de outra”<sup>38</sup>.

<sup>33</sup>VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – Dimension transcendente de la persona. p. 64.

<sup>34</sup> Idem, p. 65.

<sup>35</sup> Idem, p. 64.

<sup>36</sup> Idem, p. 67.

<sup>37</sup> Idem, p. 74.

<sup>38</sup>VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – Dimension transcendente de la persona. p. 75.



## Em Conclusão

Analisámos a estrutura individual de pessoa, tendo como elemento constitutivo primário, a relação do “eu” com o “tu”, direccionada para dois envolvimentos: o primeiro, desenvolve-se na relação que o mesmo “eu” tem consigo mesmo. O segundo decorre da inter-relação individual do “eu” com o “tu”, orientados para a sua unicidade. Neste processo, a comunicação interpessoal apresenta-se como uma característica fundamental, utilizando a palavra e o gesto humano, através dos quais as pessoas comunicam, contribuindo para a tal aceitação recíproca, em que a afirmação da pessoa perante o “outro”, enquanto comunicação “dialógica” do “eu”, nasce, desenvolve-se e culmina numa sensibilidade de ambos. Efectivamente, a relação interpessoal do “eu” com o “tu” provoca uma resposta “dialogal”, culminando na união recíproca e num interesse comum, participado por ambos.

Naturalmente, existe uma diferença entre esta relação interpessoal e o “objecto”. A primeira pertence ao ser existencial da pessoa e a segunda nem sequer se poderá chamar relação, porque entre o “ser pessoa” e o “objecto” existe uma outra relação, a de uma intencionalidade objectiva, usando a capacidade cognitiva. Esta diferença nasce da apreciação que o homem faz da distinção entre o “tu inato” com o que se encontra no “eu”, através da comunicação verbal (palavra) ou da sua expressão corporal (rosto e gesto).

## BIBLIOGRAFIA

- DAMÁSIO, António – O sentimento de si. Lisboa: Publicações Europa América, 13ª Edição, 2001.  
Documento de trabalho, 26/cnecv/99, reflexão ética sobre a dignidade humana in [www.cnecv.pt](http://www.cnecv.pt).
- ENTRALGO, P. Laín – Teoría e realidad del outro. El otro como outro yo. Nosotros, tú y yo. Vol. I; Madrid: Revista de Occidente, 1961.
- SCIACCA, M. F. – El Hombre este desequilibrado. Barcelona: Edições Miracle, 1958.
- SERRÃO, Adriana Veríssimo – A humanidade da razão, Ludwig Feuerbach e o projecto de uma antropologia integral; Textos Universitários de ciências sociais e humanas; Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian e Fundação para a Ciência e Tecnologia; 1999.
- VERGÉS RAMÍREZ, Salvador – Dimension transcendente de la persona. Biblioteca Herder, Barcelona: Editora Herder, 1978.

# ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

**A SUA REVISTA DE DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA**

ENVIE OS SEUS ARTIGOS PARA [SECRETARIADO@AEOP.NET](mailto:SECRETARIADO@AEOP.NET)

# VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DA GUIDELINE DE ENSINO A PACIENTES EM QUIMOTERAPIA E SEUS FAMILIARES

Patrícia Sanches Salles

Enfermeira assistencial do Hospital Dia do Serviço de Onco-hematologia do  
Hospital das Clínicas – SP  
Especialista em Enfermagem Oncológica pelo Centro Universitário São Camilo SP.

Rosiani de Cássia Boamorte Ribeiro Castro

Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Coordenadora do Curso de Graduação em  
Enfermagem, Universidade Cruzeiro do Sul.

Trata-se da validação do conteúdo e da compreensão do instrumento de comunicação escrita “Validação do conteúdo da guideline de ensino a pacientes em quimioterapia e seus familiares”. Foram contactados 3 cuidadores no Instituto de Clínicas Pediátricas Bolívar Risso / GRENDACC (Grupo em defesa a criança com cancro), localizado em Jundiá – SP. Os dados foram colhidos por meio de um instrumento com nove questões semi-estruturadas, e uma aberta para sugestões. A análise dos dados possibilitou avaliar os tópicos da guideline considerados satisfatórios e quais necessitavam ser reformulados. As respostas da questão aberta foram criteriosamente lidas e seus núcleos de significados foram identificados, classificados e incorporados na guideline, segundo o contributo para a melhoria do seu conteúdo. Pretende-se utilizar a guideline como material útil que subsidie informações verbais fornecidas na prática diária.

**PALAVRAS-CHAVE:** enfermagem oncológica; comunicação; educação em saúde; guideline.

*This is the validation of the content and understanding of the instrument of written communication “Guidance Guideline for Patients in Chemotherapy Treatment and their Families”. Three caregivers were contacted at the Institute of Pediatric Clinic Bolívar Risso / GRENDACC (Group of Defense to the Children with Cancer), located in Jundiá – SP. The data were collected by means of an instrument with nine semi-structured questions, and an open for suggestions. Data analysis allowed assessment guideline of the topics considered satisfactory and which need to be reformed. The replies of the open question were carefully read and meanings of their nuclei were identified, classified and incorporated into the guideline, according to contribution to improving the content. The outcome is to exploit the guideline as useful material that subsidize verbal information provided in daily practice.*

**KEYWORDS:** oncology nursing; communication; health education; guideline.

## **INTRODUÇÃO**

O enfermeiro, pela sua formação e desempenho profissional, desenvolve um papel de educador com o paciente, com a família e a comunidade. Actualmente, este papel tem sido exigido cada vez mais, devido ao modelo de atendimento de saúde, onde se valoriza acções preventivas, tanto no âmbito da prevenção primária como secundária e terciária. Segundo Leite e Faro (2005), o enfermeiro tem características que facilitam o seu papel como educador com o paciente. O facto de permanecer mais tempo ao lado deste, permite a observação do mesmo, não apenas como uma patologia mas também como um ser humano holístico.

A partir do trabalho diário com crianças e cuidadores, percebeu-se a necessidade da criação de material impresso que subsidie as informações verbais dadas pelos profissionais de saúde. Portanto, foi elaborado um guia pela enfermagem do serviço de quimioterapia de um ambulatório de oncologia e hematologia pediátrica, num município do interior de São Paulo. O conteúdo foi organizado para ser usado no momento das orientações dadas logo no início do tratamento, quando os cuidadores ainda estão sob o impacto do diagnóstico de cancro, não conseguindo assim assimilar, de maneira eficiente, as informações transmitidas verbalmente.

Carvalho (2006) afirma que ainda enfrentamos algumas questões vinculadas à representação social do cancro. Mesmo com os avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento das mais variadas patologias, há a ideia de “fim de vida” ao ouvir o diagnóstico de cancro. É um facto assumido que só com uma equipe multidisciplinar especializada no cuidado à criança, teremos condições de minimizar e auxiliar na transposição dessa representação.

Este guia inclui orientações sobre cancro, tratamento quimioterápico, efeitos colaterais, cuidados domiciliares com o paciente, cuidados com alimentação e medicamentos.

## **OBJETIVOS**

Validar o conteúdo e a compreensibilidade do instrumento de comunicação escrita “guideline de orientações a pacientes em tratamento quimioterápico e aos seus familiares” junto da população à qual se destina.

## **METODOLOGIA**

Pesquisa de campo, transversal, aplicada, com abordagem quantitativa. Após aprovação da comissão de ética do Centro Universitário São Camilo e aprovado na 10ª Reunião Ordinária realizada em 13 de dezembro de 2006, conforme os requisitos da Resolução CNS-MS 196/96, foi realizada a colheita de dados (Janeiro e Fevereiro de 2007) no Instituto de Clínicas Pediátricas Bolívar Riso / GRENDACC (Grupo em defesa a criança com cancro). Este Instituto está localizado em Jundiá, interior de São Paulo – Brasil.

Fizeram parte deste estudo os cuidadores principais de cada criança do Serviço de Oncologia em tratamento quimioterápico que voluntariamente concordaram em participar da pesquisa, assinando um termo de consentimento informado. Foi considerado como cuidador principal aquele que acompanha o paciente no ambulatório de quimioterapia, pois é este que recebe todas as informações e orientações. Foram contactados todos os cuidadores que acompanharam os pacientes em tratamento quimioterápico durante o período de coleta de dados, perfazendo um total de 23 cuidadores. Estes responderam a um instrumento contendo nove questões semi-estruturadas, e uma aberta para sugestões, para avaliar se as informações que constam no guia sobre cancro e quimioterapia eram esclarecedoras e suficientes; se as orientações sobre os cuidados necessários com o paciente no dia da quimioterapia foram claras; se os itens de orientação relacionados à alimentação, aos medicamentos e seus efeitos colaterais foram satisfatórios. Pelas características da pesquisa, foram excluídos os analfabetos.

Segundo Echer (2005), qualificar o conteúdo do manual com pacientes e familiares que já vivenciaram de alguma forma o tema nele abordado é uma atitude necessária e um ganho importante para o pesquisador. É um momento em que nos damos conta do que realmente falta, do que não foi compreendido e da distância que existe entre o que escrevemos e o que é entendido e como é entendido; das fantasias, dos tabus, das dificuldades de ser paciente ou familiar e estar doente.

Os questionários foram analisados, e os dados foram agrupados e apresentados em forma de tabelas e gráficos, utilizando-se a estatística descritiva. De acordo

com Polit e Hungler (2004), sem a estatística os dados quantitativos seriam uma massa caótica de números. A organização dos dados e os procedimentos estatísticos permitem que o pesquisador resuma, organize, interprete e comunique a informação numérica.

As respostas da questão aberta foram criteriosamente lidas e seus núcleos de significados foram identificados, classificados e incorporados no guia de orientação, contribuindo para a melhoria do seu conteúdo.

## RESULTADOS

A população investigada foi classificada com base no grau de escolaridade, idade, sexo e grau de parentesco com o paciente. Foi investigada também a correlação entre as respostas às questões semi-estruturadas e o grau de escolaridade.

De acordo com o gráfico 1, percebemos a participação mais activa das mães. Na nossa prática profissional, observamos que as mães que trabalham, na maioria das vezes, são autorizadas pela empresa/chefes, permitindo-lhes uma grande flexibilidade nos horários de trabalho, para acompanhar o tratamento de seus filhos. Porém, ao longo do tratamento acabam por se desligar dos seus empregos devido à complexidade do tratamento. Costa (2002) diz que geralmente são as mães que se responsabilizam pelo acompanhamento do paciente e assumem a rotina dos ambulatorios, internamentos, cuidados, horários dos medicamentos e intercorrências. Relaciona a presença maior das mães ao facto de que os pais continuam a trabalhar para manter a subsistência da família. Percebe ainda que o pai, mesmo quando presente, parece ter mais dificuldade em lidar com sentimentos mobilizados pela situação, não questiona o tratamento e ausenta-se quando a criança se encontra em estado grave.

Um ponto a ser destacado é relativamente ao grau de escolaridade dos entrevistados (Gráfico 3). Ao contrário do que se esperava, pois quanto mais elevado o nível de escolaridade, maior senso crítico, os entrevistados com 1º grau incompleto participaram de forma mais activa, deixando sugestões que com certeza melhoram o conteúdo do guia.

Na questão 2, foi perguntado se as informações sobre quimioterapia contidas no guia foram esclarecedoras (Gráfico 3).

Gráfico 1 – Grau de parentesco dos cuidadores pesquisados.

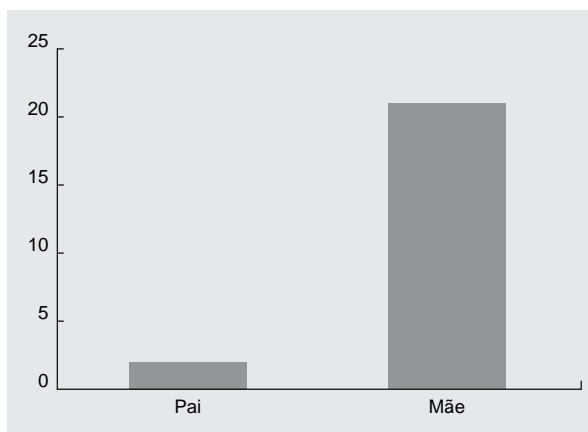


Gráfico 2 – Grau de escolaridade dos cuidadores pesquisados.

