

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

30

ANO VIII · JUL-OUT 2015

ENTREVISTA COM...

Carina Raposo, Unidade de Dor Crónica (Centro Hospitalar do Porto).

A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES CRÍTICAS

Esta revisão de literatura surge no sentido de ampliar o conhecimento e compreender mais detalhadamente os fatores de risco, consequências e estratégias de coping relacionadas com esta síndrome.

CUIDADOS AO DOENTE EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – UMA NECESSIDADE EM EVOLUÇÃO

As principais conclusões obtidas através da realização deste estudo revelam que existe necessidade de melhorias e muito esforço e dedicação por parte dos profissionais que trabalham no serviço de Urgência.

FERIDA MALIGNA E RADIÓGENA – CASE STUDY

Artigo que explora um caso prático de Radiodermite e cujo objetivo foi avaliar a resposta de uma ferida maligna da parede torácica ao tratamento de radioterapia externa realizado com recurso a um penso para provocar o efeito de bólus.

CLIENTE ONCOLÓGICO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE – EQUIDADE, ACESSIBILIDADE E INFORMAÇÃO

Artigo descritivo sobre algumas variáveis importantes na planificação de políticas de saúde a nível regional, contextualizadas com o Plano Nacional Saúde e com as políticas da OMS.



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa



A fotografia não corresponde a uma doente real.

Herceptin 150 mg, pó para concentrado para solução para perfusão: 1 frasco para injetáveis contém 150 mg de trastuzumab. Excipientes: cloridrato de L-histidina, L-histidina, *in*, *n*-trealose di-hidratada, polissorbato 20. **Herceptin 600 mg solução injetável em frasco para injetáveis:** 1 frasco para injetáveis de 3 ml contém 600 mg de trastuzumab. Excipientes: glicarantose humana recombinante, L-fenilalanina, cloridrato de L-histidina monohidratada, *in*, *n*-trealose di-hidratada, L-metionina, polissorbato 20, água para preparações injetáveis. **Indicações terapêuticas:** Em doentes adultos com cancro de mama metastásico. **CMH/ HER2:** a) Em monoterapia, em doentes previamente submetidos a 2 regimes de quimioterapia (QT) (antracina e 1 taxano, à não ser que esse tratamento não seja adequado). Doentes que expressam marcadores hormonais (RH) devem ainda não responder à terapêutica hormonal, a não ser que esta não seja adequada. b) Com paclitaxel, em doentes não submetidos previamente à QT e para os quais antracina não sejam adequadas. c) Com docetaxel, em doentes não submetidos previamente à QT. d) Com irinotecan, em doentes pós-menopausadas com CMH com expressão de RH; não tratadas previamente com Herceptin. **Em doentes adultos com cancro da mama em estadios precoces (CMH/ HER2):** a) Na sequência de cirurgia, QT (secoadjuvante ou adjuvante) e radioterapia. b) Com paclitaxel ou docetaxel, na sequência de QT adjuvante com doxorubicina e ciclofosfamida. c) Com QT adjuvante constituída por docetaxel e carboplatina. d) Com QT neoadjuvante, seguida de terapêutica adjuvante com Herceptin, na CM (localmente avançada incluindo inflamação) ou tumores de diâmetro >2 cm. **Em doentes adultos com cancro gástrico metastásico (CMH/ HER2):** apenas para Herceptin 150 mg, pó para solução para perfusão, com capecitabina ou 5FU e irinotecan no tratamento do adeno carcinoma metastásico no estômago ou na junção gastroesofágica. HER2+, que não receberam tratamento anterior para doença metastásica. Se utilizar Herceptin em tumores com sobre-expressão do HER2 ou amplificação do gene HER2. **Posologia e modo de administração:** Tratamento deverá ser iniciado apenas por um médico com experiência na administração de QT oncológica e administrado por um profissional de saúde. Verificar os rituais para garantir que o medicamento a ser preparado e administrado é Herceptin (trastuzumab) e não Histocyt (trastuzumab emulsionado) e que é usada a formulação correta. A formulação subcutânea de Herceptin não se destina à administração intravenosa e deve ser administrada apenas por injeção subcutânea. **Herceptin 150 mg, pó para concentrado para solução para perfusão:** CMH, de 2 em 2 sem., dose de carga inicial de 6 mg/kg bw, seguida, com intervalos de 2 sem., pela dose de manutenção de 6 mg/kg bw. CMH, semanal, dose de carga inicial de 6 mg/kg bw, seguida, semanalmente, pela dose de manutenção de 2 mg/kg bw. CMH, de 2

em 2 sem., dose de carga inicial de 6 mg/kg bw, seguida, com intervalos de 2 sem., pela dose de manutenção de 6 mg/kg bw. CMH, semanal, dose de carga inicial de 4 mg/kg bw seguida de 2 mg/kg bw. CMH, de 2 em 2 sem., dose de carga inicial de 6 mg/kg bw, seguida, com intervalos de 2 sem., pela dose de manutenção de 6 mg/kg bw. CMH, de 2 em 2 sem., dose de carga inicial de 6 mg/kg bw, seguida, com intervalos de 2 sem., pela dose de manutenção de 6 mg/kg bw. **Modo de administração:** Dose de carga: perfusão intravenosa durante 90 min. Se este for bem tolerada, as doses subsequentes podem ser administradas durante 30 min. Os doentes devem ser vigiados durante 4 horas após a 1ª perfusão e durante 2h após as perfusões seguintes, quanto ao aparecimento de febre, cefaléias, outros sintomas relacionados com a perfusão. **Herceptin 600 mg solução injetável em frasco para injetáveis:** 600 mg de 2 em 2 semanas por injeção subcutânea durante 2-5 minutos. Vigiar doentes após injeção. Os doentes devem ser vigiados durante 4 horas após a 1ª injeção e durante 2h após as injeções seguintes, especialmente a sinais e sintomas de reações relacionadas com a administração. **Duração do tratamento:** CMH ou CMH, até à progressão da doença. CMH: 1 ano ou até recorrência da doença. Para mais informação sobre modo de administração, administração dos fármacos em associação, renovação dose, populações especiais, interrupção utilização e mudança de tratamento entre a formulação intravenosa e subcutânea, consultar RCM. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade ao medicamento, proteínas murinas, fulvuronidas ou excipientes. Doentes com dispepsia grave em repouso devido a complicações da neoplasia ou que precisam de terapêutica suplementar com oxigénio. **Advertências:** Maior risco de desenvolver ICC ou disfunção cardíaca assintomática em monoterapia ou em associação com QT. Estes acontecimentos podem ser moderados a graves e têm sido associados a morte. Ter precaução ao tratar doentes com risco cardíaco aumentado (ex. insuficiência cardíaca, hipertensão ou doença coronária arterial, FEVE > 55 %, idade avançada). Todos os candidatos a tratamento, especialmente com injeção grave e antracina e ciclofosfamida, devem ter avaliação da função cardíaca antes, durante e até 24 meses após a interrupção do tratamento. Doentes tratados com antracina após o fim da terapêutica com Herceptin podem apresentar risco aumentado de disfunção cardíaca. Considerar avaliação cardiológica nos doentes para os quais tenham sido detetadas alterações cardiovasculares, ou em que existam preocupações, aquando da avaliação inicial. Não administrar Herceptin concomitantemente com antracina ou CMH ou em tratamento adjuvante. Ver RCM para mais informações importantes de disfunção cardíaca específicas do CMH, CMH, seguinte e neoadjuvante. Podem ocorrer reações relacionadas com a perfusão durante, nas horas que se seguem e até 7 semanas após a perfusão, tendo ocorrido casos fatais. Se ocorrer reação relacionada com a perfusão, interromper e



Herceptin® SC

trastuzumab
subcutâneo



EVOLUÇÃO CONTÍNUA NO TRATAMENTO DO CANCRO DA MAMA HER2+

monitorizar doente até desaparecimento de qualquer sintoma observado. Os doentes devem ser advertidos da possibilidade deste início tardio dos sintomas e ser instruídos a contactar o médico caso estes sintomas ocorram. No caso da formulação subcutânea, observar os doentes em relação à ocorrência de reações relacionadas com a administração durante 48 horas após a 1ª injeção e durante 24 horas após injeções subsequentes. Foram notificados acontecimentos graves pulmonares. Fatores de risco associados à doença pulmonar intersticial incluem tratamentos anterior ou concomitantes com outros anti-neoplásicos associados a esta doença, tal como taxanos, gemtuzumab, vinorelbina e radioterapia. Deve ter-se atenção à pneumonite, em especial em doentes que estejam a ser tratados com taxanos. Registrar o nome do marca e o número do lote do medicamento no processo do doente.

Interações: Pode ocorrer a exposição de metabólitos da itraconazolina. Em associação ao Herceptin, a capacidade demonstrou concentrações mais elevadas e uma duração mais longa. Ver RCM para mais informações sobre as interações medicamentosas. **Efeitos indesejáveis:** Reações adversas (RA) mais graves ou/ou frequentes: Disfunção cardíaca, reações associadas à administração, toxicidade hematológica (em particular neutropenia e leucopenia), infecção e reações adversas pulmonares. **RA estudo frequente:** Nasofaringite, neutropenia febril, anorexia, hipertensão, leucopenia, trombocitopenia, limitação de peso, anorexia, náusea, tremor, tonturas, cefaleia, parestesia, diarreia, xerostomia, hiperocceção lacrimal, hipertensão hipertensão arterial, balbucio, cãibras irregulares, angústias, fúria cardíaca, fração de ejeção diminuída, afrontamentos, sibilos, dispneia, tosse, epistaxis, rinite, dor de cabeça, vômitos, náuseas, tumefação labial, dor abdominal, dispnéia, obstrução, estomatite, eritema, erupção cutânea, edema facial, alopecia, alterações ungueais, síndrome de eritromelalgia palmoplantar, artralgia, tenção muscular, mialgia, cefaleia, síndrome de fadiga, febre, febre, síndrome gripal, reações associadas à perfusão, dor, prurido, inflamação da mucosa e edema periferico. **Importante:** Observaram-se outras RA graves, potencialmente fatais, incluindo reações à perfusão, reações de hipersensibilidade e do tipo alérgico, acontecimentos do foro pulmonar e toxicidade cardíaca. **Por favor consulte o RCM para informação detalhada sobre estas e outras RA e para informação sobre a mudança de tratamento entre a formulação intravenosa e subcutânea. Data da revisão do texto:** setembro 2015. **Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações deverá contactar a Roche Farmacêutica Química, Lda, Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810.**

Caso ocorra uma gravidez durante a utilização de Herceptin ou no período de 7 meses após a última dose notifique imediatamente o departamento de farmacovigilância da Roche através dos seguintes contactos: Telefone: 214257075; Email: gravidez.farmacovigilancia@roche.com. Será solicitada informação adicional durante a gravidez com exposição a Herceptin e na primeira ano de vida da criança. Tal permitirá à Roche compreender melhor a segurança de Herceptin e proporcionar informação apropriada às autoridades de saúde, profissionais de saúde e doentes.

Advertências para grávidas e mulheres potencialmente grávidas

- Deve evitar-se a utilização de Herceptin durante a gravidez, exceto se o benefício potencial para a mãe superar o potencial risco para o feto. A quantidade de dados sobre o uso de Herceptin em mulheres grávidas é limitada e a utilização segura de Herceptin durante a gravidez e amamentação não foi estabelecida.
- Não existe informação disponível sobre a fertilidade.
- Em contextos pós-comercialização, foram notificados, em mulheres grávidas a receber tratamentos com Herceptin, casos de comprometido do fígado e/ou crescimento renal fetal associada a oligohidramnion, alguns associados a hepatopatia pulmonar fetal de feto.
- Verificar o estado de gravidez antes do início de Herceptin. Mulheres com potencial para engravidar devem usar contraceção eficaz durante o tratamento com Herceptin e durante 7 meses após a última dose de Herceptin.
- Vigilância apertada de digoximina em doentes que fiquem grávidas durante o tratamento com Herceptin no 7 meses após a última dose de Herceptin.
- Desconhece-se se o Herceptin é secretado no leite humano. Uma vez que a IgG humana é secretada no leite humano e se desconhece o potencial perigo para o bebé, as mulheres devem evitar amamentar durante o tratamento com Herceptin e nos 7 meses após a última dose.

Indicado na 1ª Linha do tratamento dos doentes com Melanoma Avançado

YERVOY® (ipilimumab), no caminho para a Sobrevivência a Longo Prazo no melanoma avançado... Começar com YERVOY® (ipilimumab)¹⁻⁵



YERVOY® (ipilimumab) vs. gp100: HR=0,66 (IC 95%: 0,51; 0,87), $p=0,0026^{**}$

*Não está ajustado para comparações múltiplas.

— YERVOY® (ipilimumab)
— gp100

Quase duplicação da Sobrevivência a 1 e 2 anos em doentes previamente tratados¹

46% Taxa de Sobrevivência a 1 ANO¹ | **24%** Taxa de Sobrevivência a 2 ANOS¹

e uma eficácia consistente em doentes tratados em primeira linha¹

49,3%³ Taxa de Sobrevivência a 1 ANO^{3,4} | **32%** Taxa de Sobrevivência a 2 ANOS^{1**}

Indicação

YERVOY® (ipilimumab) é indicado para o tratamento de melanoma avançado (irressecável ou metastático) em adultos.¹

** As taxas de sobrevivência estimadas a 1 ano e a 2 anos para doentes que não fizeram quimioterapia prévia (n=78) agrupados de ensaios clínicos de Fases 2 e 3 foram de 54,1% (IC de 95%: 42,5 - 65,6) e de 32% (IC de 95%: 20,7 - 42,9), respetivamente.

Referências:

1. Resumo das Características do Medicamento de YERVOY® Dezembro 2013. 2. Hodi FS *et al.* *N Engl J Med.* 2010;363:711-23. 3. Patt D *et al.* European Cancer Congress (ECCO-ESMO-ESTRO), 27 Set. -1 Out. 2013, Amsterdão. Poster nº 3751. 4. Margolin KA *et al.* European Cancer Congress (ECCO-ESMO-ESTRO), 27 Set. -1 Out. 2013, Amsterdão. Poster nº 3742. 5. Eggermont AM *et al.* *Eur J Cancer.* 2011;47:2150-7.