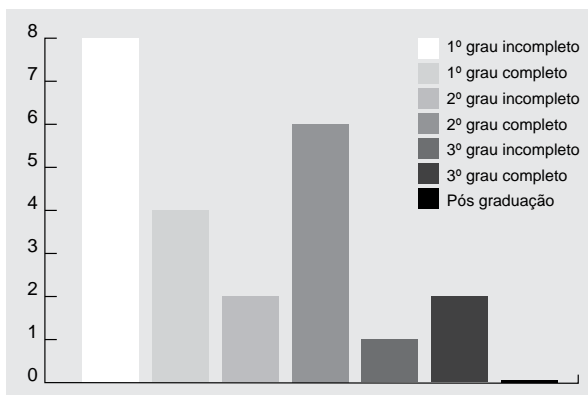
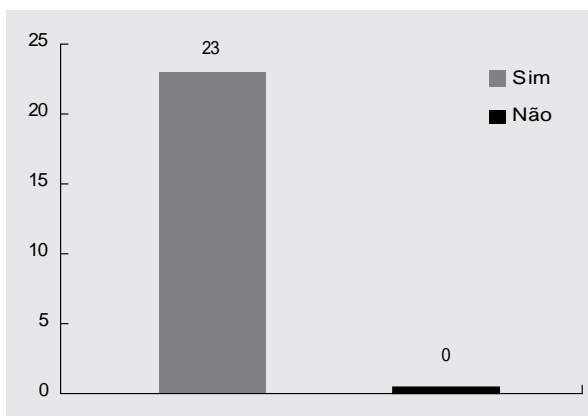


Gráfico 3 – Reposta à questão 2: Informações sobre quimioterapia esclarecedoras?





A importância de se orientar sobre o que é a quimioterapia, quais são suas vias de administração, deve-se a grandes mitos e ilusões que existem sobre o assunto. Quando os orientamos, desfazemos esses medos que assombram as pessoas menos familiarizadas com o assunto. Fonseca et al. (2004), transcreve a fala de uma das enfermeiras entrevistadas, que diz: “porque você explica, mas ela (mãe) não fixa. A maneira como explicamos não está dando pra ela fixar (...) o linguajar do médico não dá pra atingir, não dá pra entender, eu não entenderia. Eles falam, elas (mães) não entendem e chegam em casa e fantasiam”.

Na questão 3 foi perguntado se as informações sobre cancro contidas no guia foram suficientes (Gráfico 4).

Quanto às pessoas que responderam que não, uma não deixou sugestões específicas para este tópico. Das que deixaram sugestões na questão 10 (na última questão, a 10, foi aberto um espaço para que deixassem sugestões), uma solicitou que fosse reforçada a gravidade da doença, pois muitas pessoas ainda não possuem consciência da gravidade do risco de morte que os pacientes correm se não realizarem o tratamento corretamente. Outras duas sugeriram um maior comentário sobre os diferentes tipos de cancro.

Essas sugestões foram consideradas pertinentes, implicando o acréscimo dessas informações no guia.

Na questão 5 foi perguntado se as orientações sobre os cuidados que são necessários para o seu filho no dia da quimioterapia contidas no guia foram claras. Todos os entrevistados responderam que sim, que foram claras (Gráfico 5).

É de extrema importância que os cuidadores estejam orientados sobre os cuidados que devem ter com o paciente, pois segundo Costa (2002), decorrente da redução da hospitalização, o tratamento quimioterápico é realizado nos serviços de ambulatório. Dessa forma, os efeitos colaterais da quimioterapia surgem em casa, cabendo aos pais a realização de cuidados complexos. É necessário educar para o autocuidado para que se garanta a continuidade da assistência em casa, bem como a qualidade do tratamento.

Silva (2001) afirma que a teoria do autocuidado pressupõe que o indivíduo seja sujeito activo no processo de decisão sobre a identificação das necessidades,

Gráfico 4 – Resposta à questão 3: Informações sobre cancro foram suficientes?

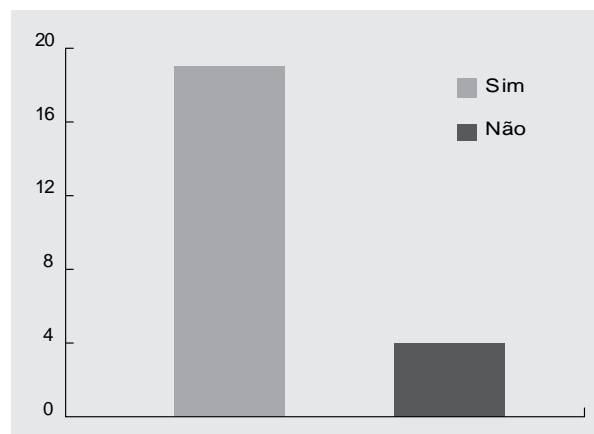
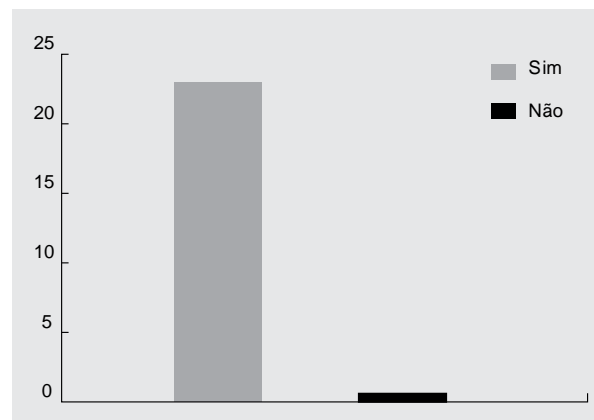


Gráfico 5 – Resposta à questão 5: Orientações sobre os cuidados necessários para o seu filho no dia da quimioterapia foram claras?



da natureza e das acções a serem desenvolvidas no cuidado à saúde.

Na questão 8 foi perguntado se as orientações sobre dicas de alimentação foram satisfatórias. Dos 23 entrevistados, 22 responderam que sim e apenas 1 que não, porém não apresentou sugestões.

Na questão 9 foram avaliados nove itens sobre os efeitos colaterais da quimioterapia classificados em ótimo, bom, mau e regular. Percebeu-se que alguns dos entrevistados não compreenderam que deveriam avaliar as informações contidas no guia e não os efeitos

colaterais que os pacientes sentiam. Quando percebemos a não compreensão de alguns entrevistados sobre o que deveriam avaliar, reforçamos as orientações e daí passaram a avaliar apenas o guia.

Embora não fosse o objectivo principal, encontramos no nosso estudo, na questão 10, o diálogo de uma mãe que solicita a inclusão de informações de orientações técnicas para elas. Isso porque o encaminhamento para a hospitalização em hospitais não especializados traz sérias conseqüências. Encontramos outras informações deixadas que não são sugestões, 4 entrevistadas elogiaram o guia, 1 elogiou a iniciativa da definição de um guia de orientação, 1 disse que se tivesse tido o guia em mãos no início do tratamento do seu filho, teria sido mais fácil, porque no começo são muitas informações novas, completamente desconhecidas pelos pais. Diante dessa declaração, devemos avaliar o momento da entrega do guia aos pais.

Fonseca et al. (2004) relatam que as participantes do seu estudo verbalizaram o interesse em ter um material escrito, sendo sugerido um livrete, revista e guia com texto sobre os cuidados e figuras.

Uma entrevistada sugeriu que o guia contivesse informações sobre vacinação das crianças, irmãos e contacto com crianças que foram vacinadas. Essas informações serão acrescentadas ao nosso documento.

Outra entrevistada elogiou os profissionais da quimioterapia como segunda família e que estão sempre a orientar os familiares.

Uma entrevistada sugeriu que o guia contivesse informações sobre o *port-a-cath*, e entendemos que a sugestão se deva ao facto de, após o diagnóstico de cancro, estar a ser implantado em todos os pacientes um cateter de acesso venoso central totalmente implantável, de longa permanência, tipo *port-a-cath*.

Os familiares e o paciente são orientados pela enfermeira antes da implantação, sobre qual a finalidade do cateter, como é utilizado, as vantagens e os cuidados a serem considerados.

Essa orientação dá-se logo a seguir ao diagnóstico, o que dificulta a compreensão por parte dos pais que se encontram abalados com a notícia do cancro. Sem dúvida, ter material escrito sobre esse assunto facilitaria a assimilação das informações, pois poderiam levar

o documento para casa e o estudarem mais tranquilamente. No entanto, considero que pela complexidade e quantidade de informação, esse assunto merece um guia exclusivo, que poderá ser o tema de projeto num futuro próximo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pela natureza deste material escrito educativo, registamos a necessidade de constante actualização para que o objectivo de educar, instruir, fornecer informações seja sempre alcançado, uma vez que a cada dia surgem novas descobertas, novas formas de tratamento.

O estudo permite inferir que este material poderá facilitar a acção do enfermeiro que pretende inserir a família neste novo contexto, num momento em que ainda estão abalados com o diagnóstico.

A revisão e validação da informação foram muito importantes para que a mesma possa ser implantada em breve no serviço, respaldando a assistência prestada pela equipe interdisciplinar e destacando o relevante papel educador do enfermeiro. As valiosas sugestões dadas pelos cuidadores reforçam a importância da comunicação efectiva na busca da elevação da qualidade do cuidado com conseqüente contributo no sucesso do tratamento quimioterápico.

Considerando a complexidade do assunto abordado, destacamos que não tivemos a pretensão de esgotar o assunto, mas sim fazer a proposta de um instrumento que subsidia a actuação do enfermeiro em oncologia.

## BIBLIOGRAFIA

- Leite VBE, Faro ACM. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(1) : 92-6.
- Carvalho GPC, Leone LP, Brunetto AL. O Cuidado de Enfermagem em Oncologia Pediátrica. Revista da Sociedade Brasileira em Cancerologia. 2006;11.
- Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. Rev Latino-am Enfermagem. 2005;5(13) : 1-5.
- Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Costa JC. Crianças/adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2002;3(10) : 321-33.
- Fonseca LMM, Schochi CGS, Rocha SMM, Leite AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. Rev Latino-am Enfermagem. 2004;12 (1) : 65-75.
- SILVA LMG. Breve reflexão sobre autocuidado no planejamento de lata hospitalar pós transplante de medula óssea (TMO): relato de caso. Rev Latino-am Enfermagem. 2001;4(9) : 75-82.

# AEOP/MSD

prémio de excelência  
melhor artigo científico  
2009...

A fim de reconhecer o espírito de investigação e nível científico em Oncologia, a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), com o apoio exclusivo da MSD, criou o Prémio Excelência 2009 para o melhor artigo científico em Enfermagem Oncológica publicado na revista científica Oncologia. A AEOP tem como parceiros a Associação de Enfermagem Oncológica 2009 "Melhor artigo científico", com o seguinte:

#### REGULAMENTO

**Art. 1.º** A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) com o fim de estimular a publicação de artigos de investigação em Enfermagem Oncológica, criou o prémio AEOP/MSD, no valor de 2.000 Euros que deverá atribuir-se aos autores e coautores de acordo com o seguinte regulamento.

**Art. 2.º** O Prémio reconhecerá o melhor artigo de investigação científica publicada na área das Ciências de Enfermagem oncologia publicado na revista científica Oncologia e tem como objetivo reconhecer o prémio a excelência na publicação de artigos científicos.

**Art. 3.º** Os artigos devem ser originais, não podendo ter sido publicados antes da participação no Prémio de Excelência.

**Art. 4.º** O prémio será entregue ao primeiro autor, caso o trabalho seja coautorado por vários autores.

**Art. 5.º** O prémio destina-se à investigação em Portugal que se propuseram publicar na revista Oncologia, até à sua regularidade, durante o ano de 2009 em todas as edições da publicação de membros do JCI.