YERVOY (IPILIMUMAB) Informações essenciais compatíveis com o RCM
Nome do medicamento: YERVOY® 5 mg/ml concentrado para solução para perfusão (ipilimumab).
Indicações terapêuticas: YERVOY® é indicado para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático) em adultos.
Posologia e modo de administração: Posologia: O regime de indução de YERVOY® recomendado é de 3 mg/kg administrado por via intravenosa durante um período de 90 minutos cada 3 semanas para um total de 4 doses. Os doentes devem receber todo o regime de indução (4 doses) como tolerado, independentemente do aparecimento de novas lesões ou agravamento de lesões já existentes. A avaliação da resposta tumoral deve ser realizada apenas após o final da terapia de indução. Os testes à função hepática e à função da tireóide devem ser avaliados no início do tratamento e antes de cada dose de YERVOY®. Adicionalmente, quaisquer sinais ou sintomas de reações adversas imunitárias, incluindo diarreia e colite, têm de ser avaliadas durante o tratamento com YERVOY® (ver RCM completo para informação adicional). A gestão das reações adversas imunitárias pode requerer atrasar uma dose ou a interrupção permanente de terapia com YERVOY® e a substituição de corticosteróides sistémicos em doses elevadas. Em alguns casos, pode ser considerada a adição de outra terapia imunossupressora (ver RCM completo para informação adicional). A redução da dose não é recomendada. **Modo de administração:** O período de perfusão recomendado é de 90 minutos. YERVOY® pode ser utilizado para administração intravenosa sem diluição ou pode ser diluído em solução injetável de cloreto de sódio 9 mg/ml (0,9%) ou solução injetável de glucose 50 mg/ml (5%) para concentrações entre 1 e 4 mg/ml. YERVOY® não pode ser administrado por via intravenosa rápida nem como injeção em bolus. **Contra-indicações:** Hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis:** Ipilimumab é mais frequentemente associado com reacções adversas resultantes de actividade imunitária aumentada ou excessiva. A maioria destas, incluindo as reacções graves, tiveram resolução após o início de terapia médica adequada ou após ipilimumab ser retirado. Em doentes que receberam 3 mg/kg de ipilimumab em monoterapia no estudo MDX10-20, as reacções adversas notificadas mais frequentemente (> 10 % dos doentes) foram diarreia, erupção cutânea, prurido, fadiga,

náuseas, vómitos, apetite diminuído e dor abdominal. A maioria foram ligeiras a moderadas (grau 1 ou 2). A terapia com ipilimumab foi interrompida devido a reacções adversas em 10 % dos doentes. Ipilimumab é associado a reacções gastrointestinais imunitárias graves. A mediana do tempo para aparecimento de reacções gastrointestinais imunitárias graves ou fatais (grau 3-5) foi de 8 semanas (intervalo 5 a 13 semanas). Com as normas orientadoras de gestão especificadas no protocolo, a resolução (definida como melhoria para ligeiro [grau 1] ou inferior ou para a gravidade no basal) ocorreu na maioria dos casos (90%) com uma mediana de tempo desde o aparecimento até à resolução de 4 semanas (intervalo 0,6 a 22 semanas). Ipilimumab é associado a hepatotoxicidade imunitária grave. O tempo para o aparecimento de hepatotoxicidade imunitária moderada a grave ou fatal (grau 2-5) variou de 3 a 9 semanas desde o início do tratamento. Com as normas orientadoras especificadas no protocolo, o tempo para a resolução variou de 0,7 a 2 semanas. A hepatotoxicidade imunitária ocorreu mais frequentemente em doentes a receber ipilimumab em doses mais elevadas do que as recomendadas em associação com dacarbazina, do que em doentes a receber ipilimumab 3 mg/kg em monoterapia. Ipilimumab é associado a reacções adversas cutâneas graves que podem ser imunitárias. A mediana do tempo para o aparecimento de reacções adversas cutâneas moderadas a graves ou fatais (grau 2-5) desde o início do tratamento foi de 3 semanas (intervalo 0,9-16 semanas). Com as normas orientadoras especificadas no protocolo, a resolução ocorreu na maioria dos casos (87%), com uma mediana do tempo desde o aparecimento até à resolução de 5 semanas (intervalo 0,6 a 29 semanas). Ipilimumab é associado a reacções adversas neurológicas imunitárias graves, endocrinopatia imunitária e outras reacções adversas imunitárias. O tempo para o aparecimento de endocrinopatia imunitária moderada a muito grave (grau 2-4) variou de 7 a perto de 20 semanas desde o início do tratamento. **Advertências e precauções especiais de utilização:** Ipilimumab está associado a reacções adversas inflamatórias resultantes de actividade imunitária aumentada ou excessiva (reacções adversas imunitárias), provavelmente relacionadas com o seu mecanismo de acção. As reacções adversas imunitárias, que podem ser graves ou potencialmente fatais, podem ser gastrointestinais, hepáticas, cutâneas, do sistema nervoso, do sistema endócrino

ou de outros sistemas de órgãos. Apesar da maioria das reacções adversas imunitárias ocorrer durante o período de indução, foi também notificado o aparecimento meses após a última dose de ipilimumab. Caso não tenha sido identificada uma etiologia alternativa, a diarreia, frequência de defecação aumentada, o sangue nas fezes, as elevações nos testes da função hepática, a erupção cutânea e a endocrinopatia têm de ser considerados inflamatórios e relacionados com ipilimumab. Um diagnóstico precoce e uma gestão adequada são essenciais para minimizar as complicações potencialmente fatais. Os doentes com melanoma ocular, melanoma primário do SNC e metástases cerebrais activas não foram incluídos no ensaio clínico principal. Cada ml do medicamento contém 0,1 mmol (ou 2,30 mg) de sódio. Esta informação deve ser tida em consideração em doentes com ingestão controlada de sódio. A administração concomitante de ipilimumab e vemurafenib não é recomendada. **Interações medicamentosas e outras formas de interacção:** O ipilimumab é um anticorpo monoclonal humano. Não foram observadas interações farmacocinéticas fármaco-fármaco clinicamente relevantes entre o ipilimumab e paclitaxel/carboplatina, dacarbazina ou o seu metabólito 5-aminoimidazol-4-carboxamida. A utilização de corticosteróides sistémicos no basal, antes do início de ipilimumab, deve ser evitada. No entanto, os corticosteróides sistémicos ou outros imunossuppressores podem ser utilizados após o início de ipilimumab para tratar as reacções adversas imunitárias. Uma vez que a hemorragia gastrointestinal é uma reacção adversa com ipilimumab, os doentes que requerem terapia anticoagulante concomitante devem ser monitorizados cuidadosamente. Fonte: RCM aprovado em 18 de Dezembro de 2013. Medicamento de receita médica restrita. Nome e morada do representante do titular da autorização de introdução no mercado: Bristol-Myers Squibb Farmacéutica Portuguesa, S.A. Quinta da Fonte, 2774-523 Paço de Arcos. Para mais informações deverá contactar o representante do Titular da Autorização de Introdução no Mercado.

Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reacções adversas através do sistema nacional de notificação.

© 2013 Bristol-Myers Squibb Company. Todos os direitos reservados. P1P-139743 Data de preparação 01/14 731PT13PR12059-01

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.

INDEXANTES:



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



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



Entidade científica com repercussão na enfermagem, com especial relevo em acções de promoção da investigação de cuidados de saúde no contexto Ibero-americano.

MEMBRO



PARCERIA



ÍNDICE

05 EDITORIAL

Elisabete Valério, Presidente da AEOP

06 ENTREVISTA COM...

Carina Raposo, Unidade de Dor Crónica (Centro Hospitalar do Porto)

ARTIGOS

08 A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES CRÍTICAS

Nuno Matos, Luís Rocha, Carlos Varandas, Sílvia Rosado, David D'Oliveira, Rita Santos, Ana Fonseca, Ana Frias

16 CUIDADOS AO DOENTE EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – UMA NECESSIDADE EM EVOLUÇÃO

Ana Pedreirinho, Hélder Godinho, Paula Correia, Ana Fonseca, Cristina Crilo, Luís Rosa, Sandra Santos

24 FERIDA MALIGNA E RADIÓGENA – CASE STUDY

Marisa Matos

29 CLIENTE ONCOLÓGICO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE – EQUIDADE, ACESSIBILIDADE E INFORMAÇÃO

Nélia Oliveira, Eva Sousa

INFORMAÇÃO INSTITUCIONAL

- 36 CANCRO E TROMBOSE: RESUMO DA CONFERÊNCIA DA 8.ª REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA PORTUGUESA • AEOP 9: MAIO 2016 • APRESENTAÇÃO DO ESTUDO “QUANTOS SOMOS?” • LANÇAMENTO DO DOCUMENTO “COMO UTILIZAR PEG” • PROGRAMA EDUCACIONAL “CANCRO PULMÃO” • SPH 2015: 12 A 15 NOVEMBRO • AEOP ESTABELECE PARCERIA COM UICC • CONSELHO CONSULTIVO AEOP: COIMBRA, 12 DEZEMBRO 2015

DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

39 NOTÍCIAS DE INTERESSE CIENTÍFICO

Também disponível em www.aeop.net

46 ENSAIOS CLÍNICOS DE FASE III E IV – INFORMAÇÃO

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO E INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

FICHA TÉCNICA

ONCO.NEWS

Órgão e Propriedade da AEOP (Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa)
Estrada Interior da Circunvalação, 6657 • 4200 - 177 Porto

DIRECTOR DE PUBLICAÇÃO

M. Jorge Freitas Almeida, MsC, RN
Especialista em Enfermagem Comunitária
Mestrado em Bioética, PG Gestão Serviços Saúde
Unidade de Investigação Clínica - Instituto Português de Oncologia, Porto
mjorgefreitas@sapo.pt

COORDENADOR EDITORIAL

Mónica Alexandra Castro Pereira, RN
Department of Oncohematology
University College London Hospitals
castrom3@sapo.pt

CONSELHO CIENTÍFICO

Ana Pinto Fonseca, MsC, RN
Mestrado em Ciências de Enfermagem
Docente na Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus - Universidade de Évora
afonseca@uevora.pt

Bruno Magalhães, MsC, RN
Mestrado em Saúde Pública
Docente na Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, Porto
Oncologia Cirúrgica, Instituto Português de Oncologia, Porto
bruno.magalhaes@netcabo.pt

Eunice Sá, MsC, RN
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Mestrado em Psicologia da Saúde
Coordenadora do GIÉSEL, Professora Adjunta
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Pólo Artur Ravara
esa@esel.pt

Esmeralda Barreira, MsC, RN
Mestrado em Psicologia e Mestrado em Counselling
Docente na Universidade Fernando Pessoa
Clínica Pulmão - Instituto Português de Oncologia, Porto
merbarreira@gmail.com

Maria Deolinda Dias Pereira, MsC, RN
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Mestrado em Ciências de Enfermagem
deolindadp@gmail.com

Paulo Marques, PhD, MsC, RN
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Professor Doutor, Escola Superior de Enfermagem do Porto
paulomarques@esenf.pt

CONSELHO EDITORIAL

Nuno Matos, Luis Rocha, Carlos Varandas, Sílvia Rosado, David D'Oliveira, Rita Santos, Ana Fonseca, Ana Frias, Ana Pedreirinho, Helder Godinho, Paula Correia, Ana Fonseca, Cristina Crilo, Luís Rosa, Sandra Santos, Nélia Oliveira, Eva Sousa, Marisa Matos

COORDENADORES DOS WORKGROUPS

- **EDUCAÇÃO EM ONCOLOGIA:** Ana Paula Figueiredo, MsC, RN - anapaulafig.lo@gmail.com
- **DOENTE COM CANCRO CABEÇA E PESCOÇO:** Pedro Cardoso, RN - pedromadal@gmail.com
- **DOENTE COM CANCRO DIGESTIVO:** Ana Paula Moreira, RN - ana.paula.moreira@sapo.pt
- **DOENTE COM CANCRO MAMA:** Sara Torcato, MsC, RN - sara.torcato@gmail.com
- **DOENTE COM CANCRO PULMÃO:** Esmeralda Barreira, MsC, RN - merbarreira@gmail.com
- **DOENTE COM SARCOMA:** Rui Santos, RN - rmrsg60@gmail.com
- **DOENTE HEMATO-ONCOLÓGICO:** Helena Fernandes, RN - helenafernandes@huc.min-saude.pt
- **DOENTE COM DOR:** Carina Raposo, RN - karyraposo@gmail.com
- **DOENTE EM TRATAMENTO RADIOTERAPIA:** Marisa Matos, RN - marisaicmatos@gmail.com

DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA

Medesign, Lda

PERIODICIDADE

Quadrimestral

IMPRESSÃO

Norgráfica, Lda

TIRAGEM

600 exemplares

DEPÓSITO-LEGAL

262108/08

ISSN

2183-6914

Caros colegas, é com enorme prazer e sentido de responsabilidade que como presidente da AEOP me dirijo aos enfermeiros oncologistas. Temos todos nós o privilégio de pertencer a uma Associação de Enfermagem Oncológica dinâmica e com estratégias que dão visibilidade aos enfermeiros, através de publicações e de eventos que promovemos na área oncológica e em parcerias científicas com outros grupos profissionais, assim como com a reunião anual da AEOP.

Queremos continuar a inovar e a melhorar a nossa qualidade de trabalho, a orgulhar a nossa profissão, e a AEOP tem um papel fundamental na comunidade científica de Enfermagem Oncológica. Temos de manter o respeito de todos os outros parceiros na multidisciplinaridade junto das suas respectivas comunidades científicas e continuar o crescimento conjunto da Oncologia, onde o centro de tudo deve ser o doente oncológico.

Das actividades deste ano faço referência ao 11.º Congresso Nacional de Cancro Digestivo, que decorreu em outubro com um programa de enfermagem na área do cancro digestivo, com apresentação de trabalhos científicos excelentes e a publicação de um documento educacional sobre cuidados à sonda de gastrostomia PEG ou Botão, desenvolvido pelo Grupo de Boas Práticas Clínicas – AEOP Grupo Digestivos. Em Novembro estivemos na bonita cidade da Figueira da Foz na reunião da Sociedade Portuguesa de Hematologia, onde, em paralelo, o programa de Enfermagem brilhou com o rigor científico apresentado pelos enfermeiros peritos nesta área de actividade.

Um destaque para o início da implementação de um programa educacional sobre cancro do pulmão, a partir de um projeto internacional desenvolvido e apoiado pela Boehringer Ingelheim, a ser implementado em Portugal envolvendo colegas que directa ou indirectamente trabalham com estes doentes. Mais um importante passo na nossa internacionalização foi a recente parceria da AEOP com a UICC (Union for International Cancer Control), uma organização internacional sem fins lucrativos cujo objetivo é favorecer a relação entre países e comunidades para promover o equilíbrio e solidariedade entre todos os Estados na prevenção do cancro. A UICC tem membros por todo o mundo, sendo 29 associações de países Iberoamericanos.

Estamos a planear a nossa próxima reunião do conselho consultivo da AEOP em Coimbra a 12 de dezembro, momento de balanço e de planeamento das actividades para 2016. Também a nossa reunião major, planeada para maio de 2016, está já em preparação.

Nesta revista ONCO.NEWS 30 vamos publicar quatro artigos de revisão: cuidados em fim de vida; burnout nos profissionais; o cliente oncológico e as políticas de saúde; e um quarto sobre ferida radiogena.

A entrevista deste número da ONCO.NEWS recai na actividade da enfermeira Carina Raposo na Unidade de Dor Crónica do Centro Hospitalar do Porto, o seu papel na consulta de enfermagem na gestão da pessoa doente com dor crónica e dor irruptiva.

No mês de Outubro, a página web da AEOP foi adaptada e adequada à leitura em tablets e smartphones. Fruto da evolução dos nossos tempos, já é possível ver os conteúdos noutros dispositivos móveis que não apenas o nosso computador de secretária. Os links das redes sociais também formam readaptados. Tudo numa ótica de esforço de adaptação às novas tecnologias. Seguindo esta evolução, estamos a preparar a digitalização da nossa próxima reunião, com um único objetivo: chegar mais facilmente à comunidade científica, partilhar mais e melhores conteúdos científicos, aumentar a interatividade entre os colegas e a organização, otimizar as nossas relações de trabalho.

Reforço que todas as informações podem ser consultadas no nosso site, em www.aeop.net.

Até sempre e boas leituras.

Carina Raposo
Presidente AEOP



Carina Raposo

Unidade de Dor Crónica
Centro Hospitalar do Porto

[onco.news] Como foi o seu percurso profissional até ao momento? E o seu interesse pela área da Dor?

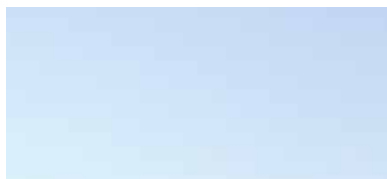
[Carina Raposo] Iniciei a minha atividade profissional na Unidade de Cuidados Pós Operatórios do Santo António e posteriormente no Serviço de Cuidados Intensivos Pós Cirúrgicos. A dor sempre foi, pela natureza dos cuidados dos meus doentes, foco de atenção e de intervenção, pelo que senti necessidade em aprofundar conhecimentos na área. Fiz uma Pós graduação em Enfermagem de Anestesiologia no ICBAS que me despertou para a avaliação e tratamento da dor (aguda e crónica). A partir desse momento, percebi que seria uma área que gostaria de seguir. Em 2005, ingressei na Unidade de Dor Crónica do Centro Hospitalar do Porto, onde me encontro desde então. A área da dor crónica tem sido fruto de interesse por parte dos profissionais de saúde somente nos

últimos 20 anos. Havia a preocupação no tratamento da dor crónica oncológica, mas a área da dor crónica não oncológica era mais omissa. Noto uma grande diferença nos últimos anos por parte dos Enfermeiros no que concerne a avaliação e tratamento da dor. Confesso que me sinto uma privilegiada: trabalho numa área clínica que muito me agrada e com uma excelente equipa. O balanço tem sido extremamente positivo. Entretanto fiz a Especialidade em Enfermagem de Reabilitação e outras pós graduações.

Como está organizada a Unidade?

A abordagem e o tratamento da Dor Crónica no Centro Hospitalar do Porto (CHP) tem mais de 3 décadas, no entanto, com o atual formato, Unidade multidisciplinar, festeja no próximo ano os seus 25 anos de existência. No último ano, fizeram-se algumas alterações no que concerne a organização da "Dor". Atualmente existe a Unidade de Dor do CHP, cujo responsável é o Dr. José Manuel Romão. A unidade é subdividida na Unidade de Dor Crónica (UDC) e Unidade de Dor Aguda. A área da dor aguda pediátrica também está assegurada. A dor crónica afeta múltiplos domínios da vida, e pacientes com

- Especialidade em enfermagem de reabilitação (ESEP)
- Pós graduação em enfermagem de anestesiologia (ICBAS)
- Pós graduação em gestão e administração hospitalar (Universidade Portucalense)
- Pós graduação em enfermagem avançada (ESEP)



dor crónica requerem avaliação e tratamento multidimensional, o que é melhor implementado por uma equipe multidisciplinar. O “core” clínico da nossa unidade é constituído por 5 médicos de anestesiologia, uma enfermeira, uma médica psiquiatra, uma psicóloga, uma médica de fisioterapia e um médico com competência em Acupuntura. Temos também apoio de uma farmacêutica e uma assistente social de referência. A abordagem e tratamento da dor deve ser enquadrada numa equipe multidisciplinar. O controlo da dor requer uma abordagem multidisciplinar coordenada. Podemos dizer que a nossa unidade é como um puzzle, uma equipe multidisciplinar, onde cada um tem o seu papel e sua função com zona de autonomia e de iniciativa. De uma forma geral, atendemos maioritariamente doentes com dor crónica não oncológica, apesar de cerca de 30 a 40% serem doentes com dor oncológica.

Como Enfermeira perita na área da dor, qual o seu contributo na sua Unidade?

A enfermeira da UDC é o único profissional de saúde que desempenha as suas funções a tempo inteiro, ou seja, podemos dizer que é o elemento mais fixo. Tem um papel pivô no seio da equipa e estabelece a ligação entre os diferentes profissionais. Digo muitas vezes: “Regra dos 3 C: Colaboração, Confiança, Complementaridade”. O papel do enfermeiro pode ser diferente consoante a Unidade onde está integrado. A Dor Crónica é um problema de saúde pública. Cerca de 37% da população portuguesa sofre de dor crónica com mais de 10 anos de evolução e descrita de intensidade moderada a severa. Os custos imputáveis à dor crónica em Portugal são na ordem de 4.611 milhões de euros, com 42,7% de custos diretos e 57,3% dos custos indiretos, correspondentes a 2,71% do PIB português em 2010. Todos esses dados, já publicados, provêm de um estudo epidemiológico realizado pela FMUP. A dor crónica afeta de forma moderada o quotidiano da pessoa, é um fenómeno multidimensional no âmbito da dimensão física, cognitiva, afetiva e comportamental. A forma como a pessoa vive e lida com o problema é um aspeto importante no controlo da dor.

Como enfermeira, e pela natureza

da minha formação, os meus cuidados tentam promover o processo de aceitação e readaptação da condição crónica do problema. A minha atividade visa a promoção a aceitação da condição de dor crónica, no sentido de uma alteração do estado de saúde para uma condição provavelmente crónica, para um processo equilibrado - falamos em “coping” adaptativo. A intervenção visa a consciencialização e a aceitação na transição saúde-doença, e isso somente é possível com o estabelecimento de uma relação de confiança com a equipa, com o doente e a família. No meu âmbito de intervenção, trabalho muito o foco da gestão do regime terapêutico e a otimização da adesão à terapêutica. As baixas taxas de adesão à terapêutica constituem hoje um dos grandes problemas de saúde no Mundo face à elevada prevalência de doenças crónicas. A minha intervenção pretende facilitar a adesão/ gestão dos esquemas terapêuticos, desmitificando os opioides, os mitos, os seus efeitos adversos fomentando a vigilância para um melhor controlo da dor. Para além da intervenção de execução mais técnica, desde os tratamentos ou colaboração técnica com os médicos, tenho uma abordagem educativa, promotora, para a tomada de decisão quanto a um melhor auto controlo da dor. Tento privilegiar a relação de ajuda, de proximidade.

A partir de uma perspetiva de enfermagem, quais são as maiores barreiras que identifica para o tratamento adequado da dor?

As barreiras que identifico são a clara falta de formação em primeira instância e os mitos/medos relacionados com os opioides fortes. Existem grandes lacunas nos currículos da Licenciatura em Enfermagem e infelizmente a oferta pós graduada de qualidade é escassa. Espero que num futuro próximo as coisas venham a melhorar. Sinto que também tem havido um grande esforço por parte dos Enfermeiros em melhorar os seus conhecimentos e atitudes perante a dor. Não posso deixar de referir que o CHP tem investido nesse sentido. Considero que

“Estudar muito e muita dedicação são a chave para uma Enfermagem melhor na sua prestação de cuidados aos utentes e às famílias. Isso porque sou orgulhosamente Enfermeira.”

um longo percurso foi percorrido, um percurso positivo. Gostaria de dizer, no entanto, que a dor é inerente à condição humana. Tenho de aceitar esse facto, mas também temos de assegurar que a dor dos doentes seja adequadamente controlada.

Tem alguma opinião sobre os aspetos importantes a considerar quando se trabalha com um doente com dor crónica?

Como referi atrás, a abordagem da dor deve ser multimodal, com uma equipe multidisciplinar. As estratégias vão desde a abordagem farmacológica à não farmacológica, isto é, medicação, bloqueios, infiltrações, acupuntura, intervenção cognitiva, etc. Os doentes com dor crónica sofrem de uma condição que pode limitar, interferir na vida da pessoa, e lidar com a dor de uma forma mais ajustada é o grande objetivo. A ansiedade, a depressão, as questões da atividade laboral e funcional são os aspetos a considerar e trabalhar com a pessoa com dor crónica. O doente e o cuidador devem ser parceiros e não meros “receptores de informação”, devemos fomentar o envolvimento no processo terapêutico. A intervenção psicoeducativa tem mostrado eficácia em doentes com dor crónica e inclui a educação sobre dor, o planeamento de atividades, as estratégias de coping, a modificação de comportamentos e o incentivo a prática de exercícios. Pretende-se assim ajudar a pessoa para a mudança de estilos de vida para viver melhor com esta limitação.

A SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UNIDADES CRÍTICAS

Nuno Matos

Enfermeiro, Hospital Professor
Doutor Fernando Fonseca,
Amadora Sintra
nuno_matos1@hotmail.com

Luís Rocha

Enfermeiro, Hospital de Cascais
Dr. José de Almeida
luisrocha.active@gmail.com

Carlos Varandas

Enfermeiro, Unidade de Cuidados
Continuados de Portel
carlosvarandas16@gmail.com

Sílvia Rosado

Enfermeira, Hospital Professor
Doutor Fernando Fonseca,
Amadora Sintra
s_spire@msn.com

David D'Oliveira

Enfermeiro, Hospital de Cascais
Dr. José de Almeida
dave.olivetree@hotmail.com

Rita Santos

Enfermeira, Santa Casa da
Misericórdia de Alcaçovas
ritasantos95@hotmail.com

Ana Fonseca

Professora, Universidade de Évora,
Escola Superior de Enfermagem
São João de Deus
afonseca@uevora.pt

Ana Frias

Professora, Universidade de Évora,
Escola Superior de Enfermagem São
João de Deus
anafrias@uevora.pt

RESUMO: A Enfermagem, como profissão de alto desgaste físico e psicológico, tem levado alguns autores a relacionar as condições do trabalho com os altos níveis de *stress*. Devido à exigência da profissão, os enfermeiros estão diariamente sujeitos a situações complexas, como o envolvimento racional/emocional com os utentes, acarretando grandes níveis de responsabilidade. Assim, torna-se pertinente considerar o risco potencial dos enfermeiros de unidades críticas desenvolverem a síndrome de *burnout*. O objetivo desta revisão de literatura surge no sentido de ampliar o conhecimento e compreender mais detalhadamente os fatores de risco, consequências e estratégias de *coping* relacionadas com esta síndrome. Entre 20,8% a 31% dos profissionais de unidades críticas são alvo do *burnout*, o que a torna uma situação emergente. Alguns profissionais têm níveis de exigência sobre si e de controlo sobre uma situação que não corresponde à real, estas situações ocorrem onde mais existem situações limite, como nas unidades de cuidados intensivos, urgência e oncologia, que favorecem o *stress* intenso contínuo. A qualidade dos cuidados nos profissionais com *burnout* não fica assegurada, tornando-se fundamental que as organizações e o próprio indivíduo intervenham de forma a preveni-la e/ou minimizá-la, através de estratégias da própria organização e de estratégias de *coping* do próprio indivíduo.

PALAVRAS-CHAVE: *Burnout*, Enfermagem, Cuidados Intensivos, Urgência, Oncologia.

ABSTRACT: *Nursing, a profession of high physical and psychological strain, has led some authors to relate the work conditions with high levels of stress. Due to the nature of this demanding profession, nurses are daily subjected to complex situations, such as rational/emotional involvement with patients, involving great levels of responsibility. Thus, it is relevant to consider the nurses who have the potential risk to develop the burnout syndrome in critical units. The purpose of this literature review is to broaden the knowledge and to understand in more detail the risk factors, consequences and coping strategies related to this syndrome. Between 20.8% and 31% of professionals in critical units are affected by burnout, which turns it into an emergent situation. Some professionals have levels of demand on themselves and control over a situation that does not correspond to reality, those situations occur where there are more extreme situations, such as in intensive care units, emergency*

and oncology, promoting the continued intense stress. The care quality of those professionals is not guaranteed, making it crucial that organizations and individuals themselves intervene in order to prevent and/or minimize it through strategies by the organization itself and coping strategies by the very individual.

KEYWORDS: *Burnout, Nursing, Intensive Care, Urgency, Oncology.*

Introdução

O mundo contemporâneo tem trazido, além dos benefícios oriundos do desenvolvimento tecnológico, sociocultural e das consequências da globalização, profundas mudanças no comportamento biopsicossocial do ser humano, que interferem diretamente na qualidade de vida da população, exigindo aos profissionais, por sua vez, uma maior adaptação, maior consciência e grande habilidade para enfrentar tamanhas transformações (Jodas & Haddad, 2009; Patrão, 2012).

As novas configurações organizacionais do trabalho exercem sobre o homem um grande impacto no sistema psicológico que, em certas condições, resulta em sofrimento relacionado com a sua história individual, portadora de projetos, de esperanças, de desejos e uma organização de trabalho que o ignora (Jodas & Haddad, 2009). Embora o processo de *burnout* possa ser desencadeado por qualquer tipo de atividade, algumas profissões são apontadas como mais predisponentes ao desenvolvimento desta síndrome, justamente pela relevância do fator ambiental/social, como é o caso das atividades dirigidas a pessoas que requeiram contato muito próximo, e principalmente do tipo emocional. É dentro dessa filosofia que se tem encontrado um número considerável de portadores desta perturbação psicossomática, entre as pessoas que se dedicam à docência, medicina, psicologia, enfermagem, entre outros (Cumbe, 2010; Duarte, Nunes & Oliveira, 2013).

Os profissionais de saúde, em particular os enfermeiros, estão predispostos a desenvolver *burnout* pelas características próprias do seu trabalho, marcadas pelas múltiplas exigências que estão no centro da sua atenção, como lidar com a dor, sofrimento, morte e perdas, a que se somam os fatores de sobrecarga de tarefas, períodos de trabalho extensos, por vezes duplos e em turnos, condições desfavoráveis de trabalho e baixa remuneração, fatores que, em conjunto, propiciam a emergência do *burnout* (Avellar, Iglesias & Valverde, 2007; Cumbe, 2010; Patrão, 2012).