**Art. 6.º** Cada candidato ou grupo de candidatos poderá submeter apenas um único artigo de investigação, publicado originalmente na revista Oncologia, artigo oficial da AEOP. A candidatura ao prémio é gratuita para os autores da AEOP com pagamento de quotas regulamentares nos outros casos, a partir do momento em que o artigo é aceite.

**Art. 7.º** A candidatura consta das seguintes partes:

1. Formulário único de formação de inscrição de artigo "Prémio" da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa ([www.aeop.net](http://www.aeop.net)), preenchido e assinado pelo autor ou pelo primeiro autor e assinado de acordo com o modelo;
2. Título do artigo de investigação para publicação na revista Oncologia, devendo ter o título e o primeiro e o último nome de cada autor; O título devendo ser escrito em português e deverá respeitar os termos de publicação de revista. Os artigos devem ser enviados por correio eletrónico;
3. Os artigos enviados e não publicados durante 2009, não podem ser objeto de candidatura, mesmo sendo não imediatamente submetidos.

**Art. 8.º** As candidaturas ao Prémio Excelência "Melhor artigo científico 2009" são todos os artigos de investigação publicados na revista Oncologia de 2009 e cujo seu autor principal tenha aderido e formalizado de inscrição no JCI. A última publicação de 2009 correspondente à revista de Novembro.

**Art. 9.º** As candidaturas submetidas serão avaliadas por um júri composto por membros por eleição interna escolhida pela AEOP. Os membros do júri comprometer-se-ão a garantir a sigla quanto aos trabalhos submetidos ao Prémio Excelência.

**Art. 10.º** Critérios de avaliação:

1. Um artigo publicado e disponível para consulta;
1. Basear-se em critérios gerais de formação;
2. Se for possível, ter utilizado o potencial de investigação;
3. A metodologia utilizada incluir uma concepção experimental, quanto experimental, correlacional, ou descritiva, bem como, análises estatísticas apropriadas;
4. Utilização correta da metodologia qualitativa, caso se utilize;
5. Candidatura formalizada e enviada ao "correu eletrónico" para a AEOP.

**Art. 11.º** Critérios de Avaliação:

1. O(s) Autor(s) responderem à área e importância e coerência quanto de investigação, estando diretamente ligados a um caso de literatura científica e técnica que se relacione com a prática de enfermagem oncologia;
2. O artigo científico para a literatura científica;
3. O(s) Autor(s) demonstrarem capacidade fundamentação da inclusão e de aplicação de um modelo conceptual ou processo teórico através de conclusões;
4. O artigo é exemplar na sua utilização das conclusões de estudos anteriores com ênfase, na contextualização, e de discussão;
5. Tabela e figuras corriqueiras claras, ampliativas, e suporte de informação estatística;
6. O documento, o artigo é um exemplo de pesquisa científica de qualidade em enfermagem e sugere novas abordagens para a prática clínica em cuidados oncológicos.

**Art. 12.º** O júri da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) verificará os trabalhos submetidos e procederá às nomeações regulamentares para a sua atribuição.

**Art. 13.º** As decisões do júri serão tomadas por maioria e não haverá lugar a qualquer tipo de recurso. O júri poderá decidir para não atribuição do prémio, baseando-se nos critérios estabelecidos de investigação e formação com qualidade suficiente para essa atribuição. Decisão emitida no âmbito regulamentar serão comunicadas aos membros do júri.

**Art. 14.º** Os resultados serão divulgados a todos os candidatos no correio eletrónico.

**Art. 15.º** O artigo do prémio decorrerá em cartolina 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](http://www.aeop.net)



onco.news

 MERCK SHARP & DOHME





## Uma nova esperança que vem de dentro

Tyverb<sup>®</sup> mais capecitabina constitui uma NOVA forma de tratar o cancro da mama avançado ou metastático ErbB2 (HER2)-positivo.<sup>1,2,3</sup>



**Tyverb 250 mg comprimidos revestidos por película. COMPOSIÇÃO QUALITATIVA E QUANTITATIVA:** Cada comprimido contém 250 mg de lapatinib monohidratado equivalente a 250 mg de lapatinib. **FORMA FARMACÉUTICA:** Comprimido revestido por película. **INDICAÇÕES TERAPÉUTICAS:** Tyverb, em associação com capecitabina, é indicado no tratamento de doentes com cancro da mama avançado ou metastático cujos tumores sobre-expressam o ErbB2 (HER2). As doentes devem apresentar doença progressiva após terapêutica prévia que deve incluir anti-HER2 e terapia sistémica com trastuzumab na presença de metástases. **POSOLOGIA E MODO DE ADMINISTRAÇÃO:** O tratamento com lapatinib só deverá ser iniciado por um médico com experiência na administração de medicamentos oncológicos. Os tumores que apresentam sobre-expressão do ErbB2 são definidos por IHC3+, ou IHC2+ e amplificação do gene ou amplificação do gene *her2/neu*. 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 tomado antes de uma refeição. As doses espaçadas não devem ser usadas e a posologia retardada na próxima dose não é recomendada. A dose recomendada de capecitabina é 2000 mg/m<sup>2</sup>/dia tomada em 2 doses com intervalo de 12 horas nos dias 1-14 em todos os 21 dias. A capecitabina deve ser tomada com alimentos ou nos 30 minutos a seguir à refeição. **Proibição de dose ou atraso na sua administração:** **Advertências e precauções:** De acordo com os Critérios de Terminação Comum para Aclaramentos, Aclaramentos do Instituto Nacional do Cancro (NCI CTCAE) o tratamento com lapatinib deve ser descontinuado em doentes com sintomas associados com diminuição da função de ejação ventricular esquerda (LVEF) de grau 3 ou superior ou se a LVEF descer abaixo dos limites mínimos estabelecidos como normais. A toxicidade com lapatinib pode ser semelhante ou superior a LVEF inferior (1000 mg/dia) após um intervalo mínimo de 2 semanas e se a LVEF recuperar a normalidade e a doença estiver assintomática. **Quais os efeitos adversos associados ao tratamento?** O lapatinib deve ser descontinuado nos doentes que apresentem sintomas pulmonares de grau 3 ou superior segundo NCI CTCAE. **Quais os efeitos adversos?** 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 Terminação Comum para Aclaramentos Adversos do Instituto Nacional do Cancro (NCI CTCAE). A toxicidade pode ser relacionada com a dose quando a toxicidade evoluir para grau 3 ou inferior. Se a toxicidade responder, a dose de lapatinib deve ser reiniciada numa dose ainda mais baixa (1000 mg/dia). Deve ser monitorizada a BCM do doente para informações sobre o estado do doente na sua administração. **Contraindicações:** Não é necessário ajuste de dose nos doentes com comprometimento renal ligeiro a moderado. É necessário ajuste de dose em doentes com comprometimento renal grave. **Contraindicações hepáticas:** O lapatinib deve ser descontinuado se os valores do teste hepático forem graves e os doentes não devem voltar a ser tratados. A administração de lapatinib a doentes com comprometimento hepático moderado a grave deve ser feita com precaução devido ao aumento na exposição ao medicamento. Os dados disponíveis em doentes com comprometimento hepático são limitados para permitir um ajuste de dose. **Apoptose celular:** Não é recomendada. **Atos:** 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 FCM de capecitabina.** **ADVERTÊNCIAS E PRECAUÇÕES ESPECIAIS DE UTILIZAÇÃO:** O lapatinib foi associado a alterações de duração do período de ejação ventricular esquerda (LVEF). Deve tomar-se precaução em doentes com condições que possam comprometer a LVEF e evitar a LVEF inferior 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. Outros hepatocarcinomas 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 regularmente ao longo do tratamento indicado. A administração de lapatinib deve ser descontinuada se os sintomas ou alterações nos exames hepáticos forem graves e os doentes não devem voltar a ser tratados. **Taxação:** O lapatinib deve ser descontinuado em doentes com comprometimento hepático moderado a grave. **Recomenda-se precaução em caso de comprometimento renal grave.** Foram notificados casos de dorres, incluindo dorres graves no tratamento com lapatinib. É importante evitar a prescrição pré-ativa do doente com sintomas de dorres. Os casos graves de dorres podem necessitar de administração oral ou intravenosa de eletrólitos e fluidos, e interrupção ou descontinuação do tratamento com lapatinib. Deve ser evitado o tratamento concomitante com inibidores do CYP3A4 ou do CYP2C8, substâncias que aumentam o pH gástrico, uma vez que a solubilidade e a absorção de lapatinib podem diminuir. **INTERACÇÕES FARMACOLÓGICAS E OUTRAS FORMAS DE INTERACÇÃO:** Efeitos de outras medicações sobre lapatinib: O lapatinib é predominantemente metabolizado pelo CYP3A4. Deve evitar-se a administração concomitante de lapatinib com inibidores potentes do CYP3A4 (i.e., itraconazol, voriconazol, telitromicina, ciclosporina, ciclosporina, posaconazol, nefazodona). A administração concomitante com inibidores moderados do CYP3A4 deve ser feita com precaução e os efeitos adversos devem cuidadosamente monitorizados. Deve evitar-se a administração concomitante de lapatinib com inibidores conhecidos do CYP3A4 (i.e., rifamicina, rifabutin, voriconazol, fenitoina e flucanazol) ou inibidores potentes do CYP3A4 (i.e., itraconazol, voriconazol, ciclosporina, ciclosporina, posaconazol, nefazodona) e os inibidores (rifamicina, flucanazol) destas substâncias podem alterar a exposição e/ou distribuição de lapatinib. A solubilidade de lapatinib é dependente do pH. Efeitos de lapatinib sobre outras medicações: O lapatinib inibe *in vitro* o CYP3A4 e o CYP2C8 a concentrações clinicamente relevantes. Deve evitar-se a administração concomitante de lapatinib com medicações que utilizam vias metabólicas e que sejam substratos do CYP3A4 (i.e., cisplatina, pirimetol e quindina) ou do CYP2C8 (i.e., rosiglitazon). Caso lapatinib seja administrado em associação com docetaxel (175 mg/m<sup>2</sup> cada três semanas), poderão ocorrer interações com neuropatia grave e dorres. Tal facto justifica monitorização e tratamento precoce da dorres. O lapatinib inibe *in vitro* os receptores do transportador P-gp, BCRP e OATP1B1. A relevância clínica deste efeito não foi avaliada. Não se pode excluir a possibilidade de lapatinib alterar a farmacodinâmica dos substratos do P-gp (i.e., digoxina) do BCRP (i.e., lapatinib) e do OATP1B1 (i.e., rosuvastatina). A administração concomitante de lapatinib com capecitabina ou trastuzumab não altera significativamente a farmacocinética destas substâncias. Os dados de metabolismo da capecitabina ou de lapatinib, incluindo os níveis e efeitos. A biodisponibilidade de lapatinib é aumentada até cerca de 4 vezes com alimentos, dependente da dose, são centrada em matéria de dose. O ajuste de dose pode variar entre o CYP3A4 no período intestinal e aumentar a biodisponibilidade de lapatinib devido por isso ser evitado durante o tratamento com lapatinib. **EFEITOS INDESEJÁVEIS:** Os efeitos adversos mais frequentes (>25%) durante o tratamento com lapatinib mais capecitabina foram gastrointestinais (diarreia, náusea e vômitos), os dermatológicos (eritematoso pedículo digital [EPD] e erupções cutâneas). A incidência de EPD foi semelhante em ambas as doses de tratamento de lapatinib mais capecitabina e de capecitabina em monoterapia. A dorres foi o efeito adverso mais frequente que resultou numa descontinuação do tratamento sendo observado em incidência semelhante em ambas as doses de tratamento (lapatinib mais capecitabina: 3%, capecitabina: 3%). A seguir à dose de 52 utilizada para a dose de 250 mg de lapatinib: Muito frequentes (≥1/10), frequentes (≥1/100 a <1/100), pouco frequentes (≥1/1000 a <1/100), raras (≥1/10 000 a <1/1000), muito raras (<1/10 000), desconhecido (não pode ser calculado a partir dos dados disponíveis). Os efeitos indesejáveis são enumerados por ordem decrescente de frequência dentro de cada classe de frequência. As seguintes reações adversas foram notificadas com frequência: **Erupções cutâneas e síndrome de pele seca:** Erupções cutâneas e síndrome de pele seca. **Doenças respiratórias, torácicas e do mediastino:** Doença intersticial pulmonar/pneumonia. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Diarreia que pode levar à desidratação (ver secção 4.2). **Proibição da dose ou atraso na sua administração – outros toxicidades e secção 4.4).** **Náuseas, vômitos.** **Ações dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Erupção cutânea (incluindo dermatite eritematosa) (ver secção 4.2). **Febre/febre da dose ou atraso na sua administração – outros toxicidades.** **Doenças do metabolismo e da nutrição:** Muito frequentes: Anorexia. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Muito frequentes: Fadiga. **Ações hepáticas:** Frequentes: Hepatite, bilirrubina, hepatocarcinoma. As seguintes reações adversas foram notificadas com frequência: **Doenças do sistema nervoso:** Doenças do sistema nervoso. **Doenças gastrointestinais:** Muito frequentes: Diarreia, náusea, vômitos, dor abdominal. **Ações dos tecidos cutâneos e subcutâneos:** Muito frequentes: Eritema, síndrome de pele seca. **Ações musculoesqueléticas e das tendões conjuntivos:** Muito frequentes: Doença intersticial pulmonar. **Perturbações gerais e alterações no local de administração:** Muito frequentes: Infatigabilidade dos membros. **Perturbações do foro psicológico:** Muito frequentes: Insónia. **TÍTULO DA AUTORIZAÇÃO DE INTRODUÇÃO NO MERCADO:** Glaxo Group Limited, Berkeley Avenue, Greenford, Middlesex UB8 3PH, Reino Unido. **DATA DA PRIMEIRA AUTORIZAÇÃO:** 10/06/2008. **Informação farmacológica sobre esse medicamento está disponível no Internet, no site do Agência Europeia de Medicamentos (EMA) <http://www.ema.europa.eu/>.** **Referências Bibliográficas:**