Considerou-se como objeto deste estudo as unidades críticas, nomeadamente os serviços de oncologia, urgência e unidades de cuidados intensivos, visto haver uma maior evidência que estes setores são um importante fator a ser considerado, pois apresentam uma estreita relação associada à complexidade de cuidado e risco iminente de morte, vivenciando situações de morte e luto quotidianamente. Por outro lado, os fatores organizacionais, pessoais e de trabalho também se apresentam como relevantes ao desenvolvimento da patologia (França, Aniceto & Silva, 2012; Galindo, Feliciano, Lima, & Souza, 2012; Panunto & Guirardello, 2013). É nesse contexto que surgem diversas patologias decorrentes das mudanças introduzidas no trabalho, entre elas a síndrome de *burnout*, que corresponde a uma resposta emocional a situações de *stress* crônico, devido a relações intensas no trabalho, com outras pessoas ou profissionais, e nas quais as estratégias de *coping* não foram utilizadas, falharam ou não foram suficientes (Jodas & Haddad, 2009). Trata-se de uma problemática que ocorre nos enfermeiros em todo o mundo, em diferentes contextos de trabalho, levando-os a experienciar sentimentos de frustração, frieza e indiferença em relação às necessidades e sofrimento dos doentes tendo, consequentemente, impacto tanto ao nível individual como organizacional. Esta problemática surge como uma questão de saúde ocupacional com alta prevalência, ao nível do desgaste físico e emocional entre enfermeiros (França et al., 2011; Magalhães, Moura & Valença, 2010).

Levando-se em consideração esse fator, assume-se a pertinência da presente revisão de literatura, na qual emerge a necessidade de se compreender como este fenómeno tem sido abordado em pesquisas realizadas com profissionais na área de saúde, particularmente em unidades mais *stressantes*. Como objetivo geral, pretende-se fornecer elementos para uma compreensão mais detalhada acerca dos principais fatores de risco que favorecem o seu apare-

cimento, as consequências para o indivíduo e organizações e as estratégias de prevenção e intervenção nesse âmbito.

Referencial teórico

Freudenberger definiu, em 1983, o termo *burnout* como uma situação que se caracteriza por um estado de cansaço ou de frustração resultante da dedicação a uma causa, estilo de vida ou relação que não resultou na produção da expectativa esperada (Queirós, 1998 citado por Pacheco, 2005). Todavia, este somente foi abordado publicamente pela primeira vez por Malslach, no Congresso Anual de Psicologia em 1997 (França et al., 2012). Na sua terminologia, está subjacente um tipo de *stress* laboral e institucional concebido em profissionais que mantêm relações constantes e diretas com outras pessoas, que conseqüentemente, levam à exaustão e ao esgotamento, sendo particularmente evidente em enfermeiros, médicos, professores, fisioterapeutas e psicólogos. No caso dos profissionais de enfermagem, resulta da frequente exposição a cargas excessivas, física e psicologicamente durante todo o seu período de atividade, bem como a situações de emergência em que é necessário utilizar técnicas exigentes e mais adequadas para tornar o acolhimento do doente o mais breve e menos doloroso possível (Magalhães et al., 2010 segundo Galindo et al., 2012). Os enfermeiros, ao experienciarem uma relação de proximidade com a morte, com a criação de vínculos afetivos com o doente e com o seu sofrimento, vêem potenciada a sua vulnerabilidade e conseqüentemente, toda a reorganização de tarefas a que está sujeito. O exercício das profissões de ajuda implica, assim, uma relação com os utentes, permeada de ambiguidades, como conviver com a ténue distinção entre envolver-se profissional e não pessoalmente na ajuda ao outro.

Cabe salientar, antes de mais, que a palavra *stress* não pode ser confundida com *burnout*, no que se refere aos conceitos e diferenças, visto o primeiro ocorrer a partir das reações do organismo a agressões diversas que dão origem numa perturbação do equilíbrio interno do indivíduo, e o *burnout*, por sua vez, é a resposta ao *stress* crónico no trabalho, que se manifesta através de alterações comportamentais negativas. Em enfermagem, todos começam a ser envolvidos por esta perturbação, até mesmo os doentes, aquando da inadequada utilização das estratégias de *coping* contra os fatores *stressantes* (Jodas & Haddad, 2009). O

stress crónico desenvolvido pelo processo de trabalho de enfermagem pode resultar em síndrome de *burnout*, porém o desenvolvimento desta patologia envolve fatores individuais e laborais, o que a torna multicausal, na qual as variáveis socioambientais são coadjuvantes do processo. Os fatores predisponentes são, assim, organizacionais, de trabalho, sociais e/ou pessoais (França et al., 2012).

A enfermagem foi classificada pela Health Education Authority como uma profissão com elevados níveis de *stress*, integrando-a assim nas profissões mais desgastantes, que torna mais propício o surgimento da síndrome nestes profissionais. Esta é uma das mais fustigadas pelo *burnout*, pois os enfermeiros no seu período de trabalho encontram-se expostos a vários fatores/situações que podem despoletá-la (Avellar et al., 2007; Jodas & Haddad, 2009).

O *burnout* é uma síndrome caracterizada por três dimensões sintomatológicas e quatro classes sintomatológicas, que evoluem de forma progressiva. Quanto às primeiras reportam para a exaustão emocional verificada por um esgotamento físico e emocional; a despersonalização identificada pela insensibilidade emocional; e a falta de envolvimento no trabalho, observada pela inadequação quer pessoal e/ou profissional (Jodas & Haddad, 2009). Quanto à segunda, envolvem alterações: físicas, quando o trabalhador apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares; psíquicas, observadas pela falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração; comportamental, identificada quando o indivíduo se apresenta negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade para se concentrar, aumento das relações conflituosas com os colegas, longas pausas para o descanso, cumprimento irregular do horário de trabalho; e defensivas, quando o trabalhador tem tendência ao isolamento, sentimento de onnipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica (Jodas & Haddad, 2009).

São vários os aspetos da profissão de enfermagem que podem fazer desta atividade uma ocupação vulnerável ao *burnout*, uma vez que têm sido diversas as investigações que se dedicaram a estudar as variáveis responsáveis pelo seu desencadeamento no âmbito da enfermagem, o que demonstra a complexidade do fenómeno. Todavia, e de um modo geral, todos indicam que os enfermeiros são particularmente vulneráveis a esta síndrome.

Com base na evidência científica acedida, são vários os fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome de *burnout*, e para enumerá-los são consideradas quatro dimensões: o indivíduo, a organização, o trabalho e a sociedade, pois todos direta ou indiretamente sofrem com a sua repercussão. Nessa linha de pensamento, têm sido vários os estudos que tentam identificar as faculdades pessoais que levam ao desenvolvimento do *burnout*. Como refere França et al. (2012), características pessoais como a idade, sexo, nível educacional, estado civil e ter filhos não são por si só desencadeantes do *burnout*, contudo assumem-se como facilitadoras ou inibidoras da ação dos agentes *stressores*.

Nesta pesquisa, verificou-se maior incidência desta perturbação em profissionais jovens, que ainda não atingiram os trinta anos de idade, podendo tal facto ser explicado pela falta de experiência profissional necessária, tornando-os assim mais vulneráveis. Nesse contexto, Jodas e Haddad (2009) reforçam essa variável, referindo que os profissionais que obtiveram médio e baixo risco para a manifestação de *burnout* são aqueles com maturidade profissional e maior domínio em situações de *stress*. Esses autores acrescentam que um casamento ou uma situação de companheiro estável, assim como o facto de ter filhos contribui também para uma menor tendência de desenvolver a síndrome e ainda referem que os profissionais com mais habilitações tendem a apresentar mais facilmente esta síndrome devido às falsas expectativas e à desilusão. O neurotismo também é referido, dada a predisposição para a depressão, ansiedade, angústia e instabilidade emocional. Não obstante, é de enaltecer que as variáveis da personalidade são as que têm demonstrado uma forte interferência no desenvolvimento do *burnout*, uma vez que interagem de modo complexo com os agentes *stressores* tanto no sentido de os desenvolver como, ao contrário, inibi-los ou eliminá-los (Patrão, 2012).

Relativamente às características organizacionais, apontam-se o ambiente físico, as normas institucionais, a burocracia, as recompensas e a segurança como principais influenciadores no desenvolvimento do *burnout*. As condições desfavoráveis do local de trabalho contribuem para o esgotamento físico-emocional dos profissionais, situação essa decorrente do ambiente de trabalho e não despoletada por problemas entre os diversos profissionais (França et al., 2012). Na pesquisa efetuada por Jodas e Haddad

(2009), o número reduzido de profissionais está diretamente relacionado com excesso de trabalho, e quando este é classificado como *stressante*, característico de um serviço de Urgência, os sintomas de *burnout* são as respostas esperadas. Tudo isto resulta em sobrecarga de movimento e de tensão ocupacional, considerando que em unidades críticas as decisões têm de ser imediatas e eficazes, podendo, deste modo, provocar na equipa de enfermagem a sensação de que o trabalho não é reconhecido. Outro aspeto importante a ter em conta deve-se à carga horária influenciar a exaustão emocional, tendo sido relatados sentimentos de sobrecarga física, emocional e dificuldade em relaxar. Os trabalhadores, ao atingirem níveis de exaustão consideráveis, são incapazes de enfrentar as situações vivenciadas no trabalho devido também à falta de energia no desempenho das suas atividades (França et al., 2012).

Quanto às características do trabalho, o tipo de ocupação influencia o *burnout*, o qual incide particularmente naqueles cuja atuação se dirige aos que ajudam, prestam assistência ou são responsáveis pelo desenvolvimento de outros. Para vários autores, é unânime a opinião que esta influência está estritamente interligada a profissões de ajuda, uma vez que tem como principal função prestar serviços humanos diretos e de grande relevância para os que os recebem (Galindo et al., 2012; Patrão, 2012). A esta dimensão adiciona-se o tempo de profissão, tempo de instituição, trabalho por turnos ou noturnos, sobrecarga de atividades, tipo de utentes, excesso de doentes para prestar cuidados, falta de reconhecimento e progressão na profissão e a insatisfação salarial, que também resultam em desgaste emocional e físico. A perceção de que o salário recebido era incompatível com o esforço realizado revelou altos níveis de exaustão emocional. A lacuna entre o salário e o esforço significa falta de retribuição, dando origem também a sentimentos de injustiça (Duarte et al., 2013; Galindo et al., 2012; Patrão, 2012;). Perante esta situação, a modalidade de trabalho realizada pode ser um fator precipitante da síndrome, especialmente quando somada às características pessoais e agravadas pelos fatores organizacionais, visto o seu começo apresentar uma forte componente social, ao invés da genética (Duarte et al., 2013; França et al., 2012).

Existem especialidades onde os enfermeiros se encontram com maior suscetibilidade ao *burnout*, nomeada-

mente, quando o tipo de trabalho envolve unidades críticas, como sejam as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), por causar grande interferência no estado emocional, desgaste geral do organismo e, conseqüentemente, provocar *stress* (Magalhães et al., 2010; Pafaro & Martino, 2004; Panunto et al., 2013).

Segundo Teixeira et al. (2013), dos 267 profissionais de saúde de unidades de cuidados intensivos estudados, 22% apresentaram alto risco de *burnout*, enquanto 9% já o experienciavam. Em relação aos restantes, 30% demonstravam risco moderado e 39% baixo risco. Já na pesquisa de Dutra et al. (2008), citado por Duarte et al. (2013), verificou-se que 20,8% dos enfermeiros de unidades de cuidados intensivos eram afetados pela síndrome de *burnout*.

Nos Serviços de Urgência, a suscetibilidade do desenvolvimento da síndrome surge relacionada com a carga elevada de movimento, devido à grande afluência de doentes, alguns em risco de vida, que impõe a agravante de se agir e concluir as tarefas com alguma perspicácia e velocidade, e que poderá resultar em tensão ocupacional e, conseqüentemente, esgotamento físico, mental e emocional (França et al., 2012; Jodas & Haddad, 2009).

Num estudo com profissionais de enfermagem dos Serviços de Urgência, observou-se que dos 173 profissionais estudados, 26,6% tiveram *scores* de desgaste profissional com maior incidência nos profissionais com idade inferior a 40 anos e que referiram insatisfação laboral (Cogollo-Milanes, Batista, Cantillo, Jaramillo, Rodelo & Meriño, 2010). Também na pesquisa efetuada por Gomes, Santos & Carolino (2013) numa Unidade de Oncologia, dos 96 profissionais de enfermagem, 30,2% referiram sentir-se tristes e deprimidos e constantemente sob pressão. Tendo por base os dados supracitados, verifica-se que a percentagem de profissionais que são afetados por esta síndrome ou por alguns dos seus sintomas varia entre os 20,8% e os 31%. Para verificar estes dados, a maioria dos autores supracitados utilizaram a *Maslach Burnout Inventory* (MBI), sendo esta uma ferramenta de autoavaliação utilizada para quantificar o risco e a presença de *burnout* nos profissionais, composta por vinte-e-duas questões e três dimensões: Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Pessoal, tendo cada uma delas um determinado valor que é depois somado e integrado em intervalos que determinam o nível de risco.

Também nas unidades de Oncologia os profissionais encontram-se mais predispostos a esta problemática, pelas diversas características intrínsecas a esses contextos, nomeadamente por ser uma área em que é comum lidar com a doença terminal, muitas vezes sem tratamento. Esta situação, em particular, obriga os enfermeiros a prestarem cuidados mais exaustivos, quer junto do doente, quer da própria família. Por outro lado, também os enfermeiros ao longo do seu período de trabalho são obrigados a criar uma certa distância, levando-os assim a reprimir emoções e pensamentos, propiciando de certa forma o esgotamento e a necessidade do estabelecimento de estratégias de confronto perante essa manifestação (Rebelo, 2011).

A síndrome de *burnout* constitui assim um dos grandes problemas psicossociais da atualidade, que tem vindo a estimular interesse e preocupação por parte da comunidade científica internacional e, também, das entidades governamentais, organizacionais e sindicais norte-americanas e europeias, dada a sua gravidade e as suas conseqüências (Magnabosco, Goulart, Haddad, Vannuchi & Dalmas, 2009). O impacto do *burnout* nos profissionais de saúde conduz a elevadas taxas de absentismo, com declínio nas relações interpessoais, podendo mesmo levar à morte. Nas implicações mais comuns salienta-se a diminuição do rendimento pessoal, manifestações de comportamentos e incapacidade para tomar decisões e atitudes sem lógica aparente (Ribeiro & Pires, 2004). Galindo et al. (2012) acrescentam que o profissional, ao encontrar-se em sofrimento psíquico e físico, tende a perder o controlo sobre o seu meio e sobre si mesmo, colocando em causa a qualidade e a prestação dos cuidados, a falta de reciprocidade com a equipa de trabalho e com os doentes, revelando por vezes um distanciamento emocional e condutas impróprias para com aqueles que necessitam de mais atenção.

No que se refere ao desempenho laboral, ocorre uma diminuição na qualidade do mesmo, devido ao mau atendimento/acolhimento, negligência e imprudência que por sua vez aumenta a predisposição a acidentes. Todos estes conjuntos de fatores acarretam prejuízos não só para o profissional mas também para a instituição a que está vinculado, uma vez que existe um desperdício de tempo e dinheiro, apresentando estas baixos níveis de produtividade e elevados níveis de ações judiciais ou processos disciplinares contra os profissionais (Cumbe, 2010).

Na pesquisa de Shimizu et al. (2004) citada por Avellar et al. (2007) é evidenciado que, uma vez comprometido o trabalho em equipa, os sentimentos de cooperação, cumplicidade e solidariedade são colocados de parte, passando os profissionais a realizarem sacrifícios intensos para conviverem em grupo no local de trabalho. Há que ter em conta que o esgotamento físico e emocional não é expresso de forma única pelas pessoas, mas os conteúdos básicos são os mesmos, uma erosão do compromisso com o trabalho, uma erosão das emoções e um problema de adequação entre o indivíduo e o trabalho, remetendo o termo erosão a um processo gradual de perda, durante o qual o desequilíbrio entre as necessidades do indivíduo e as exigências do trabalho se torna cada vez mais acentuado (Avellar et al., 2007).

Neste sentido, considera-se imperativo e pertinente efetuar uma busca de estratégias que permitam ao indivíduo e organização contornarem a questão do *burnout*, a fim de contribuir para um melhoramento, não só na condição de saúde do indivíduo/trabalhador, mas também da organização. Tendo presente os parâmetros anteriormente citados, e na busca incessante de respostas e estratégias de intervenção, a OMS, em 1995, decidiu estabelecer linhas que permitissem orientar os diferentes países, direcionando para o funcionamento e legislação dos serviços de segurança e saúde ocupacional. Neste sentido, um dos seus objetivos era formar equipas multidisciplinares, com o objetivo de promover o bem-estar do indivíduo, da organização e da sociedade, e prevenir o absentismo (Rebello, 2011).

Na perspetiva da saúde pública, a prevenção assinala-se pela intenção de evitar algo indesejável, tendo presente a existência de diferentes etapas, coincidentes às do desenvolvimento das doenças, e tendo como objetivo reduzir, parar ou inverter a progressão da mesma, identificando-se quatro níveis de prevenção: primordial, primária, secundária e terciária (Rebello, 2011). Kendal, Murphy, O'Neill & Bursnall (2000) classificam as estratégias de gestão de *stress* em três níveis: primário, secundário e terciário. Importa referir que, segundo o mesmo autor, sendo o *burnout* consequência final do *stress* crónico, as medidas de prevenção ou redução do mesmo também são adequáveis à síndrome de *burnout*. Como é conhecido que as consequências do *burnout* se refletem ao nível do indivíduo, relação entre indivíduo-organização e organização, as medidas preventivas impostas deverão ter como alvo esses mesmos níveis (Cumbe, 2010).

Enquanto na prevenção primordial a sua essência é acima de tudo evitar a emergência e o estabelecimento de padrões, na prevenção primária a mesma toma como foco principal “limitar a incidência de doenças controlando as causas e os fatores de risco” (Beaglehole et al., 2003, p. 96 citado por Rebello, 2011, p. 35). Dando ênfase ao que o anterior autor referiu, Kendall et al. (2000) também elucidam que a prevenção primária ou preventiva busca alterar as fontes de *stress*, tornando-se a mais elementar abordagem no *stress* ocupacional. Assim, para o mesmo autor, as estratégias preventivas focam-se essencialmente no trabalhador, por meio de treino sobre como lidar com o *stress*, no ambiente laboral, através da redefinição do trabalho, em estratégias de segurança e saúde no trabalho ou na interligação entre o trabalhador e o local de trabalho, por meio dos processos de seleção.

No que concerne à prevenção secundária, para Beaglehole et al. (2003, p. 95) citados por Rebello (2011), a mesma tem como princípios curar os doentes e reduzir as consequências mais importantes da doença, não só por recursos diagnósticos mas também através de tratamentos precoces. Também Kendall et al. (2000) reforçam a ideia supracitada e salienta que, distintamente das estratégias primárias, as secundárias focalizam-se principalmente no indivíduo, quer através de programas de assistência ao trabalhador, quer de aconselhamento e tratamento médico.

Por último, a prevenção terciária inclui estratégias cujo foco é a redução da progressão ou das complicações de uma determinada doença já instituída, consistindo um importante e elementar aspeto da terapêutica e da reabilitação médica (Beaglehole et al. 2003, p. 95, citado por Rebello, 2011). Tal como tem sido evidenciado, Kendall et al. (2000) partilham da mesma apreciação, tornando claro que as estratégias terciárias consistem no tratamento de uma condição já identificada, com fim ao seu melhoramento ou restabelecimento dessa condição para uma condição plena de saúde e funcionamento, concretizando-se com o regresso ao local de trabalho.

É importante que as intervenções sejam traçadas com vista à prevenção, redução ou eliminação das causas de *stress*, ajudando assim os trabalhadores a reconhecer, e consequentemente a lidar, da forma mais adequada, com essas situações, tendo presente as quatro perspetivas de abordagens do *stress* e *burnout* (Cumbe, 2010; Rebello, 2011). Também

a *European Agency for Safety and Health at Work* (2002) afirma que as diretrizes europeias, e consequentemente portuguesas, responsabilizam as entidades patronais por assegurar que os seus trabalhadores não sejam prejudicados pelo *stress* profissional e consecutivo *burnout*, tentando assim preveni-lo, efetuando uma avaliação dos riscos existentes de *stress* e identificando a vulnerabilidade e suscetibilidade de cada um, diminuindo e eliminando os mesmos, por meio de estratégias adequadas. Os estudos sobre a qualidade de vida no trabalho têm tido um grande impacto e destaque, uma vez que têm permitindo elucidar as organizações sobre a importância da melhoria das relações pessoais entre os trabalhadores e a gestão do trabalho no ambiente local, a fim de diminuir os agentes *stressores* e aumentar o bem-estar do indivíduo (Rebelo, 2011).

Vários autores (Patrão, 2012; Rebelo, 2011) destacam a importância de um planeamento das estratégias de promoção a adotar, partindo de um diagnóstico situacional, evoluindo a instituição a fim de conciliar as ações dirigidas, tanto na organização e gestão de trabalho, como na capacitação do indivíduo para enfrentar as adversidades. Tendo presente a importância que as instituições e o ambiente organizacional têm na prevenção de *burnout* (Kompier & Kristensen, 2003), alguns exemplos das intervenções passam pelo aumento da variedade de rotinas, de forma a evitar a monotonia, prevenir o excesso de horas extra, dar melhor suporte social aos indivíduos, melhorar as condições sociais e físicas de trabalho, investir no aperfeiçoamento profissional e pessoal dos trabalhadores, utilizar questionários e inventários de *burnout* e o *empowerment* e capacitação dos profissionais, procurando a criação de um ambiente de trabalho que apresente autonomia e poder (Claus et al. 1980 citado por Rebelo, 2011; Patrão, 2012).

As estratégias passam também pela intervenção do próprio indivíduo, com vista a promover as suas características pessoais, tais como o treino de assertividade, da resiliência, do relacionamento interpessoal, da comunicação e autoestima (Sauter et al., 2005 citado por Rebelo, 2011). Assim, algumas estratégias de intervenção para os profissionais de saúde, mais especificamente para os profissionais de enfermagem, poderão incluir um plano de treino composto por exercícios, técnicas de relaxamento, massagem, desenvolvimento de habilidades de comunicação, resolução de conflitos, autoconfiança e espírito de equipa,

conhecimentos e capacidades de adaptação ao ambiente em que trabalham, recomendando-se igualmente o desenvolvimento de programas de educação sobre *stress* e estratégias de *coping* individuais, a fim de minimizar as repercussões negativas do *stress* mental nos profissionais (Claus et al. 1980 referido por Rebelo, 2011).

Remetendo para a questão das unidades críticas hospitalares, especificamente na Oncologia, é imprescindível que estes profissionais se tornem capazes de efetuar uma autorreflexão e automonitorização do seu bem-estar psicológico, físico e emocional, sendo estas capacidades pessoais apreciadas, por enfermeiros portugueses e médicos, como estratégias ativas para prevenir o *burnout* (Pereira et al., 2011 citado por Rebelo, 2011). Outras estratégias referidas por Rebelo (2011) passam por conversar com um colega de confiança, reservar um período de tempo para a reflexão individual e pessoal e, ainda, criar reuniões de equipa que permitam uma partilha de emoções e sentimentos, tornando claro que a multidisciplinaridade é então a pedra angular para fornecer suporte afetivo e significativo entre todos.

Todas estas estratégias são sinónimo de ganhos em saúde para as organizações e não trazem limitações e dificuldades na sua implementação, uma vez que podem ser implementadas de forma rápida e sem grande transformação das rotinas de trabalho, assim como serem planeadas de acordo com as necessidades do grupo profissional, colaborando para o controlo de problemas extratrabalho. Todavia, importa referir que o único inconveniente apresentado consiste no planeamento dos programas para, apenas, capacitar os profissionais a enfrentar os agentes causadores de *stress* e não a reduzi-los ou mesmo eliminá-los (Murphy, 1984 citado por Rebelo, 2011).

Considerações Finais

A instituição hospitalar é um dos contextos de risco à saúde laboral, pois possui uma disposição organizacional complexa quanto aos profissionais, estrutura, divisão de trabalho, metas hierárquicas e normas que as regulam, e a que se somam a exigência de tomada de decisões difíceis, envolvendo complicações éticas e morais, e uma série de atividades que necessitam forçosamente de um controle mental e emocional muito maior que noutras profissões.

Os profissionais de enfermagem, pela exigente função

que desempenham, assumem uma diversidade de atividades complexas e que envolvem riscos para os utentes, além de serem responsáveis pelas atividades desenvolvidas pela equipa de enfermagem, incorporando assim altos níveis de responsabilidade, na tentativa de ter o controlo absoluto sobre o trabalho, que em muitas vezes resulta numa exigência sobre-humana de si mesmo.

Ficou evidente que essas exigências estão mais presentes em unidades com mais aparato tecnológico, onde os profissionais lidam com a perda, com o luto e com o risco iminente de morte, como acontece em unidades de oncologia, cuidados intensivos e serviços de urgência, que propiciam ao profissional viver sob condições *stressantes* de trabalho. Assim, a modalidade de trabalho realizada pode ser um fator precipitante do *burnout*, em especial quando se adicionarem os fatores pessoais, agravadas pelos fatores organizacionais. As condições precárias de trabalho, a escassez de pessoal, o trabalho por turnos, o contato diário com a doença, o sofrimento e a morte, a falta de autonomia também têm sido apontadas como um problema ao desenvolvimento da síndrome.

Representando a enfermagem uma profissão que exige um contato direto com o utente, as repercussões do *burnout*, além de diminuírem a qualidade dos cuidados, contribuem para uma comunicação inadequada, desorganização do trabalho, diminuição da produtividade, que em certa medida trazem consequências aos cuidados prestados, podendo até mesmo ser fatais.

No sentido de prevenir e/ou diminuir o *stress* e consequentemente o *burnout*, considera-se assim imprescindível e necessário que tanto as organizações como os próprios indivíduos estejam consciencializados da dimensão do *burnout*, trabalhando assim em constante parceria a fim de tornar benéfica não só a situação pessoal e profissional do indivíduo/trabalhador como da própria organização.

Diante da natureza da síndrome de *burnout*, espera-se que a presente revisão de literatura seja fomentadora de mais pesquisas acerca desta perturbação, especialmente na área de enfermagem, visto os sintomas físicos, comportamentais, psíquicos e defensivos serem preocupantes, assim como por muitos aspetos permanecerem de um modo não esclarecidos no que respeita às suas consequências.

Referências bibliográficas

1. Avellar, L., Iglesias A. & Valverde, P. (2007, set-dez). Sofrimento Psíquico em Trabalhadores de Enfermagem de uma Unidade de Oncologia. *Psicologia em Estudo*. Maringá, 12(3), p.475.
2. Cogollo-Milanés, Z., Batista, E., Cantillo, C., Jaramillo, A., Rodelo, D. & Meriño, G. (2010, abril) Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgências de Cartagena, Colombia. *AQUICHAN*. Chía, 10(1), p.43.
3. Cumbe, V. (2010). Síndrome de Burnout em Médicos e Enfermeiros Cuidadores de Pacientes com Doenças Neoplásicas em Serviços de Oncologia. Dissertação de Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.
4. Duarte, A., Nunes, S. & Oliveira, A. (2013). Prevalência da Síndrome de Burnout em Enfermeiros atuantes em UTI. *Psicologia.pt – O portal dos Psicólogos*.
5. França, S. Martinho, M., Aniceto, E. & Silva, L. (2012). Preditores da Síndrome de Burnout em enfermeiros de serviços de urgência pré-hospitalar. *Ata Paul Enferm*. São Paulo, 25(1), p.67.
6. Galindo, R., Feliciano, K., Lima, R. & Souza, A. (2012). Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. *Rev Esc Enferm*. São Paulo, 46(2), p.420.
7. Gomes, S., Santos, M. & Carolino, E. (2013, nov-dez). Riscos psicossociais no trabalho: estresse e estratégias de coping em enfermeiros em oncologia. *Rev Latino-Am Enfermagem*. São Paulo, 21(6), p-1282.
8. Jodas, A. & Haddad, M. (2009). Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto de socorro de hospital universitário. *“Ata Paul Enferm”*. Londrina, 22(2), p.192.
9. Kendal, E., Murphy, P., O’neil, V. & Bursnall, S. (2000). Occupational Stress: Factors that Contribute to its Occurrence na Effective Management. *WorkCover Western Australia*. Griffith.
10. Kompier, M. & Kristensem, T. (2003). As intervenções em estresse organizacional: considerações teóricas, metodológicas e práticas. *Cadernos de Psicologia Social no Trabalho*. São Paulo, 6, p.37.
11. Magalhães, G., Moura, R. & Valença, M. (2010, maio-jun). Síndrome de Burnout em Trabalhadores de Enfermagem nas Unidades de Terapia Intensiva em um Hospital Universitário. *Rev Enferm UFPE*. Pernambuco, 4(esp), p.1323.
12. Magnabosco, G., Goulart, C., Haddad, M., Vannuchi, M. & Dalmás, J. (2009, out-dez). Síndrome de Burnout em trabalhadores de um Hospital Público de Média Complexidade. *REME – Rev Min Enferm*. Minas Gerais, 13(4), p.506.
13. Pacheco, J. (2005). Burnout e Estilos de Vida em Profissionais de Saúde. Dissertação de Doutorado da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve. Faro.
14. Pafaro, R. & Martino, M. (2004). Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. *“Rev Esc Enferm USP”*. São Paulo, 38(2), p.152.
15. Panunto, M. & Guirardello, E. (2013, maio-jun). Ambiente da prática profissional e exaustão emocional entre enfermeiros de terapia intensiva. *Rev Latino-Am Enfermagem*. São Paulo, 21(3), p.1.
16. Patrão, C. (2012). Burnout nos Enfermeiros de Cuidados Paliativos. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do Instituto Politécnico da Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.
17. Rebelo, F. (2011). Burnout em Oncologia: A síndrome de Burnout vivenciado por enfermeiros que trabalham numa unidade de administração de quimioterapia de um instituto oncológico. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa. Lisboa.
18. Ribeiro, H. & Pires, J. (2004). As Implicações do Stress e do Burnout nos Profissionais de Saúde. *Revista de Saúde Amato Lusitano*. Castelo Branco, 18, p.15.
19. Schmidt, D., Paladini, M., Biato, C., Pais, J. & Oliveira, A. (2013, jan-fev). Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev Bras Enferm*. Brasília, 66.1, p.13.
20. Teixeira, C., Ribeiro, O., Fonseca, A. & Carvalho, A. (2013, October) Burnout in Intensive Care Units – a consideration of the possible prevalence and frequency of new risk factors: a descriptive correlational multicentre study. *BMC Anesthesiology*. London, p.13.