1. Tyverb<sup>®</sup> Resumo das Características do Medicamento disponível em: <http://www.ema.europa.eu>.  
2. Regulamento nº 726/2007 de autorização Europeia e do Conselho de 21/Março/2004 DO L 108 de 30/03/2004.  
3. Oficina de publicação dos medicamentos para Infância, a 24 Junho 2008.  
Para mais informações deverá contactar o representante local do Tyverb de 484.

## **2.ª REUNIÃO NACIONAL AEOP SUBMISSÃO DE TRABALHOS TERMINA A 30 DE ABRIL**

Vai decorrer no Porto, no Hotel Melia Gaia Porto, a 2.ª Reunião Anual da AEOP. O programa definitivo irá estar disponível em Fevereiro na nossa página web.

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, em colaboração com a MSD, irá atribuir o Prémio AEOP/MSD aos 2 melhores trabalhos apresentados em poster na Reunião Anual.

Os resumos devem ser acompanhados da devida identificação (nome completo dos autores, local de trabalho, contacto telefónico e endereço electrónico) e deverão ser enviados por correio electrónico para [secretariado@aeop.net](mailto:secretariado@aeop.net) até 30 de Abril. A selecção dos Resumos propostos a poster terá lugar até ao dia 10 de Maio.

O autor principal será informado por correio electrónico sobre a aceitação do trabalho até 11 de Maio, assim como os trabalhos escolhidos para serem apresentados publicamente na manhã do dia 23 de Maio, conforme constará no programa.

Todos os posters expostos serão certificados. A certificação referenciará o nome dos autores.

Todos os colegas que pretendam afirmar-se pela qualidade dos seus trabalhos na prática clínica da enfermagem oncológica têm aqui uma boa oportunidade de darem o seu

contributo pessoal. A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa fará a sua divulgação nos seus meios próprios. Toda a informação referente ao Regulamento está disponível em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).

## **ENCONTROS DA PRIMAVERA MARÇO 2009**

Irá decorrer em 27 e 28 Março, em Évora, os Encontros da Primavera de Oncologia, com a presença científica da AEOP. Teremos 3 sessões e 1 Workshop em programa de enfermagem simultâneo com o programa Médico. No dia 27 Março teremos o primeiro Painel sobre a temática “Cuidados Paliativos: Que integração” seguido do Workshop sobre Cancro da Mama, abordando as “Estratégias de ensino ao doente em tratamento com novas terapêuticas orais”. No dia 28 Março, teremos o segundo Painel com a análise do tema “Formação e Investigação em Enfermagem Oncológica: Que Realidade” onde será abordado o papel do Enfermeiro nos ensaios clínicos e as competências do enfermeiro especialista em oncologia na nossa realidade hospitalar actual. Contamos com a vossa presença.

## **FEVEREIRO 2009: PROMOÇÃO DA SAÚDE ESCOLAR**

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, através da sua coordenadora Ana Paula Figueiredo, vai colaborar com um grupo de alunos do 12 ano B do Externato Infante D. Henrique, Ruilhe, Braga, através da realização de duas palestras, abordando os temas “Alimentação Saudável” e “Vacinação HPV”. Esta actividade







encontra-se inserida na disciplina de Área de Projecto, sendo que o grupo auto-intitulado “Promoção da Saúde” planeia realizar, em 18/02/09, uma “Feira da Saúde” onde serão realizados diversos rastreios e onde se inclui a referida palestra.

Com esta iniciativa o grupo pretende sensibilizar a comunidade escolar para a promoção da saúde através de hábitos de alimentação saudáveis, no sentido da prevenção de doenças relacionadas. Também com a abordagem do tema vacinação, particularmente da vacina HPV, o objectivo recai sobre a promoção da saúde/protecção da doença, alertando para a importância da vacinação e contribuindo para a diminuição do número de casos de cancro do colo do útero. A AEOP felicita o grupo de alunos por esta iniciativa e congratula-se por colaborar em actividades que visem melhorar o estado de saúde da população em geral e particularmente a prevenção da doença oncológica.

## **AEOP GRUPO DIGESTIVO – PRIMEIRO WORKGROUP CRIADO**

Com a necessidade de se fomentar a investigação e a actividade dos enfermeiros que trabalham em Oncologia nas suas diferentes especificidades e atendendo aos recentes avanços científicos que cada especialidade oncológica conhece, a AEOP cria os Grupos de Trabalho, identificados como WorkGroups, por patologia e com os seguintes objectivos:

Promover a discussão entre os enfermeiros em cada área específica do saber;

Promover a investigação em enfermagem oncológica dirigida para a prática clínica;

Coordenar as actividades científicas específicas numa perspectiva nacional, com todas as unidades de oncologia dos diferentes hospitais.

Cada WorkGroup formado terá o seu próprio regulamento de funcionamento, no âmbito da organização e dos objectivos da AEOP. Os enfermeiros que queiram aderir aos WorkGroups terão de ser associados da AEOP e de submeterem a sua inscrição em boletim próprio, obedecendo a um conjunto de características aí identificadas.

Cada WorkGroup terá reuniões de trabalho específicas para o planeamento e execução de actividades científicas. Tudo em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).

## **PRÉMIO EXCELÊNCIA 2009 “CONTRIBUIÇÃO PARA A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM ONCOLOGIA”**

A Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) com o fim de promover a qualidade dos cuidados em enfermagem oncológica realizada em Portugal, institui o prémio AEOP/ Pfizer, no valor de 2.000 euros. Este prémio visa distinguir o melhor trabalho no âmbito da qualidade desenvolvido em Portugal e tem como objectivo reconhecer e premiar a excelência nos cuidados de enfermagem relacionados com a oncologia.

São candidatos ao Prémio de Excelência 2009 “Contribuição para a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem em Oncologia” todos os trabalhos enviados para a AEOP até 31 de Dezembro de 2009.

As candidaturas apresentadas serão apreciadas por um júri composto por um mínimo de cinco elementos e

o trabalho vencedor será entregue em 2010. O regulamento está disponível em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).

## **PRÉMIO EXCELÊNCIA 2009 “MELHOR ARTIGO CIENTÍFICO”**

A fim de incentivar o espírito de investigação a nível nacional em Oncologia, a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), com o apoio exclusivo da MSD, institui o Prémio Excelência 2009 para o melhor artigo científico em Enfermagem Oncológica publicado na revista científica *Onco.news* durante o ano de 2009.

O Prémio, no valor de 2.000 euros, visa distinguir o melhor artigo de investigação científica básica na área das Ciências de enfermagem oncológica e tem como objectivo reconhecer e premiar a excelência na publicação de artigos científicos.

São candidatos a este Prémio todos os artigos de investigação publicados nos 4 números de 2009 da revista *Onco.news* e cujo autor principal tenha submetido o formulário de inscrição on-line. A última publicação de 2009 corresponde à revista de Novembro. O regulamento está disponível em [www.aeop.net](http://www.aeop.net).

Esta é mais uma iniciativa da AEOP para os seus associados.

## Programa Nacional Pigart



O Sunitinib é utilizado no tratamento de doentes com a seguinte patologia oncológica:

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

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

O projecto Pigart (Patient Information about GIST And Renal Carcinoma Treatment) é uma iniciativa da AEOP e conta com o apoio exclusivo da Pfizer. Tem dois objectivos principais:

**1. Definição de duas Brochuras,** uma para o GIST e outra para o RCC, para ser distribuído aos doentes portadores destas patologias com a finalidade de lhes permitir uma maior informação e acompanhamento no seu tratamento;

**2. Estudo observacional** com a avaliação das toxicidades provocadas pelo tratamento destas patologias com novas terapêuticas dirigidas (Sunitinib)

e a sua interferência na qualidade de vida destes doentes.

Trata-se de um projecto de âmbito nacional, a decorrer nas diferentes unidades oncológicas que trabalham com estes doentes e tem uma duração prevista de dois anos.

Decorreu na Pousada de Santa Cristina, em Coimbra, no passado dia 29 de Novembro, a reunião de investigadores do projecto Pigart, com a presença dos enfermeiros coordenadores dos diversos centros propostos para implementação do estudo:

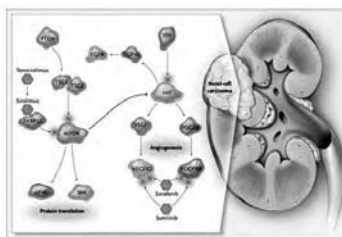
IPO Porto; IPO Coimbra; IPO Lisboa; HUC; Hosp. Santa Maria; Hosp. S. João; Hosp. Garcia Orta; Hosp. Setúbal.

Efectuaram-se as alterações e a avaliações dos dois documentos de informação, correspondente à Fase I do

projecto. Estes estão na fase de impressão e de acerto gráfico final para serem disponibilizados junto dos nossos doentes. Na próxima revista contamos apresentar as versões finais a serem distribuídos

pelas diferentes unidades de oncologia nacionais onde se tratam estes doentes específicos.

A Fase II do Projecto iniciou-se em Janeiro de 2009, estando os centros a obter as devidas autorizações hospitalares para implementarem o estudo.



## Programa Nacional ART

O Programa ART – Anemia Registry and Transfusions – visa dois objetivos: 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.

Os resultados preliminares foram submetidos e aceites ao 20<sup>th</sup> International Congress on Anti-Cancer Treatment, com o seguinte Abstract:

«Title: Evaluation of chemotherapy-induced anaemia and quality of life related to fatigue, in oncology Portuguese patients.

Background: Anaemia is the most common haematological consequence of some cytotoxic chemotherapy regimens. This condition, often either undermanaged or not treated at all, contributes to increased morbidity and reduced quality of life (QoL). Increase of fatigue in cancer patients has been correlated with the development of anaemia. Erythropoiesis-stimulating agents (ESAs), blood transfusions (BT), and iron supplementation (IS) are among the treatments options for anaemia. The administration of ESAs has been demonstrated to reduce the number of transfusion requirements and significantly improve QoL in patients with chemotherapy-induced anaemia (CIA). In Portugal, there is a lack of information reporting the proportion

of patients with CIA receiving treatment for this condition. The aim of this study is to evaluate the QoL related to fatigue and additionally, to estimate the incidence and prevalence of CIA in Portuguese cancer patients.

Methods: Multicenter, prospective, observational study in Portuguese oncology patients treated with chemotherapy. Data collected included demographic and clinical characteristics: Hb levels; chemotherapy regimen; anaemia development; anaemia treatment; quality of life measured with the fatigue specific questionnaire of FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy). Anaemia World Health Organization classification was used to classify the degree of anemia: grade I (Hb: 9.5 - 10.9 g/dl); grade II (Hb: 8.0 - 9.4 g/dl); grade III (Hb: 6.5 - 7.9 g/dl); and grade IV (Hb: < 6.5 g/dl).

Results: A total of 134 patients from several Portuguese oncology centers were included:

64% women; mean age 57±11 years. The distribution of patients according to their pathology was: 43% had breast, 28% lung, 18% colorectal, and 7% gynaecological cancers, and 4% lymphoma. The prevalence of CIA was 47.8% and was more frequent in patients with lung (58.3%) and breast (48.2%) cancers. Most patients with CIA developed grade I anaemia (n=46, 72%), but some had more severe conditions: grade II (n=16, 25%) and grade III (n=2, 3%). Only 33% (n=21) of the anaemic patients received anaemia treatment (37% with ESAs; 29% BT; 14% IS; 10% ESAs+BT; 5% BT+IS;

5% ESAs+BT+IS). Anaemia treatment with ESAs (all with darbopoyetin alfa) led to higher increases on Hb levels (1.27 g/dl) compared with BT treatment (0.7 g/dl). For patients that developed grade I CIA (n=44), a significant reduction in the FACIT-F scores was observed with the development of anaemia (108.8 vs. 103.0 points, averages). Due to the reduced number of patients it's not possible to evaluate the FACIT-F scores obtained either for grade II (n=3) or grade III (n=0) anaemic patients. Patients treated with ESAs (n=4) had the highest increases of FACIT-F scores (mean increment of 7.2 points). Conclusions: This study shows that the development of CIA leads to a decrease in the QoL related to fatigue in patients that receive chemotherapy. Only one third of the patients with CIA received anaemia treatment, which significantly improved their quality of life. Patients treated with ESAs showed the highest increases in Hb levels and in FACIT-F scores.»

A próxima fase será a preparação e publicação dos resultados finais do estudo.

**ART**  
Anemia Registry &  
Transfusions

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

## CANCRO DO PULMÃO

Detectados dois genes que causam cancro do pulmão

Estudo francês muito abrangente ontem [3 Nov] publicado culpa os genes TERT e CRR9 de contribuírem seriamente para o desenvolvimento do cancro do pulmão. Uma predisposição genética que poderá ajudar a perceber por que razão tantos não fumadores vêm a sofrer desta patologia.

Maior estudo até agora feito sobre a genética e o cancro do pulmão. Por que razão alguns fumadores sobrevivem ao cancro do pulmão? E o que faz as pessoas que nunca adquiriram o vício do tabaco sucumbirem à doença? Embora sejam dois exemplos radicais, encaixam nas conclusões de um estudo ontem tornado público, que incrimina dois dos genes já conhecidos pela ciência - o TERT e CRR9 - no desenvolvimento do cancro do pulmão.

Esta predisposição genética para o cancro do pulmão foi identificada por uma equipa de investigadores de 18 países, que se debruçaram sobre as variantes do ADN entre 15 mil pessoas, noticiou, ontem, a Nature Genetics, uma revista especializada do grupo britânico Nature.

Apresentado como o maior estudo genético desenvolvido para o cancro do pulmão até hoje, foi organizado pelo Centro Internacional de Investigação sobre o Cancro (CIRC) em Lyon, França, e o Centro Nacional de Genotipagem (CNG) em Evry, com o apoio do Instituto Nacional do Cancro.

Do universo de 15 mil pessoas estudadas, seis mil estavam diagnosti-

cadas com cancro do pulmão e nove mil não possuíam a doença, específica o comunicado do CIRC.

Esta nova região cromossómica identificada fica situada no quinto cromossoma e contém dois genes conhecidos, o TERT e o CRR9, que poderão, de acordo com os investigadores, estar directamente implicados nesta predisposição, embora se saiba que o TERT é "o candidato mais provável" para provocar a patologia.

O director do CNG, Mark Lathrop, diz que se trata de "um gene que codifica em parte a telomerase, uma enzima associada ao desenvolvimento do cancro". As variações destes dois genes aumentam o risco de cancro do pulmão até aos 60% ao longo da vida, seja a pessoa fumadora ou não. No entanto, nota o CIRC, um aumento do risco é "decorrente, de acordo com o risco do cancro do pulmão provocado pelo tabaco". Os resultados agora obtidos "dão melhor compreensão" do cancro do pulmão, cujo tratamento é muito limitado, faz notar Paul Brennan, que dirige o grupo de investigação do CIRC, desejando que este estudo "ajude a melhorar o diagnóstico e a dar melhores possibilidades de tratamento".

[DN ONLINE, 3 NOVEMBRO 2008]

Só 15% dos doentes com cancro do pulmão sobrevivem mais de cinco anos

Cinco anos depois do diagnóstico, só 15% dos doentes sobrevivem. O cancro do pulmão é implacável. Demora cerca de 20 anos a formar-se e, quando se manifesta, em regra, já está em estadio avançado, impossível de reverter cirurgicamente.



Mata mais de três mil portugueses por ano. O número vai continuar a crescer e, mesmo que as recentes medidas antitabágicas se traduzam numa efectiva redução do número de fumadores, os efeitos só começaram a sentir-se daqui a 20 anos, alerta Luís Rocha, director do Serviço de Pneumologia do IPO do Porto.

Todos os anos surgem cerca de três mil novos casos e morrem outros tantos – é o cancro mais mortífero em Portugal. "A mortalidade é altíssima e, mesmo com os avanços terapêuticos, os ganhos, em termos de sobrevida, são de meses, não de anos", sublinha o especialista. Como o consumo tabágico (responsável por 85% dos tumores do pulmão) continua em alta – nos homens, tende a diminuir, mas nas mulheres está em expansão –, este tipo de neoplasias vai continuar a aumentar.

Ao contrário do que acontece com os tumores da mama, útero e próstata, não há marcadores genéticos ou programas que permitam rastrear eficazmente o cancro do pulmão. No entanto, os fumadores com mais de 40 anos deveriam fazer, anualmente, uma radiografia aos pulmões para detecção precoce. Normalmente, quando o tumor é diagnosticado, as hipóteses de cirurgia e consequentemente de cura já são muito baixas.

[DN, 1 NOVEMBRO 2008]

## CANCRO DA PRÓSTATA

Suplementos de selénio e vitamina E não ajudam a prevenir cancro da próstata

Investigadores norte-americanos revelaram que suplementos de selénio e vitamina E, tomados isoladamente ou em combinação, não ajudam a prevenir o cancro da próstata e podem mesmo aumentar ligeiramente o risco.

Uma revisão inicial e independente dos dados de um ensaio sobre o selénio e a vitamina E na prevenção do cancro, conhecido como SELECT

(Selenium and Vitamin E Cancer Prevention Trial), demonstrou duas tendências preocupantes: um pequeno, mas não estatisticamente significativo, aumento do número de casos de cancro da próstata entre os mais de 35 mil homens com mais de 50 anos do ensaio que receberam apenas vitamina E; e um pequeno, mas não estatisticamente significativo, aumento do número de casos de início de diabetes nos homens a tomar apenas selénio.

Como esta é uma análise inicial dos dados do estudo, nenhuma destas descobertas prova um aumento do risco com os suplementos e ambas podem ser resultantes de acaso, segundo os investigadores.

O SELECT é coordenado pelo Grupo de Oncologia do Sudeste, dos Estados Unidos, uma rede internacional de instituições de investigação, em mais de 400 locais clínicos nos Estados Unidos, Porto Rico e Canadá. Os participantes do SELECT estão a receber cartas a explicar a revisão do estudo e informações para pararem de tomar os suplementos do estudo. Os participantes irão continuar a ser monitorizados pelo pessoal da organização do estudo, o que pode incluir testes regulares para detectar o cancro da próstata, como o exame rectal digital e teste ao Antígeno Específico da Próstata, ou PSA.

[FARMACIA.PT, 03 DE NOVEMBRO DE 2008]

Homens que tomam aspirina têm níveis mais baixos de PSA

Investigadores norte-americanos revelaram que a utilização de aspirina e de fármacos anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), por parte dos homens, está associada a níveis mais baixos do Antígeno Específico da Próstata (PSA). Os investigadores da Universidade Vanderbilt, em Nashville, referiram que a análise incluiu 1.277 participantes que consultaram um urologista para se submeterem a uma biópsia da próstata. Aproxima-

damente 46 por cento dos homens relataram tomar um anti-inflamatório não esteróide, habitualmente aspirina.

A equipa de investigadores descobriu, após ajustar algumas variáveis, que têm efeitos independentes no tamanho da próstata e no risco de cancro, como a idade, raça, história de cancro da próstata na família, obesidade, entre outras, que a utilização de aspirina estava significativamente associada a níveis mais baixos de PSA. As descobertas revelaram que os níveis de PSA estavam 9 por cento mais baixos nos homens que tomaram aspirina, em comparação com aqueles que não tomaram o fármaco.

O teste de PSA é utilizado normalmente como método para detectar nos homens a possibilidade de cancro da próstata, sendo que níveis elevados de PSA no sangue sugerem uma maior probabilidade de ter cancro da próstata. Contudo, níveis elevados de PSA também podem significar uma hiperplasia benigna da próstata, um aumento não-cancerígeno da próstata.

[FARMACIA.PT, 18 DE NOVEMBRO DE 2008]

Fármacos antidiabéticos podem ajudar a diminuir risco de cancro da próstata

Investigadores da Universidade de Tampere, na Finlândia, revelaram que os fármacos utilizados para controlar a diabetes podem ajudar a reduzir o risco de cancro da próstata.

O Dr. Teemu J. Murtola e colegas referiram, na "American Journal of Epidemiology", que estudos recentes têm relatado uma diminuição do risco de cancro da próstata nos homens diabéticos, embora as evidências sejam controversas. Actualmente, não é claro se a utilização de medicação antidiabética afecta a associação entre a diabetes e o cancro da próstata.

Os investigadores estudaram um grupo de homens diagnosticados com cancro da próstata e um grupo de controlo com homens sem cancro



da próstata, num total de 24.723 pares caso-controlo. Os fármacos orais para a diabetes foram utilizados por 7,5 por cento dos homens com cancro da próstata e por 8,4 por centos dos de controlo. A prevalência de utilização de insulina foi de 2,5 por cento nos pacientes com cancro e de 3 por cento nos controlos.

A equipa de investigadores descobriu que os homens que tinham historial de tomar qualquer medicação para a diabetes tinham um risco 16 por cento menor de cancro da próstata. A diminuição do risco foi comparável para todos os fármacos anti-diabéticos, incluindo metformina, sulfonilureias e insulina.

Os investigadores descobriram ainda que o risco geral, assim como o risco de cancro da próstata avançado, diminuiu com a quantidade e duração da utilização da medicação. De acordo com os investigadores, o mecanismo potencial por detrás da diminuição do risco de cancro da próstata nos homens diabéticos é, actualmente, incerto. Muito provavelmente, as alterações no metabolismo da hormona endógena que ocorrem na diabetes têm um papel importante.