CUIDADOS AO DOENTE EM FIM DE VIDA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA – UMA NECESSIDADE EM EVOLUÇÃO

Ana Pedreirinho

Licenciada em Enfermagem, Hospital do Espírito Santo Évora-EPE

Hélder Godinho

Licenciado em Enfermagem, Hospital do Espírito Santo Évora-EPE

Paula Correia

Licenciada em Enfermagem, Hospital do Espírito Santo Évora-EPE

Ana Fonseca

Mestre em Ciências de Enfermagem, Professor Coordenador na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

Cristina Crilo

Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Hospital do Espírito Santo Évora-EPE

Luís Rosa

Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, Hospital do Espírito Santo Évora-EPE

Sandra Santos

Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica Hospital do Espírito Santo Évora-EPE

RESUMO: O recurso ao Serviço de Urgência por parte dos doentes em fim de vida é frequente sobretudo quando existem sintomas descontrolados. A abordagem paliativa necessária nesta fase colide com o contexto “urgência” e limita a intervenção do enfermeiro. Nesta revisão integrativa da literatura pretendemos identificar as dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados aos doentes em fim de vida no serviço de urgência, assim como caracterizar a natureza dos cuidados prestados neste contexto. Para responder a esta problemática foram incluídos artigos, pesquisados em bases de dados eletrónicas, onde 6 cumpriram os critérios de inclusão, com anos de publicação compreendidos entre 2009 e 2015.

As principais conclusões obtidas através da realização deste estudo revelam que existe necessidade de melhorias e muito esforço e dedicação por parte dos profissionais que trabalham no Serviço de Urgência, sobretudo os enfermeiros, pois este tipo de doentes necessita de cuidados centrados no alívio dos sintomas descontrolados e na promoção do conforto. Não só o doente em fim de vida necessita de cuidados de enfermagem, como os seus familiares estão igualmente fragilizados e a necessitar de cuidados prestados por toda a equipa.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Serviço de Urgência; Enfermagem; Fim de Vida; Dificuldades.

ABSTRACT: *The use of emergency departments by patients in the end of life care path is frequent when there are uncontrolled symptoms. A palliative approach necessary at this stage collides with the context “urgency” and limits the intervention of nurses. This integrative literature review intends to identify the difficulties of nurses in providing care to patients in end of life care path, in the emergency room as well as characterize the nature of care provided in this context. To answer this problem were included studies surveyed in electronic databases, where six articles met the inclusion criteria, published between 2009 and 2015.*

The main conclusions reveal that there is need for improvement and a lot of effort and dedication by professionals working in emergency departments, especially nurses, as this type of patient needs care focused on relieving uncontrolled symptoms and promoting comfort. Not only the end of life patient needs nursing care, but their families are also fragile and in need of care provided by the whole team.

KEYWORDS: *Palliative care; Emergency Room; nursing; End of Life; Difficulties.*

Introdução

O tema da morte sempre representou para a humanidade algo de misterioso, suscitando inúmeras interrogações para as quais a ciência, as doutrinas filosóficas, as religiões e a orientação metafísica dos valores, dos costumes, atitudes, práticas e superstições, procuram encontrar respostas, na tentativa de suavizar a angústia, acalmar a ansiedade, compensar a dor ou vencer o temor da morte.¹

A morte impõe o seu lugar a partir do momento em que um ser vivo nasce. Ela não é cruel, ela é apenas uma condição à vida. Estar vivo é um caminho que cada ser humano tem de percorrer, e esse caminho acaba. Apesar do poder racional que foi confiado à nossa espécie, o facto de sabermos que o nosso fim chegará um dia é algo que excomungamos diariamente do nosso pensamento; esse comportamento faz do ser humano alguém pouco adaptado para enfrentar as dificuldades do “trajeto”.¹

Assim, surge na sociedade atual um novo tabu, a morte é vista como uma derrota, uma fragilidade do “todo-poderoso” homem do século XXI e o ato de morrer torna-se numa patologia social. Esconde-se, evita-se falar sobre ela e sobre tudo o que a rodeia: as doenças, o envelhecimento, a dependência. Percorrer o caminho de uma doença incurável, com agravamento progressivo até à morte, exige do ser humano formas de superação sucessivas, difíceis de alcançar na sua condição de doente, dependente e carente. Acompanhar a pessoa em todo este processo sem esquecer que a morte representa novas características resultantes do avanço científico e tecnológico, implica o envolvimento cada vez mais dos profissionais de saúde.¹

Os serviços de urgência são serviços multiprofissionais e multidisciplinares que têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde, em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergências médicas.²

Os enfermeiros que desempenham funções nos serviços de urgência têm como dever saber dar resposta a situações urgentes e emergentes de saúde, necessitando de ter a capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar quer de forma mais geral, quer de forma mais específica.³

A medicina moderna, na luta contra a doença e a morte, concentrou todas as suas energias na cura e no prolongamento da vida. No entanto, na maior parte das situações crónicas e degenerativas, o resultado alcançado não é a cura ou a melhoria da qualidade de vida para o doente, mas sim, o prolongamento do sofrimento e da morte.⁴

Com as mudanças demográficas a que se assiste atualmente, impõe-se um novo desafio aos profissionais do Serviço de Urgência. Deixa-se de realizar apenas atos heroicos para salvar vidas, para se passar a atuar de forma mais simples e menos tecnicista, mas também mais humana. Neste contexto a pessoa deixa de ser vista apenas como um mecanismo que falha para passar a ser entendida no seu todo, portadora de doença crónica e na maioria das vezes terminal.⁵

Alguns dos doentes que procuram os serviços de urgência não necessitam de uma abordagem curativa ou de uma intervenção de suporte de vida. Alguns encontram-se com doença crónica terminal ou com patologia aguda incompatível com a vida, para os quais a abordagem paliativa é mais benéfica, tanto para eles próprios como para a família.

O doente que recorre ao Serviço de Urgência com doença crónica terminal passa a ter outras necessidades, que passam essencialmente pelo controlo de sintomas, cuidados de conforto, melhor apoio social, e apoio contínuo à família/cuidadores.

A fase final de vida é a etapa que reúne algumas características tais como a presença de doença avançada, progressiva e sem possibilidade de resposta ao tratamento curativo; presença de sintomas multifatoriais, de intensidade variada; presença de sofrimento provocando um grande impacto emocional no doente, família e equipa de saúde; prognóstico de vida limitada; presença implícita e/ou explícita da morte. Nesta fase da vida, existe uma necessidade acrescida de cuidados de saúde.⁵⁻⁸

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) os cuidados paliativos consistem “numa abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável ou grave com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”.⁹

A palavra Paliativos deriva do latim “Palium” que significa manto, capa, o que confere a esta palavra um sentido de promoção de conforto, alívio, ternura, proteção, amparo e abrigo.¹⁰

A implementação dos cuidados paliativos constitui uma resposta indispensável para as pessoas em situação de intenso sofrimento decorrente de uma doença grave e/ou avançada, progressiva e degenerativa, incurável, com uma expectativa de vida relativamente curta e que apresentam problemas e

necessidades de difícil resolução, as quais exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.^{11,12} Quer isto dizer que os cuidados paliativos são prestados com base nas necessidades dos doentes e famílias e não apenas com base no seu diagnóstico. Como tal, devem ser introduzidos em fases mais precoces da doença, qualquer que ela seja, quando o sofrimento é intenso, e não apenas em idosos ou pessoas com cancro avançado.¹³

No que concerne aos pilares essenciais dos Cuidados Paliativos, Twycross afirma que estes são o alívio sintomático, o apoio psicossocial, o trabalho em equipa e a comunicação eficaz.¹⁰ Por outras palavras, o Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) inscreve que os “Cuidados Paliativos têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade”.¹²

Este tipo de cuidados estende-se muito para além do alívio de sintomas físicos, no sentido em que, além destes, incorporam os psicológicos, sociais e espirituais do doente, de modo a que este, e a sua família, “se possam adaptar à morte iminente de forma tão completa e construtiva quanto possível”.¹⁰ O mesmo autor completa que, a essência dos cuidados paliativos implica uma cooperação entre a equipa de saúde, o doente e a sua família e exige respeito mútuo, o que se manifesta por atitudes como: delicadeza no comportamento, honestidade e abertura, capacidade de ouvir e explicar, acordo sobre prioridades e objetivos, discussão das alternativas de tratamento e aceitação da recusa de tratamento.¹⁰

Torna-se essencial despertar os profissionais que exercem funções no serviço de urgência para os cuidados ao doente em fim de vida, salientando a evidência científica sobre a temática em questão. Para tal, o nosso objetivo é identificar as dificuldades dos enfermeiros na prestação de cuidados ao doente em fim de vida, no Serviço de Urgência. Assim, pretendemos dar resposta à seguinte questão: *Quais as principais dificuldades sentidas pelos enfermeiros na prestação dos cuidados ao doente em fim de vida?*

Metodologia

A Revisão Integrativa da Literatura consiste num método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis de um tema investigado, sendo o seu produto final o estado atual do conhecimento do tema investigado, a implementação de intervenções efetivas na assistência à saúde e a redução dos custos,

bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas.¹⁴

A pesquisa foi realizada em diferentes fontes de informação, nomeadamente bases de dados eletrónicas, CINAHL, MEDLINE e Medclatina, Library, Information Science & Technology Abstracts, Academic search complete, SCIELO, B-on.

Utilizando os descritores (Cuidados Paliativos; Serviço de Urgência; Enfermagem; Fim de Vida; Dificuldades) em língua Portuguesa e Inglesa, os critérios de inclusão na seleção dos artigos foram os seguintes: Artigos originais ou Revisões Integrativas da literatura, compreendidas entre os anos 2009 e 2015, disponíveis nas bases de dados científicos, publicadas em Português e Inglês, sendo que, os artigos que não retratavam o serviço de Urgência e os artigos sobre as crianças foram excluídos. Do total de 24 artigos, após aplicados os critérios previamente definidos, foram selecionados e analisados 6 artigos.

Na tabela 1 encontram-se os artigos selecionados da pesquisa.

Resultados e Discussão

Os Serviços de Urgência são essencialmente direcionados para uma abordagem curativa do doente em risco de vida, a sua filosofia e modelo organizacional não contemplam os cuidados aos doentes com doença avançada, progressiva e terminal.

Para a maioria dos estudos, o Serviço de Urgência é considerado como um local pouco adequado para iniciar uma abordagem paliativa, por não existir conhecimento do plano terapêutico dos doentes. Por outro lado, os profissionais que ali exercem funções sentem que este tipo de cuidados não são uma prioridade e sentem-se frustrados por não poderem despender com os doentes em fim de vida o tempo de que eles necessitam. Os doentes com necessidade de cuidados paliativos tendem a ter um tratamento menos prioritário e os profissionais consideram que os longos tempos de espera podem ser demasiado penosos para eles, pois consideram de igual modo que também deveria ser dada prioridade a estes¹⁵.

Devido ao modelo organizacional destes serviços, os enfermeiros sentem pressão para transferir os doentes em fim de vida antes que a morte ocorra.^{5,16} A falta de tempo surge como justificação para as dificuldades na prestação destes cuidados, nomeadamente no acompanhamento da

família, no apoio espiritual e social, mas também na construção da relação com o doente.^{5,6,15-18}

Uma boa parte dos estudos aponta o espaço físico como um obstáculo ao correto acompanhamento de doente com necessidade de abordagem paliativa, referindo-se ao ambiente físico como pouco acolhedor, com excesso de luz e ruído. A utilização de macas não é favorável aos cuidados de conforto e a separação das unidades por cortinas não privilegia a privacidade necessária. Esses fatores exercem uma pressão adicional para a transferência destes doentes para fora da unidade de urgência.^{5,6,16,17}

Os problemas de comunicação são apontados, principalmente, quando estes se referem a falta de conhecimento prévio do estado de saúde do doente, falta de articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares.

Os profissionais sentem dificuldade em perceber o amplo sentido do conceito de cuidados paliativos, nem percebem de que forma os podem aplicar. Revelam falta de formação sobre técnicas de comunicação, de más notícias e de resolução de conflitos entre profissionais, doentes e familiares, de como suspender tratamentos específicos e determinadas intervenções, consideradas fúteis.^{6,15}

Algumas entrevistas evidenciam a angústia dos profissionais em prestarem cuidados aos doentes em fim de vida, sendo justificada pela falta de formação. A ausência de treino e de espaço para a partilha de experiência em cuidar destes doentes são apontados como obstáculos às boas práticas.^{6,18}

O medo da morte incutido na nossa sociedade atinge também os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros que lidam com o final de vida. Os enfermeiros revelam terem medo de não saber o que dizer, o que fazer em determinados momentos e sentem-se pouco preparados para lidar com a morte. A confrontação com a morte e os cuidados a estes doentes tornam-se emocionalmente difíceis, pelo que os enfermeiros adotam uma postura de distanciamento de forma a protegerem-se e a não sofrerem com a perda.^{6,15}

No Serviço de Urgência, em função da evolução da situação de saúde, existe frequentemente mudança de área de tratamento e conseqüentemente de profissionais, o que impossibilita o desenvolvimento duma relação de ajuda de qualidade. A ansiedade e as preocupações do enfermeiro podem atuar como barreiras na relação com o doente e na prestação de cuidados de excelência.¹⁸

Relativamente à prestação de cuidados ao doente em fim de vida, a principal preocupação dos enfermeiros do Serviço de Urgência relacionam-se com o controlo de sintomas, por ser o motivo frequente de ida ao mesmo. O alívio da dor e da dispnéia surgem como os principais problemas apresentados pelos doentes em fase terminal, no entanto, existem inúmeros sintomas que merecem preocupação por parte do enfermeiro. Estas intervenções específicas são muitas vezes vistas como medidas de conforto que promovem o alívio do sofrimento, o respeito pelo doente, e preservam a sua dignidade. Cuidar dos familiares é também visto como uma necessidade de intervenção.⁶ Os sintomas de ordem psicológica e social são também alvo de atenção, em que perante os quais existe uma preocupação em perceber os motivos que levam a família a trazer o doente ao Serviço de Urgência, clarificar os objetivos dos cuidados nesta fase da vida, ter acesso a documentos de vontades antecipadas, perceber o nível de *coping* familiar e providenciar apoio espiritual ou social.

O investimento na relação com o doente está especialmente descrito num dos estudos, onde se comprova existirem três níveis de envolvimento, em função do controlo emocional do profissional. No primeiro nível o enfermeiro desenvolve competências na relação terapêutica através do toque e dos cuidados de conforto. A segunda fase caracteriza-se pela incapacidade em gerir o impacto emocional provocado pelo envolvimento com o doente, e só na terceira etapa é que os enfermeiros ganham competência emocional para garantir boas práticas na prestação dos cuidados.¹⁸

A relação com o doente e a família aparece como uma das principais intervenções dos enfermeiros, até mesmo em detrimento de intervenções técnicas. Providenciar a presença da família junto do doente, criar um espaço no serviço para os familiares, promover um ambiente calmo são as principais medidas adotadas pelos enfermeiros. No entanto, a procura de um lugar calmo e sossegado é considerado importante, mas nem sempre acessível nestes serviços.

Alguns enfermeiros acham recompensador cuidar de doentes em fim de vida, pois sentem que isso teve particular importância para os doentes e para os seus entes queridos, alguns consideram mesmo que dar esse apoio é um privilégio.⁶

Num dos artigos são identificadas duas trajetórias dis-

TÍTULO	AUTORES	MÉTODOS	ANO E PERIODICO	AMOSTRA
Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência?	António Veiga Carla Barros Paulo Couto Pedro Vieira	Estudo de natureza descritiva e de caráter exploratório	2009 Revista Referência n.º 10 julho	O estudo foi realizado no Serviço de Urgência polivalente de adultos de um Hospital da Administração Regional de Saúde do Norte. Os participantes pertenciam às cinco equipas de enfermagem que existiam no Serviço, tendo-se selecionado quatro elementos de cada, realizando-se 20 entrevistas semiestruturadas no total.
Fim de vida no serviço de urgência: Dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados	Mónica Martins Patrícia Agnés Paula Sapeta	Revisão sistemática da literatura	2012 Castelo Branco: IPCB.ESALD. 28 p.	Foram incluídos 10 artigos de investigação entre os quais 2 revisões da literatura no espaço temporal 2007-2011
Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work	Bailey Cara Porock, Murphy and Davina	Estudo Qualitativo	2011 Journal of Clinical Nursing, 20, p 3364-3372	Realizou-se uma observação durante 12 meses num total de 900 horas e 28 entrevistas semiestruturadas a 10 enfermeiros, 2 médicos, 1 aluno de enfermagem, 1 estudante de medicina, 6 doentes e 7 familiares.
Trajectories of End-of-Life care in the Emergency Department	Bailey Cara Porock, Murphy and Davina	Estudo Qualitativo	2011 Annals of Emergency Medicine, Vol 57, p 362-369	Observação durante 12 meses, com entrevistas informais. Das quais 15 entrevistas foram feitas a médicos, enfermeiros e pacientes, os autores examinaram a natureza dos cuidados em fim de vida num SU, identificando 2 trajetórias distintas.
Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care	Renea L. Beckstrand, R. Daniel Wood, Lynn C. Callister, Karlen E. Luthy, and Sondra Heaston	Estudo Qualitativo	2012 Journal of Emergency Nursing, volume 38, issue 5, p e27-e32. Dezembro	Aplicou-se via eletrónica um questionário de 25 perguntas abertas e fechadas a enfermeiros que exercem funções num serviço de urgência.
Dying cases in the emergency places: Caring for the dying in emergency departments	Bailey Cara Porock, Murphy and Davina	Qualitativo Observação	2011 Social Science e Medicine 73, p 1371-1377	Realizou-se observação participante durante 12 meses num total de 960 horas e 15 entrevistas semiestruturadas a 11 enfermeiros, 2 médicos 7 doentes e 7 familiares. Os autores analisaram o local onde se morre, sendo o SU um local destinado a salvar vidas e não propriamente um local para prestar cuidados paliativos/ conforto.

Tabela 1 - Análise dos artigos selecionados

RESULTADOS

São evidenciadas as principais preocupações por parte dos enfermeiros para com os doentes em fase final de vida, valorizando-se especificamente intervenções do tipo relacionais como a comunicação, o conforto, o apoio e acompanhamento pela família, promoção de um ambiente calmo, com privacidade, e algumas técnicas como o alívio dos sintomas, especificamente o alívio da dor.

Os enfermeiros referem que existem obstáculos e dificuldades na prestação de cuidados a doentes em fim de vida, entre os quais se destacam a própria formação da equipa em cuidados paliativos, a filosofia dos serviços de urgência assim como a estrutura organizacional e arquitetónica dos serviços de urgência que não promovem a comunicação e a relação de ajuda. No entanto os enfermeiros privilegiam o conforto através do controlo de sintomas e em dar do apoio aos familiares dos doentes em fim de vida.

Os autores descrevem 3 níveis de envolvimento emocional dos enfermeiros na relação com o doente em fim de vida: investimento na relação terapêutica, gestão do impacto emocional, desenvolvimento de inteligência emocional.

Foram identificadas várias barreiras/obstáculos à transição entre os 3 níveis. O primeiro relaciona-se com o ambiente do serviço de urgência onde os pacientes em função da evolução do seu estado de saúde mudam de área de tratamento e consequentemente de profissionais.

Os enfermeiros têm medo de não saber o que dizer, sentem-se pouco preparados para lidar com a morte.

Algumas entrevistas revelam a angústia dos profissionais em prestar cuidados a pacientes em fim de vida, justificada pela falta de formação nesta área.

Este estudo mostra que o ambiente e a natureza do serviço de urgência impedem o desenvolvimento duma relação terapêutica. A ansiedade e preocupações do enfermeiro podem atuar como uma barreira para a relação com o doente e para desenvolver cuidados de excelência na fase final da vida.

Os autores propõem um modelo teórico sobre o comportamento emocional dos enfermeiros na prática dos cuidados ao doente em fim de vida, área esquecida até ao momento do estudo.

Este estudo revela que:

- 1- A natureza dos cuidados prestados difere consoante a trajetória dos pacientes no SU. Os profissionais cuidam dos pacientes mediante essa trajetória.
- 2- A morte súbita ocupa a atenção dos profissionais do SU em contraste com as necessidades dos pacientes que têm uma trajetória de doença crónica.
- 3- Existe nos profissionais do SU uma resistência em assumir que grande parte do seu tempo é ocupado a cuidar dos que morrem.
- 4- Existem comportamentos de evitamento, em que alguns profissionais adotam uma postura de não envolvimento com os que sofrem e com os que morrem, significando que cuidados paliativos/de conforto não são utilizados no SU.
- 5- Os profissionais reconhecem a importância dos cuidados aos doentes em fim de vida no SU, mas acreditam que não conseguem controlar tudo devido a pressões externas.
- 6- Identificam a falta de formação em cuidados em fim de vida como um obstáculo ao melhor apoio a estes pacientes.

O ambiente físico dos serviços de urgência não representa o maior obstáculo a prestação de cuidados ao doente em fim de vida mas a falta de privacidade e de espaço para o doente e a família preocupa os enfermeiros e é fonte de *stress*. Os enfermeiros sugeriram alterações nas estruturas do serviço de urgência tais como sala para a família, quarto individual para o paciente, capela perto do serviço. Também enunciaram a necessidade de aumentar o número de enfermeiros, da presença de um capelão e de um técnico de serviço social.

Este estudo mostra que:

- 1- Os doentes em fase final de vida e os seus familiares são “segregados”, afastados para um local, longe dos olhares dos profissionais e outros utentes, ficando como que negligenciados.
- 2- Existe como que um certo abandono nos cuidados, os familiares apercebem-se disso mas atribuem ao facto de os profissionais estarem demasiado ocupados.
- 3- Os cuidados destes pacientes são atribuídos essencialmente aos enfermeiros que delegam no pessoal mais jovem ou nos assistentes operacionais os cuidados a esses pacientes.
- 4- O serviço de urgência não é um local apropriado para a prestação de cuidados paliativos ou de conforto pois existe grande pressão para que os pacientes sejam transferidos antes que a morte ocorra.
- 5- A morte é percebida pelos profissionais como estando “fora de lugar”.

tintas dos doentes no Serviço de Urgência. Numa temos o doente com morte inesperada por doença aguda, e que por isso obtém maior atenção por parte dos profissionais. Na outra temos o doente com doença crónica em que a morte é esperada, e que por isso não recebe a mesma atenção do profissional de saúde.

O artigo afirma que a morte espetacular é valorizada em detrimento da morte já esperada, os profissionais segregam estes doentes, colocando-os num local longe da vista de todos, há um claro abandono no cuidar, também sentido pelos familiares. Os cuidados são delegados a profissionais mais jovens ou a assistentes operacionais.¹⁶ Na maior parte dos artigos analisados surgem algumas recomendações, que devidamente documentadas justificam a sua pertinência, nomeadamente reconhecer o doente com necessidade de abordagem paliativa; aplicar medidas de conforto/controlo sintomático; avaliar a necessidade de sedação paliativa; analisar aspetos éticos e aspetos da comunicação.^{5,6,15,18}

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todos os doentes que recorrem aos Serviços de Urgência encontram-se fragilizados e sensíveis, sobretudo os doentes com doença terminal em fase avançada. Neste sentido, a equipa de enfermagem tem um papel fundamental na assistência humanizada e na prestação de cuidados paliativos, uma vez que o foco da enfermagem é o cuidado ao ser humano em todas as suas dimensões (física, psicológica, espiritual e emocional). É ao enfermeiro que cabe estabelecer uma relação de confiança com o doente e os seus familiares para identificar as suas necessidades e buscar atendê-las, proporcionando-lhes conforto e bem-estar. As relações entre o doente-enfermeiro são um grande aliado para o tratamento terapêutico, pois a prática do cuidado é eficaz quando existem nas relações doente-enfermagem-familiares uma comunicação clara que sustenta a terapêutica.

Cuidar de doentes em fim de vida, principalmente doentes que recorrem ao Serviço de Urgência, exige por parte dos profissionais envolvidos muito mais do que conhecimentos técnico-científicos, exige muito esforço e dedicação. Dos artigos analisados sobressaem as dificuldades e os obstáculos para esta prática de cuidados. Estes podem ser de várias naturezas, mas a que toma maior relevância é o aspeto organizacional e funcional de um Serviço

de Urgência. De fato, priorizar os cuidados no fim de vida torna-se um contra senso, cuidar dos que estão a morrer é visto como uma função menor, num local onde a técnica e as intervenções medicalizadas imperam. Quase se pode afirmar que devido à tipologia do serviço existe uma “desculpa” para que a atenção a estes doentes seja descurada. A morte parece estar “fora de lugar”. A escassez de tempo e de recursos humanos, as barreiras arquitetónicas e a falta de formação dos profissionais são causas apontadas como as mais óbvias.

Para além disso, este tipo de cuidados exige ao enfermeiro um envolvimento pessoal que se torna penoso para muitos, ele obriga à confrontação com as perdas e com a própria morte. A comunicação com a família e com o doente numa etapa em que “já não há nada a fazer” em termos curativos é um desafio também ele com grande carga emocional, pois muitas vezes não sabem o que dizer e transmitir más notícias requer alguma prática e atenção.

Estabelecer uma relação de ajuda com o doente e a família requer tempo e dedicação, essa função não é valorizada no seio dos profissionais de um Serviço de Urgência, daí os custos para o doente, o qual sente pouco interesse pela sua situação e algum abandono nos cuidados.

De qualquer forma, em alguns estudos existem enfermeiros que reconhecem ser recompensador cuidar e apoiar estes doentes e famílias, vendo isso como um privilégio. É possível fazer um bom trabalho e dar qualidade de vida até ao fim a estes doentes e que, apesar das dificuldades e obstáculos anteriormente apontados, muito pode ser feito. Os profissionais referem que as barreiras e obstáculos encontrados podem ser uma oportunidade a explorar para implementar adequadas estratégias de apoio a doentes em fim de vida, nomeadamente ao nível do controlo sintomático, promoção do conforto e da comunicação.

A falta de conhecimentos é nomeada pelos enfermeiros como sendo uma dificuldade à prestação de cuidados ao doente em fim de vida. Aparentemente é justificação para a ausência de apoio prestado (evidenciada nos estudos), mas apresenta um duplo significado, pois também é percebida como uma oportunidade de aprendizagem e uma necessidade futura. A formação pode ser vista como a solução para ultrapassar os obstáculos e dificuldades sentidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hennezel M. (2002). Acompanhar os últimos instantes da vida. Comunicação no simpósio de enfermagem “ A pessoa em risco de vida”. Aula Magna Universidade de Lisboa. 24 e 25 de março.
2. Diário da República — Série - B N.º 55 — Despacho Normativo n.º11/2002 – Serviço de Urgência. 6 Março, p1865-1866.
3. Sheehy, S. (2001). Enfermagem de Urgência: Da teoria à prática. Loures.
4. Moritz, R., Deicas, A., Rossini, J., Silva, N., Lago, P. & Machado, F. (2010). Perceção dos Profissionais sobre o Tratamento no Fim da Vida, nas Unidades de Terapia Intensiva da Argentina, Brasil e Uruguai. Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 22 (2), 125-132.
5. Martins, M.; Agnés, P.; Sapeta, P. (2012). Fim de vida no serviço de urgência: dificuldades e intervenções dos enfermeiros na prestação de cuidados. Castelo Branco: IPCB. ESALD. 28 p.
6. Veiga, A, A, B. et al. (2009). Pessoa em fase final de vida: que intervenções terapêuticas de enfermagem no serviço de urgência? Revista Referência, II Série, n.º10, Julho, p 47-56.
7. Norton, C. K. (2011). Palliative and End-of-Life Care in the Emergency Department: Guidelines for Nurses. Journal of Emergency Nursing, Volume 37, Issue 3, May. doi: 10.1016/j.jen.2010.02.19.
8. Sapeta, P. (2011). Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente. Loures: Lusociência. 305 p. ISBN: 978-972-8930-69-1.
9. Programa Nacional dos Cuidados Paliativos. Portal da Saúde. Consultado em Maio, 2015 em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>.
10. Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 972-796-093-6.
11. ANCP- Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2009). Manual de Cuidados Paliativos. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Diagraphic Editora. ISBN: 978-85-89718-27-1;
12. DGS – Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2005). Lisboa: DGS. 20 p. ISBN: 972-675-124-1;
13. Henriques, C. Olivira, N. (2010). Cuidados Paliativos: Situação Nacional. Revista Nursing. n.º 266;
14. Mendes KDS., Silveira RCCP., Galvão CM. (2008). Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na Saúde e na Enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis. Out/Dez; 17(4):758-64
15. Bailey, C, J. et al. (2011). Trajectories of End-of-Life care in the Emergency Department. Annals of Emergency Medicine, Vol. 57, p 362-369.
16. Bailey, C, J. et al. (2011) Dying cases in the emergency places: Caring for the dying in emergency departments. Social Science e Medicine, 73, p 1371-1377.
17. Beckstrand, R. L et al (2012). Emergency nurses' perception of department design as an obstacle to providing end-of-life care. Journal of Emergency Nursing, volume 38, issue 5, September, p e27-e32.
18. Bailey, C, J. et al (2011). Professional tears: developing emotional intelligence around death and dying in emergency work. Journal of Clinical Nursing, 20, p 3364-3372.