[FARMACIA.PT, 20 DE NOVEMBRO DE 2008]

## CANCRO DA MAMA

Estudo analisa relação entre efeitos secundários e recorrência do cancro da mama

Dados de uma análise retrospectiva sugerem que as mulheres que sofreram determinados efeitos secundários com o fármaco anastrozol ou com o tamoxifeno, para o tratamento adjuvante do cancro da mama na pós-menopausa, tinham menos probabilidade de recorrência da doença, em comparação com aquelas que não apresentaram efeitos adversos. De acordo com o principal autor, o Professor Jack Cuzick, epidemiologista do "Cancer Research UK", o estudo descobriu

que os afrontamentos, suores nocturnos e dores nas articulações podem ser utilizados para prever quão efectivo será o tratamento hormonal para uma paciente com cancro da mama.

Os investigadores utilizaram dados de 3.964 mulheres de um ensaio, que comparou a efectividade do anastrozol [...] à do tamoxifeno, como tratamento adjuvante para o cancro da mama em fase inicial em pacientes na pós-menopausa.

Os investigadores compararam as mulheres que relataram sintomas vasomotores ou articulares, aos três meses, àquelas que não relataram os sintomas, para determinar se existia uma relação entre os efeitos secundários e uma subsequente recorrência da doença. As descobertas, publicada na "The Lancet Oncology", demonstraram que 37,5 por cento das participantes desenvolveram sintomas vasomotores, num período de três meses após o início da terapia, e que essas pacientes tinham 16 por cento menos probabilidade de ter uma subsequente recorrência da doença, em comparação com as mulheres que não apresentaram efeitos adversos. Adicionalmente, 31,4 por cento das mulheres experimentaram dores articulares, num período de três meses, e estas pacientes tinham 40 por cento menos probabilidade do cancro da mama voltar do que aquelas que não apresentaram dores nas articulações. Relativamente à ligação entre os efeitos secundários e a eficácia dos fármacos, o Professor Cuzick explicou que o tratamento está delineado para privar potenciais cancros de estrogénio, sendo que estes sintomas significam que existem níveis mais baixos de estrogénio no organismo.

Contudo, o investigador alerta que ainda é muito cedo para afirmar se é essencial ter estes sintomas para o tratamento ser efectivo.

[FARMACIA.PT, 03 DE NOVEMBRO DE 2008]

## Estilo de vida deve ser adaptado para ajudar a prevenir cancro da mama

Investigadores norte-americanos revelaram que, para diminuir o risco de cancro da mama, as mulheres devem-se focar numa alimentação saudável, consumo moderado de bebidas alcoólicas e na manutenção de um peso corporal saudável. O Dr. Martin Mahoney, do Instituto do Cancro Roswell Park, em Buffalo, e colegas conduziram uma revisão que examinou as estratégias de prevenção do cancro da mama das mulheres norte-americanas de risco médio, tendo revelado que primariamente devem ser abordados os factores de estilo de vida.

De acordo com o Dr. Mahoney, todas as mulheres caucasianas devem ser aconselhadas a moderar o consumo de álcool, sendo que as mulheres que apresentam um maior risco de desenvolver cancro da mama devem moderar a ingestão de bebidas alcoólicas ou mesmo evitá-las. As mulheres devem seguir uma alimentação equilibrada e manter um peso corporal saudável, visto que ganhar mais de nove quilos, durante a idade adulta, tem sido relatado como resultando num aumento do risco de cancro da mama. Contudo, não existem evidências de que componentes alimentares específicos possam efectivamente reduzir o risco de cancro da mama.

Os investigadores referiram ainda que a utilização de farmacoterapia para reduzir o risco de cancro da mama deve ser individualizada a cada paciente, após uma discussão pormenorizada dos riscos e benefícios, como parte de um processo partilhado de tomada de decisão. Segundo os autores do estudo, apesar de ser evidente nos últimos anos a diminuição da incidência e da mortalidade do cancro da mama, o impacto social e económico desta doença continua a ser enorme.

[FARMACIA.PT, 10 DE NOVEMBRO DE 2008]

## Suplementos de cálcio e vitamina D não reduzem risco de cancro da mama

Estudos revelaram que suplementos de cálcio e de vitamina D não reduzem o risco de cancro da mama invasivo em mulheres na pós-menopausa, segundo um relatório publicado na revista científica "Journal of the National Cancer Institute".

No estudo "Women's Health Initiative", 36.282 participantes receberam aleatoriamente 1.000 miligramas de cálcio mais 400 unidades internacionais (UI) de vitamina D ou placebo diariamente, durante sete anos, para determinar os efeitos destes suplementos nas fracturas de anca. O efeito dos suplementos no cancro da mama invasivo foi o objectivo secundário do estudo. Foram realizados exames e mamografias regularmente durante o período de seguimento. O número de pacientes que desenvolveram cancro da mama invasivo no grupo dos suplementos não foi significativamente diferente do número do grupo do placebo: 528 versus 546. Os investigadores analisaram os níveis iniciais de 25-hidroxivitamina D em 1.067 mulheres que desenvolveram cancro da mama e em 1.067 que não desenvolveram a doença, de modo a analisar o impacto dos níveis de 25-hidroxivitamina D, a medida mais precisa dos níveis de vitamina D no organismo.

Entre as mulheres que desenvolveram cancro da mama invasivo, os níveis de 25-hidroxivitamina D eram semelhantes, assim como no grupo de controlo. Após os dados terem sido ajustados para variações de peso e níveis de actividade física, os autores não descobriram qualquer correlação entre os níveis de 25-hidroxivitamina D e o risco de cancro da mama.

De acordo com o investigador principal, o Dr. Rowan T. Chlebowski, da Universidade da Califórnia, em Los Angeles, as descobertas de estudos observacionais têm relacionado

níveis elevados de cálcio e vitamina D a um menor risco de cancro da mama, mas até agora este tópico ainda não tinha sido abordado num tipo de ensaio diferente.

[FARMACIA.PT, 14 DE NOVEMBRO DE 2008]

## Cancro da mama: Terapia de grupo pode ajudar a melhorar sobrevivência

Investigadores norte-americanos revelaram que a terapia psicológica de grupo para mulheres com cancro da mama pode ajudar, não só a lidar melhor com a doença, mas também a viver mais tempo. A ideia de que este tipo de terapia possa estender a sobrevivência de pacientes com cancro tem sido controversa, nas últimas duas décadas, tendo estudos anteriores revelado resultados contraditórios.

Os investigadores, liderados pela Dra. Barbara Andersen, da Universidade Estatal do Ohio, estudaram 227 mulheres com cancro da mama, tendo cerca de metade seguido durante um ano terapia em grupos de oito a 12 pacientes, enquanto as restantes não o fizeram. Após 11 anos, as mulheres que participaram na terapia de grupo tinham menos 56 por cento probabilidade de morrer de cancro da mama e tinham menos 45 por cento probabilidade do cancro voltar.

A Dra. Andersen referiu que as sessões de grupo, entre outras coisas, direccionaram-se para a redução das preocupações das mulheres, ensiná-las a relaxar e a melhorar as capacidades de lidar com a situação, a melhorar a dieta alimentar e os hábitos de exercício físico, e para desencorajar o tabaco e as bebidas alcoólicas. Os investigadores revelaram, na revista científica "Cancer", que a melhoria da sobrevivência pode dever-se a uma melhor função imunitária devido à redução do stress. A psicóloga Lois Friedman, do Centro de Cancro de Ireland, em Cleveland, referiu que existem evidências claras de que tais intervenções

psicológicas podem melhorar o humor e a qualidade de vida, ajudar na aderência aos regimes terapêuticos e a melhorar o bem-estar geral.

[FARMACIA.PT, 20 DE NOVEMBRO DE 2008]

## Cancro da mama: Inibidores da aromatase mais efectivos do que tamoxifeno

Investigadores norte-americanos revelaram que os inibidores da aromatase, que reduzem as quantidades de estrogénio no organismo, são mais efectivos na prevenção do retorno do cancro da mama do que o tamoxifeno. Duas meta-análises distintas de ensaios clínicos internacionais testaram o tamoxifeno em comparação com fármacos inibidores da aromatase, em mulheres na pós-menopausa com cancro da mama em fase inicial, tendo ambas chegado à mesma conclusão: os inibidores da aromatase são mais efectivos na prevenção do retorno do cancro da mama.

O tamoxifeno e os inibidores da aromatase, como o letrozol, o anastrozol, o exemestano e o formestano, são largamente utilizados para prevenir a recorrência ou para tratar tumores que são receptores positivos de estrogénio, que representam entre 70 e 80 por cento de todos os cancros da mama. De acordo com o Dr. James Ingle, da Mayo Clinic, em Rochester, no Minnesota, o tamoxifeno é um bom fármaco, mas parece que os inibidores da aromatase podem ser algo melhores. O Dr. Ingle referiu que a importância destas descobertas pode ser observada no facto de 80 mil a 90 mil mulheres, apenas nos Estados Unidos, estarem a utilizar terapia endócrina este ano e, embora uma diferença de 3 por cento na recorrência do cancro possa não parecer muito, isto pode significar que vários milhares de mulheres possam ser poupadas a uma recorrência do cancro da mama.

[FARMACIA.PT, 18 DE DEZEMBRO DE 2008]

## ESTATÍSTICA EM ONCOLOGIA

Alergias podem prevenir alguns tipos de cancro

Investigadores norte-americanos sugerem que as alergias podem representar muito mais que uma deficiência imunológica, servindo como protecção contra certos tipos de cancros. Segundo os investigadores, os sintomas alérgicos podem proteger contra o cancro através da expulsão de certas partículas que podem conter carcinógenos (substâncias que são agentes que promovem ou têm envolvimento directo com a facilitação do cancro ou instabilidade genómica devido à destruição das mudanças metabólicas celulares) de órgãos que têm uma probabilidade maior de virem a entrar em contacto com eles. Para além disso, as alergias podem actuar como um "aviso", alertando o seu portador de forma a evitar certas partículas que circulam pelo ar.

Os cientistas examinaram cerca de 650 estudos desde as últimas 5 décadas, descobrindo que a associação inversa entre alergia e cancro é muito mais comum em cancros descobertos em organismos que entram em contacto directo com matérias provenientes de ambientes exteriores. Os tipos de alergias associadas aos tecidos que são expostos directamente a factores ambientais, como eczemas, febre dos fenos ou alergias a animais e comida, apresentavam uma relação inversa aos cancros.

O estudo salientou ainda que estas associações inversas estavam presentes de uma forma inferior em tipos de cancro de tecidos mais isolados, como cancro da mama, células meníngeas no cérebro e próstata, bem como mieloma, Linfoma não Hodgkin e leucemia mielocítica.

[FARMACIA.PT, 04 DE NOVEMBRO DE 2008]

Cientistas conseguem reforçar potencial imunológico de células contra cancro

Pesquisadores americanos conseguiram reforçar o potencial imunológico de células, o que ajudou à metade de um pequeno grupo de enfermos a combater tumores cancerígenos, segundo estudo publicado neste domingo no site do jornal Nature Medicine, do grupo britânico Nature. Os cientistas, dirigidos por Malcolm Brenner, do Colégio de Medicina Baylor de Houston (Texas, EUA), acrescentaram um receptor artificial aos linfócitos T (glóbulos brancos), o que reforçou sua capacidade para combater uma forma de câncer, o neuroblastoma, que ataca o sistema nervoso. Os linfócitos T em sua forma natural duram pouco tempo e não dispõem de moléculas suscetíveis de combater as células cancerígenas dos tumores. O neuroblastoma representa 7% dos cânceres infantis e causa 15% das mortes em crianças. Dois em cada três casos não são diagnosticados antes de se espalharem para outras partes do corpo.

No estudo, os pesquisadores selecionaram primeiro células imunológicas estimuladas naturalmente por um vírus inofensivo, o vírus Epstein-Barr. Em seguida, modificaram células para torná-las receptivas a proteínas que se encontram nas células do neuroblastoma. Nos testes realizados em 11 pacientes afetados por neuroblastomas, entre 3 e 10 anos de idade, as células imunológicas estimuladas pelo vírus Epstein-Barr duraram 18 meses. Em cinco casos os tumores experimentaram uma regressão e um sexto paciente conseguiu uma cura completa.

[AFP, 2008/11/02]

Perda óssea pode dever-se não só aos fármacos oncológicos

Investigadores norte-americanos revelaram que determinados fármacos oncológicos podem provocar perda óssea em pacientes com cancro da

mama, mas que estes fármacos não são os únicos culpados. O estudo, publicado na "Journal of Clinical Oncology", descobriu que 78 por cento das sobreviventes de cancro da mama apresentavam, pelo menos, uma outra causa para a perda óssea, como deficiência de vitamina D. A autora principal, a Dra. Pauline Camacho, da Faculdade de Medicina Stritch da Universidade de Loyola, em Chicago, referiu que os médicos ao avaliar as pacientes com cancro da mama, relativamente a uma possível perda óssea, devem procurar razões para além dos fármacos oncológicos. Os autores do estudo sugerem que, embora os fármacos oncológicos realmente provoquem perda óssea, os sobreviventes de cancro, como a população normal, também sofrem de perda óssea devido a causas tratáveis e merecem uma meticolosa avaliação da saúde óssea.

Os investigadores reviram os dados de 238 pacientes na pós-menopausa, com densidade mineral óssea abaixo do normal, examinadas no Centro de Doenças Ósseas Metabólicas e Osteoporose de Loyola, entre 2000 e 2006. Entre as pacientes, 64 tinham cancro da mama. 38 por cento das pacientes com cancro da mama tinham deficiência de vitamina D, em comparação com 51 por cento das pacientes sem cancro da mama. Foi encontrada excreção excessiva de cálcio na urina em 16 por cento das pacientes com cancro e em 8 por cento das pacientes sem cancro.

[FARMACIA.PT, 24 DE NOVEMBRO DE 2008]

OMS alerta que cancro será a principal causa de morte em 2010

A Organização Mundial da Saúde (OMS) anunciou esta quarta-feira que a principal causa de morte em 2010 será o cancro, uma vez que o número de novos casos tem sentido uma grande evolução, principalmente nos países em desenvolvimento. Os hábitos de tabagismo estão entre as principais

causas para o aumento da incidência de novos casos de cancro. Neste sentido, o director da Agência Internacional para a Investigação do Cancro, Peter Boyle, afirma que as tabaqueiras estão a apostar em países onde ainda é permitido fumar. De acordo com os dados do relatório, o número de casos de cancro duplicou no período de 1975 e 2000, pelo que as estimativas apontam que deverá aumentar para o dobro entre 2000 e 2020.

A OMS prevê que sejam registados 27 milhões de novos casos de cancros, vitimando cerca de 17 milhões de pessoas, em 2030, contra os 7,6 milhões de mortos registados em 2007 [...]. O relatório dá conta de que, em 2007, foram registados 12 milhões de novos casos, dos quais 5,6 milhões terão sido notificados em países em desenvolvimento, verificando-se ainda 4,7 milhões de vítimas mortais pela doença. “Mais da metade dos casos e dois terços dos óbitos por cancro ocorrem nos países com nível de renda baixo ou médio. Os países em desenvolvimento, onde a população crescerá 38% até 2030, não têm meios para lutar de forma eficaz contra o cancro”, sublinha o mesmo documento.

[FABRICA DE CONTEÚDOS, 2008-12-10]

## Diabetes pré-existent aumenta risco de mortalidade por cancro

Investigadores norte-americanos referiram que os pacientes diabéticos que são diagnosticados com cancro têm um maior risco de morte, em comparação com os pacientes que não sofrem de diabetes. A investigadora Bethany B. Barone, da Escola Bloomberg de Saúde Pública da Universidade Johns Hopkins, em Baltimore, e colegas conduziram uma meta-análise para examinar a associação entre a diabetes pré-existente e o risco de morte devido a todas as causas, a longo prazo, em pacientes com cancro. Os investigadores identificaram 48 artigos cien-

tíficos que preenchiam os critérios para o estudo, incluindo 23 artigos cujos dados podiam ser incluídos na meta-análise.

A meta-análise destes 23 estudos indicou que a diabetes pré-existente estava associada a um aumento do risco de morte devido a todas as causas, após um diagnóstico de cancro, em comparação com as pessoas com níveis de glicose normais, em todos os tipos de cancro. Análises adicionais, por tipo de cancro, demonstraram que a diabetes pré-existente foi significativamente associada a um maior risco de morte devido a todas as causas, a longo prazo, para os cancros do endométrio, mama e colo-rectal.

[FARMACIA.PT, 22 DE DEZEMBRO DE 2008]

## CANCRO GINECOLÓGICO

### Rastreio ao cancro do útero está prestes a arranca

O rastreio ao cancro do colo do útero, através da realização de uma colpocitologia às mulheres com idades entre 30 e 60 anos, está prestes a arrancar nas regiões do Norte, Alentejo e Centro, revelou a alta comissária da Saúde. De acordo com Maria do Céu Machado, a região Norte está prestes a avançar com o rastreio a este carcinoma, seguindo-se a do Alentejo e a do Centro, sendo que esta última já tem um rastreio organizado. Até ao final do ano deverá igualmente avançar o rastreio na região Sul.

De acordo com a presidente da Sociedade Portuguesa de Citologia (SPC), Helena Oliveira, serão realizadas na região Sul 4.229.664 colpocitologias, em 15 anos. Os protocolos estabelecidos defendem que a colpocitologia seja feita de cinco em cinco anos, nos centros de saúde que, entretanto, sejam identificados para tal.

[ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.  
5 DE NOVEMBRO DE 2008]

## Fármaco reduz risco de cancro do endométrio

A redução do risco de cancro do endométrio ronda os 50% nas utilizadoras de raloxifeno, conclui estudo que comparou aquela terapêutica com o tamoxifeno. Embora o raloxifeno e o tamoxifeno apresentem eficácia semelhante na redução do risco de cancro da mama, um novo estudo publicado no Journal of Clinical Oncology mostra que o raloxifeno também protege contra o cancro do endométrio. Para examinar o efeito do raloxifeno e do tamoxifeno no risco de cancro do endométrio, os investigadores da University of Pennsylvania, em Filadélfia, nos EUA, analisaram dados de 547 mulheres diagnosticadas com aquele tipo de cancro e 1410 sem a doença. Cerca de 3,3% das doentes com cancro tinham tomado raloxifeno, comparativamente a 6,6% do grupo controlo. Após ajustarem o peso de outros factores, os autores concluíram que a redução do risco de cancro endometrial ronda os 50% nas utilizadoras de raloxifeno. Em contrapartida, as mulheres que tomaram tamoxifeno tinham três vezes mais probabilidade de desenvolver aquele tipo de cancro.

[ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.  
6 DE NOVEMBRO DE 2008]

## Obesidade ligada ao risco de cancro dos ovários

Investigadores norte-americanos afirmam que as mulheres obesas que nunca recorreram a uma terapia de hormonas devido à menopausa têm um risco acrescido de desenvolver cancro nos ovários. A equipa de investigadores liderada por Michael Leitzmann estudou cerca de 95 mil mulheres norte-americanas com idades compreendidas entre os 50 e os 71 anos durante 7 anos. Os investigadores registaram 303 casos de cancro dos ovários durante esse tempo, notando ainda que entre as mulheres

que nunca tinham tomado hormonas depois da menopausa, a obesidade estava associada com um risco quase 80% superior de cancro dos ovários. Em contraste, não foi registada qualquer ligação evidente entre o peso e o cancro dos ovários em mulheres que nunca tinham recorrido a terapias hormonais devido à menopausa.

Leitzmann afirma que estas descobertas podem vir suportar a hipótese de que a obesidade pode potenciar o risco de cancro dos ovários através de efeitos hormonais. O excesso de massa corporal em mulheres em pós-menopausa leva a um aumento da produção de estrogénio, que pode estimular o crescimento das células dos ovários, desempenhando um papel no desenvolvimento do cancro dos ovários.

[FARMACIA.PT, 07 DE JANEIRO DE 2009]

## CANCRO DIGESTIVO

Cancro esofágico regista maior incidência no Norte. Homens são cinco vezes mais afectados do que as mulheres.

Novos hábitos alimentares, em que produtos frescos substituem os enchidos e fumados, têm contribuído para uma diminuição do cancro do esófago, apesar de ainda surgirem anualmente entre 15 e 20 novos casos por cada cem mil habitantes. Destes, mais do dobro são detectados no Norte do País, região que regista uma das maiores taxas de incidência da Europa, disse ao DN Jorge Maciel, que preside ao XX Encontro Internacional de Cirurgia, que reúne cerca de 400 profissionais de saúde e que termina amanhã [12 Nov] no Porto.

Para este número ainda elevado de casos, aquele responsável pelo serviço de cirurgia geral do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho aponta o abuso do álcool e tabaco. À semelhança do que acontece no resto da Europa ocidental e nos Estados

Unidos, estes são os principais factores de risco, responsáveis por 80 a 90% dos casos. Ontem, quatro cirurgiões japoneses, especializados neste tipo de cancro altamente mortífero, partilharam com profissionais de saúde de várias nacionalidades novas técnicas para tratar os doentes, sendo a cirurgia mini-invasiva uma delas. "Há menos riscos para o paciente e tem a vantagem de uma recuperação mais rápida", disse, acrescentando que, desta forma, se evita a abertura do tórax para remover o tumor. Jorge Maciel alertou para a importância do rastreio, uma vez que, quando surgem os sintomas, geralmente já o tumor está em estado avançado. Dado que o cancro do esófago tem tendência para obstruir a passagem dos alimentos, o primeiro sintoma é a dificuldade em ingerir sólidos. Ao longo de várias semanas este problema progride e a pessoa tem dificuldade em engolir sólidos moles e, depois, os líquidos. O resultado é uma acentuada perda de peso.

O cancro esofágico é mais frequente em pessoas cujo esófago se estreitou por terem ingerido uma substância alcalina, como, por exemplo, lixívia. É também frequente em pessoas com acalásia (uma perturbação em que o esfíncter esofágico inferior não se abre convenientemente), obstruções no esófago como uma membrana esofágica ou um cancro da cabeça e do pescoço. O cancro do esófago afecta mais os homens do que as mulheres, numa proporção de cinco para um, disse ainda Jorge Maciel.

[DN ONLINE, 11 NOVEMBRO 2008]

## Hepatologia e avanços no tratamento do carcinoma hepatocelular

Os tumores malignos (ou cancros) constituem um importante problema de saúde pública nas sociedades desenvolvidas. Um em cada cinco portugueses morre de cancro. Dos tumores malignos mais frequentes,

dois deles têm um prognóstico muito mau, o do pâncreas e o do fígado. Ao contrário do cancro do pâncreas onde pouco há a fazer, no tumor do fígado o mesmo já não acontece.

O tumor maligno que se origina nas próprias células do fígado, é chamado de carcinoma hepatocelular ou também hepatoma. É diferente dos tumores malignos que se podem "ramificar" no fígado, como é o caso da mama ou do cólon. São as chamadas de metástases hepáticas.

O carcinoma hepatocelular é um dos tumores mais frequentes a nível mundial, sendo um dos cinco cancros que mais mata. A sua importância reside também no facto de que se tem assistido ao seu aumento nos países industrializados, como é o caso de Portugal. Não se sabe bem qual a razão, mas pensa-se que possa estar associado ao crescente impacto da hepatite C e ao melhor tratamento dos doentes com cirrose, permitindo a sua maior sobrevivência. Apesar de menos mediatizado e conhecido do grande público, mata mais portugueses do que o cancro do colo do útero ou o melanoma. Dado o seu impacto e a sua gravidade quando diagnosticado, é fácil de compreender que existam muitos cientistas, hepatologistas, cirurgiões, imagiologistas e oncologistas que se dedicam à sua investigação. Na realidade e de uma forma geral, mais de 90% dos doentes afectados por este cancro não sobrevive mais do que cinco anos. Estão bem estabelecidos as causas, os sintomas, o modo de rastreio e os tratamentos indicados no carcinoma hepatocelular.

A doença que está quase sempre presente no hepatoma é a cirrose hepática. Cirrose é uma situação em que ocorre a morte de numerosas células do fígado, a par da formação de "cicatrices" (fibrose) e da alteração da sua estrutura: o fígado fica a ter na sua constituição vários nódulos



(formações arredondadas). Esta situação leva à alteração da circulação do sangue através do fígado o que pode conduzir à formação de varizes (veias muito dilatadas no esófago que re-bentam com muita frequência) e de ascite ("barriga de água"). Outra das consequências da cirrose é o cancro do fígado: praticamente todos os doentes com carcinoma hepatocelular têm cirrose e o risco de cancro do fígado aproxima-se dos 50% aos 10 anos. As causas que originam a cirrose são bem conhecidas: as principais são a ingestão excessiva de álcool (causa mais frequente em Portugal), hepatite C (causa mais frequente na Europa) e a hepatite B (causa mais frequente a nível mundial).

Em termos práticos, o carcinoma hepatocelular é um cancro susceptível de prevenção: evitando o consumo excessivo de álcool, a hepatite B através da vacina e a hepatite C não recorrendo à partilha de material empregue na droga e usando o preservativo em relações de risco. É um dos cancros claramente evitáveis.

O risco de hepatoma é de tal modo elevado, como vimos, na cirrose, que hoje em dia é ponto assente que todos os doentes com cirrose têm que efectuar ecografia de 6 em 6 meses de forma a se detectar precocemente o carcinoma hepatocelular. Nesta fase é susceptível de tratamento. A ecografia é de tal modo importante já que muitos carcinomas hepatocelulares podem surgir e crescer sem qualquer sintoma. Quando diagnosticado em fase precoce, com menos de 5cm, se o indivíduo em questão tiver menos de 65 anos, poderá ser submetido a um transplante hepático, que é uma das formas de tratamento mais eficazes. Outros tratamentos com eficácia são a cirurgia, e métodos que procuram a morte das células do tumor injectando no seu seio álcool (alcoólização) ou fazendo passar corrente eléctrica

(radiofrequência). A quimioterapia convencional não é nada eficaz. No entanto, recentemente surgiu um fármaco inovador, administrado por via oral em comprimidos, que interfere com o crescimento das células e dos vasos que alimentam o cancro. Chama-se Sorafenibe e é o primeiro medicamento que está associado ao aumento do tempo de vida neste tipo de cancro, habitualmente de muito mau prognóstico. Em resumo, para prevenir o hepatoma, evite o consumo excessivo de álcool, a hepatite B e C; faça análises regulares para detectar se o seu fígado está alterado, apesar de não ter sintomas (peça ao médico para fazer a ALT), e se tiver cirrose não se esqueça de fazer uma ecografias de 6 em 6 meses.

[DR. RUI TATO MARINHO, MD, PHD ADVISER OF THE VIRAL HEPATITIS PREVENTION BOARD, PRESIDENTE DA APEF - ASSOCIAÇÃO PARA O ESTUDO DO FÍGADO]

### Minerais podem reduzir risco de cancro do cólon

Segundo Qi Dai, médico da Universidade Vanderbil, nos Estados Unidos, o consumo de doses elevadas de magnésio tem sido associado a um risco reduzido de cancro colo-rectal. A suplementação de cálcio já havia demonstrado que actuava ao nível da inibição de carcinogénese colo-rectal, embora elevadas doses possam simultaneamente prevenir a absorção de magnésio no organismo. Elevadas quantidades de magnésio foram também associadas ao risco reduzido de cancro colo-rectal.

“Se os níveis de cálcio estivessem envolvidos individualmente, esperaríamos uma reacção oposta. Mas talvez exista qualquer coisa quando estes factores são combinados”, afirmou Qi Dai. A equipa de cientistas afirmou que é necessário prosseguir com estes estudos, suspeitando que o consumo de cálcio apenas possa proteger contra o cancro colo-rectal com a presença de magnésio.

[FARMACIA.PT, 19 DE NOVEMBRO DE 2008]

### Análise ao sangue pode detectar cancro do cólon

Investigador israelita desenvolveu um teste ao sangue, simples e barato, para detectar o cancro no cólon. Segundo Nadir Arber, professor de medicina e gastroenterologia na Faculdade de Medicina Tel Aviv University, este teste consegue detectar células de pólipos do cólon (os percursos para o cancro do cólon) no sangue, com um grau elevado de sensibilidade e eficácia. O teste é baseado na pesquisa do oncogene para o cancro colo rectal, um gene codificador de proteína, que quando desregulado participa no início e desenvolvimento do cancro.

O exame recorre ao facto dos pólipos no cólon emitirem biomarcadores, e que podem ser detectados no sangue em níveis muito reduzidos. Estudos recentes demonstraram que este teste pode identificar de forma segura adenomas, os pólipos que se convertem no cancro do cólon, com uma taxa de sucesso superior a 80%. Muitos pacientes evitam fazer colonoscopias, não só pelo tipo de exame em si mas também devido ao seu custo, pelo que este exame poderá vir a facilitar a prevenção da doença.

[FARMACIA.PT, 24 DE NOVEMBRO DE 2008]

### Radiação aumenta taxa de sobrevivência em pacientes com cancro do pâncreas

Investigadores norte-americanos acreditam que a radiação antes de cirurgias duplica a taxa de sobrevivência em pacientes com cancro do pâncreas com tumores operáveis. Segundo David Sherr, autor do estudo, este facto acontece porque os tumores do pâncreas espalham-se frequentemente ou já invadiram estruturas críticas do organismo na altura que foram detectados, e apenas 15 a 20% dos pacientes são candidatos adequados à remoção cirúrgica do tumor.



Enquanto a radioterapia pós-operatória tem vindo a ser utilizada para esterilizar as células cancerígenas que não foram removidas cirurgicamente, a noção de utilizar a radiação antes da resecção (remoção parcial do órgão) tem sido controversa, na opinião do investigador. “Existem benefícios potenciais em recorrer à radiação antes da cirurgia, comparativamente a após a mesma”, afirmou David Sherr. “A radiação pode mesmo aumentar o número de pessoas elegíveis para a resecção tumoral, através da redução do tumor, de forma a que não afecte mais as zonas vitais do organismo, tais como os vasos sanguíneos que se encontram próximos do pâncreas”, concluiu o investigador.

[FARMACIA.PT, 27 DE NOVEMBRO DE 2008]

### Consumo de tabaco ligado ao cancro colo-rectal

Investigadores italianos afirmam que fumar está associado de uma forma significativa ao aumento do risco de cancro colo-rectal e morte. Os autores do estudo, Edoardo Botteri e os seus colegas, realizaram uma meta-análise de forma a avaliar e resumir a ligação entre fumar e a incidência do cancro colo-rectal e morte associada à doença. Os investigadores identificaram 106 estudos observados, sendo que a meta-análise foi baseada no total de cerca de 40 mil novos casos de cancro colo-rectal.

Na análise desta incidência, o acto de fumar estava associado um risco acrescido de provocar a doença de 18%. Incluindo análises de mortalidade, foram já conduzidos 17 estudos indicando que os fumadores tinham uma probabilidade 25% superior de morrerem devido a cancro colo-rectal, comparativamente aqueles que nunca fumaram.

[FARMACIA.PT, 19 DE DEZEMBRO DE 2008]

## CANCRO DA CABEÇA E PESCOÇO

### Café pode ajudar a proteger contra cancros orais

Uma nova investigação indica que beber café reduz o risco de desenvolver cancro da cavidade oral ou da garganta, pelo menos, na população geral do Japão. De acordo com o Dr. Toru Naganuma, da Universidade Tohoku, em Sendai, o consumo de café no Japão é relativamente elevado, assim como a taxa de cancro do esófago nos homens. Para investigar algum efeito protector proveniente do consumo de café, os investigadores analisaram dados da população de um estudo no Japão, que integrou informações sobre a dieta, incluindo o consumo de café.

Entre os mais de 38 mil participantes do estudo, com idades entre os 40 e os 64 anos, sem historial de cancro, ocorreram 157 casos de cancro da boca, faringe e esófago, durante os

13 anos do seguimento. Comparativamente às pessoas que não consumiam café, aquelas que bebiam uma ou mais chávenas por dia tinham metade do risco de desenvolver estes tipos de cancro. Os investigadores referiram que a redução do risco incluiu as pessoas que apresentam um maior risco de desenvolver estes cancros, nomeadamente aquelas que eram fumadoras ou bebiam com regularidade no início do estudo.

O Dr. Naganuma comentou à Reuters Health que não esperavam que se pudesse observar uma associação inversa tão substancial entre o consumo de café e o risco destes cancros, nem mesmo nos grupos de risco elevado para estes tipos de cancro. Os investigadores concluíram, no artigo publicado na “American Journal of Epidemiology”, que, embora a cessação do consumo de álcool e de tabaco seja actualmente a melhor forma conhecida de ajudar a reduzir o risco de desenvolver estes cancros, o café poderá ser um factor preventivo, tanto nas populações de baixo risco como nas de risco elevado.

[FARMACIA.PT, 08 DE JANEIRO DE 2009]

# Estamos à sua espera!

**Orgulhamo-nos de colaborar com a AEOP para levar esta revista até si!**



## Design

Para dar a um CV, a um poster ou a uma apresentação um aspecto mais profissional e atraente... Para criar a imagem corporativa... Para produzir todos os materiais que irão ser precisos aquando da realização daquele Congresso... É sempre possível contar com a criatividade, a dedicação e o rigor no cumprimento dos prazos da MEDESIGN.

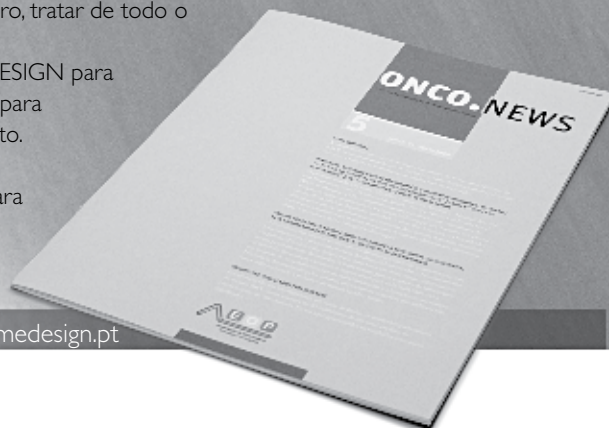
## Comunicação

Monografias, brochuras, simples folhetos destinados ao grande público ou materiais mais ou menos desenvolvidos dirigidos aos profissionais de saúde... Na MEDESIGN encontrará um interlocutor capaz de valorizar as suas ideias.

## Edição

**Revistas** A exemplo do que acontece com esta revista «Onco.news», também para a sua Associação / Sociedade podemos assegurar desde o serviço de secretariado da própria revista (recepção dos artigos, contacto com os autores, envio de provas, etc.) até, por exemplo, a adequação formal dos artigos (abstract, referências bibliográficas...). E, claro, tratar de todo o processamento posterior: paginação, impressão, expedição da revista...

**Livros** Se tem um tema que gostava de ver editado, conte com a MEDESIGN para desenvolver o seu projecto. Podemos proceder à obtenção de imagens para ilustração do livro, elaborar esquemas e gráficos e fazer a revisão do texto. Tratamos de todo o processo posterior de design gráfico, paginação e impressão... E, inclusive, podemos ajudar a encontrar um patrocinador para a edição do seu livro.



**Contactos:** 22 200 14 79 | [medesign@medesign.pt](mailto:medesign@medesign.pt) | [www.medesign.pt](http://www.medesign.pt)





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

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

**Protecção contra a Emese Aguda e Tardia**

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

**Ciclo após Ciclo<sup>2</sup>**

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

**ASCO**

American Society  
of Clinical Oncology

**NCCN**

National Comprehensive  
Cancer Network

**MASCC**

Multinational Association  
of Supportive Care in Cancer

**ESMO**

European Society  
of Medical Oncology



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

OUT-2009 EMD-2008-PT-1734-J

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

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

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





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



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

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

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



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

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

1SUTE0901001