FERIDA MALIGNA E RADIÓGENA – CASE STUDY

Marisa Matos

Enfermeira, Serviço Radioterapia,
Instituto Português Oncologia Porto
marisaicmatos@gmail.com

RESUMO: Introdução: Estudo de caso que se baseia numa utente com recidiva cutânea de carcinoma da mama triplo negativo resistente a tratamento sistémico (4.ª linha), proposta para Radioterapia/Quimioterapia paliativa concomitante. Optou-se por aplicar um penso de espuma fino de poliuretano (Mepilex Transfer) durante o tratamento de RT para aumentar a dose de radiação na ferida maligna (provocar efeito bólus), com posterior avaliação da ferida e área irradiada.

Objetivos: Avaliar a resposta da ferida maligna da parede torácica ao tratamento de radioterapia externa, uma vez que era realizado com recurso a um penso para provocar efeito bólus; Avaliar se na pele íntegra circundante à ferida maligna surge radiodermite precoce, resultante da aplicação do penso.

Conclusão: Apesar do recurso ao penso para provocar efeito bólus, não houve desenvolvimento de radiodermite precoce, verificou-se diminuição considerável do tamanho da ferida maligna, diminuição do exsudado e do odor, assim como diminuição da frequência de execução do penso.

PALAVRAS-CHAVE: ferida radiógena, ferida maligna, estudo de caso, enfermagem oncológica.

ABSTRACT: Background: A case study which is based on a patient with skin recurrence of breast cancer triple negative resistant to systemic treatment (4th line), proposed for palliative Radiotherapy/Chemotherapy concurrent. It was decided to apply a dressing of thin, flexible absorbent pad of polyurethane foam (Mepilex Transfer) for the treatment of RT to increase the radiation dose in malignant wound (bolus effect), with further evaluation of the wound and irradiated area.

Purpose: Evaluate the response of malignant wound of the thoracic wall to the treatment of external radiotherapy, since it was conducted using a dressing to cause bolus effect; evaluate whether the intact skin surrounding malignant wound shows early radiation dermatitis resulting from the application of the dressing.

Conclusions: Despite the use of the dressing to cause bolus effect, there was no development of early radiation dermatitis, there was considerable decrease in the size of malignant wound, odor and exudate decreased, and reduced the frequency of executing the treatment.

KEYWORDS: radiation dermatitis, malignant wound, case study, oncology nurse.

I. Introdução

Os tumores malignos foram, segundo dados do INE, a segunda causa básica de morte em 2013 com registo de 25 920 óbitos, o que correspondeu a 24,3% da mortalidade no país, mais 0,6% do que o registado em 2012 (25 758 óbitos). No caso das mulheres, em 2013 destacaram-se 1 646 óbitos originados por tumores da mama, ou seja, menos 6,4% do que no ano anterior (1 758)⁴.

O cancro da mama metastático é tratável mas não é curável sendo que o principal objetivo do tratamento é a palição dos sintomas. A terapêutica depende de múltiplos fatores, nomeadamente da extensão da doença, do tempo livre de doença, do tipo de metastização, das características biológicas do tumor, dos tratamentos previamente efetuados e existência ou não de doenças concomitantes³.

Entre os cancros mais associados à formação de feridas malignas está o cancro da mama. Embora se desconheça a realidade no que respeita à incidência da ferida maligna, estudos recentes apontam para valores de 5-10% e 14,5% de ocorrência desta ferida em pessoas com doença oncológica avançada.¹²

As feridas malignas são resultado da infiltração das células neoplásicas no epitélio, ocorrendo quebra da integridade epidérmica, sendo caracteristicamente hipervascularizadas. Além de não cicatrizarem, este tipo de feridas são facilmente sangrantes, muito exsudativas e apresentam um odor característico. Assim sendo, o objetivo do tratamento não é obter a cicatrização da ferida mas sim o controlo de sintomas como o odor, hemorragia, exsudação, dor, prurido, infeção e necrose tecidual exsudado e a dor.^{1,12}

A Radiodermite ou ferida radiógena é um dos efeitos secundários mais comuns do tratamento com radiação ionizante¹⁰, é progressiva e aparece habitualmente entre a 2.^a e a 3.^a semana de tratamento.

A compreensão da etiologia das feridas malignas/radiógenas é o passo crítico para desenvolver um plano de tratamento efetivo. O conhecimento das fases de cicatrização e dos fatores que a influenciam determinam o processo de tomada de decisão terapêutica.

O estudo de caso baseia-se numa utente com diagnóstico de recidiva cutânea de carcinoma da mama triplo negativo, a efetuar tratamento no Serviço de Radioterapia Externa do IPO Porto, E.P.E. Para a realização deste trabalho, recorreu-se ao processo clínico, diagnóstico microbiológico (zaragatoa) e avaliação periódica da área irradiada

com medição simples e registo fotográfico. O estudo de caso decorreu no período de 22 de Dezembro de 2014 a 27 Março de 2015.

II. Apresentação e análise crítica do estudo de caso

Trata-se de uma doente do sexo feminino, de 40 anos de idade, caucasiana, com diagnóstico de carcinoma da mama direita desde Out/2012. Doente com antecedentes pessoais irrelevantes, a ser seguida noutra hospital.

A doente foi submetida a quimioterapia (QT) neoadjuvante (doxorubicina e ciclofosfamida x4 + docetaxel x4), com término a 28/03/13; mastectomia radical modificada à mama direita em 30/04/13; iniciou trastuzumab a 07/06/13 e radioterapia (RT) adjuvante à parede torácica, região supraclavicular e axila direita entre 13/06/13 e 17/07/13.

Em Nov/2013, por aparecimento de recidiva cutânea ao nível da parede torácica do retalho superior, foi submetida a exérese de recidiva cutânea em 17/12/13. Em Jan/2014 surge nova recidiva cutânea da parede torácica direita, pelo que se optou por efectuar RT paliativa (reirradiação) que iniciou em 23/01/14 e que suspendeu ao fim da 7.^a fracção. Suspende trastuzumab em Fevereiro de 2014.

Em 06/02/14 inicia QT com taxol (semanal) que suspende há 3.^a faixa por progressão da doença. Entre 13/03/14 e Jun/14 realizou QT com carboplatina + gencitabina (4 faixas), com progressão local. Entre Julho e Nov/2014 realizou QT com eribulina, com progressão. Iniciou QT com capecitabina em 24/11/14 (fez 2 faixas até 26/12/14).

Em Dezembro de 2014 foi encaminhada para o IPO Porto para RT/QT paliativa concomitante à parede torácica direita e às áreas de drenagem ganglionar que forem possíveis de incluir na área de tratamento, em função dos tratamentos de RT anteriormente realizados.

A 22/12/2014 a doente tem a primeira consulta de RT e faz TAC de planeamento. No mesmo dia inicia tratamento de feridas na sala de tratamentos de RT. Nesta data, apresenta ferida ulcerada com tecido de fibrina em cerca de 90% da lesão (mais próxima da axila) e no centro da lesão maior; tecido friável facilmente sangrante; exsudado esverdeado/azulado em quantidade abundante, com odor fétido; pele circundante à ferida maligna com eritema ligeiro (devido ao traumatismo dos adesivos) (figura 1).



Figura 1 - Ferida maligna no dia do TAC de planeamento

Efectuou-se tratamento com soro fisiológico, hidrogel e metronidazol (50%+50%), e mepilex Border. Frequência de execução do tratamento à ferida maligna antes de iniciar RT: 2x/dia (no hospital e no domicílio ao fim da tarde). Neste dia foi realizada zaragatoa.

A 21/01/15 a doente inicia QT de radiosensibilização (docetaxel) e faz a 1ª fração de RT. Uma vez que se tratava de uma lesão exposta, a doente tinha que efectuar tratamento de feridas antes e após a sessão. Com o objetivo de aumentar a dose à superfície da pele, isto é, provocar um efeito de “bólus”, faz tratamento com a aplicação de um penso de espuma fino de poliuretano (a doente efetuava sessão de RT com o penso).

Na tabela 1 é possível observar a evolução da ferida maligna/radiógena ao longo do tratamento de RT. É possível também avaliar o tipo de tratamento instituído/executado mediante as características da ferida, bem como intervenções de enfermagem.

Entre o término da 5.ª semana de RT e a fase de *boost* decorreu um período de internamento de 16 dias por hipertermia associada a infeção da ferida maligna.





Na data de término de *boost* em 27/03/2015, apresenta franca redução da ferida maligna, planificada, com áreas de re-epitelização em curso (figura 2).



Figura 2 – Ferida maligna no dia de término de *boost*

Fase de tratamento de RT	Tipo de tecido	Tipo de exsudado
Início de RT (21/01/15)	Tecido desvitalizado e necrosado (aumento da dimensão da ferida maligna)	Exsudado purulento (moderada quantidade)
1.ª semana RT (26/01/15)	Tecido de fibrina em maior quantidade (a preencher todo o leito da ferida maligna)	Exsudado purulento (moderada quantidade)
2.ª semana RT (02/02/15)	Diminuição da dimensão da ferida maligna (altura)	Exsudado purulento (quantidade abundante)
3.ª Semana RT (12/02/15)	Marcada redução tumoral, com áreas de necrose; lesão mais plana; É possível observar a clivagem na ferida maligna, sendo perceptível que são 2 lesões (anteriormente unidas); As duas lesões adjacentes à de maior dimensão começam a planificar.	Exsudado purulento (moderada quantidade)
4.ª Semana RT (20/02/15)	Ferida maligna com tecido desvitalizado mais facilmente destacável, com bordos mais planificados; Marcada redução das lesões adjacentes.	Exsudado purulento (moderada quantidade)
5.ª Semana RT (24/2/15 - término 1ª fase)	Ferida maligna mais planificada, com tecido desvitalizado em menor quantidade	Exsudado purulento (moderada quantidade)
Reinicia <i>boost</i> (23/3/15)	Franca melhoria da ferida maligna: áreas de granulação e reepitelização	Exsudado purulento (pequena quantidade)
Término de <i>boost</i> (27/03/2015)	Franca redução tumoral com áreas de reepitelização em curso (feito desbridamento parcial com bisturi)	Exsudado purulento (pequena quantidade)

Tabela1 -Evolução da ferida maligna/radiógena ao longo do tratamento de RT

Odor	Pele circundante	Tipo de tratamento	Intervenções	Figura
Odor fétido	Eritema ligeiro (traumatismo adesivos)	<ul style="list-style-type: none"> • SF • Mepilex Transfer • SF • Hidrogel + metronidazol (50%+50%) • Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna) • Biafine circundante 	Penso antes RT Penso após RT	
Odor fétido	Eritema ligeiro	<ul style="list-style-type: none"> • SF • Mepilex Transfer • SF • Hidrogel + metronidazol (50%+50%) • Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna) • Biafine circundante 	Penso antes RT Penso após RT Colhe zaragatoa e inicia empiricamente ciprofloxacina 500mg 12/12h	
Odor fétido (intenso)	Radiodermite grau 1: eritema moderado circundante à ferida maligna	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza com Prontosan • Mepilex Transfer • Limpeza com Prontosan • Hidrogel + metronidazol (50%+50%) • Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna) • Biafine circundante 	Penso antes RT Penso após RT "Resultado zaragatoa: Pseudomonas aeruginosa	
Sem odor	Radiodermite grau 1: eritema moderado circundante à ferida maligna e SPA e axilar	<ul style="list-style-type: none"> • Prontosan • Mepilex Transfer • Prontosan • Hidrogel + metronidazol (50%+50%) • Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna) • Fucidine + cilestoderme 	Penso antes RT Penso após RT	
Sem odor	Radiodermite grau 1: eritema moderado em toda a área circundante à ferida maligna, com descamação seca axilar	<ul style="list-style-type: none"> • Prontosan • Mepilex Transfer • Prontosan • Hidrogel + metronidazol (50%+50%) • Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna) • Fucidine + cilestoderme + mepitel (axila) 	Penso antes RT Penso após RT	
Sem odor	Radiodermite grau 2: eritema moderado e descamação húmida ligeira na axila, eritema ligeiro e pigmentação na restante área	<ul style="list-style-type: none"> • Prontosan • Hidrogel + metronidazol (50%+50%) • Mepitel + Aquacel + Mepilex Transfer (ferida maligna) • Fucidine + cilestoderme (circundante) • Rifocina + fucidine + mepitel (axila) 	Passa a fazer penso 1id (durante tempo de pausa de RT)	
Sem odor	Radiodermite grau 1: eritema ligeiro	<ul style="list-style-type: none"> • SF • Mepilex Transfer • SF • Hidrogel + metronidazol (50%+50%) • Mepitel + Aquacel • Biafine 	Penso antes RT Penso após RT	
Sem odor	Eritema ligeiro	<ul style="list-style-type: none"> • SF • Hidrogel + metronidazol (50%+50%) • Cavilon • Mepilex Border 	Penso 3x/semana no serviço de RT	

III. Conclusão

Por forma a aumentar a dose de tratamento à superfície da pele/na ferida maligna, a doente realizou tratamento de RT com um penso para fazer efeito bólus. No entanto, não houve desenvolvimento de radiodermite precoce, apesar da utilização do penso durante o tratamento. Verificou-se uma diminuição considerável do tamanho da ferida maligna, diminuição do exsudado e do odor, assim como diminuição da frequência de execução do penso (de 2x/dia passa para 3x/semana).

Neste estudo de caso existiam vários fatores que podiam condicionar a resposta ao tratamento e aumentar o tempo de cicatrização nomeadamente a patologia, a terapêutica citostática e radioterapia prévia e concomitante, assim como a infeção da ferida. Estes fatores quando não equacionados e solucionados levam a um processo de cicatrização lento, ao aumento da morbilidade, à diminuição da qualidade de vida, assim como a um aumento nos custos diretos e indiretos dos cuidados.

Intervenções de enfermagem como o diagnóstico microbiológico e a adequação do tratamento de feridas, tiveram um contributo positivo para a qualidade de vida do doente/família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Baranoski, S., Ayello, E. A. (2006). O Essencial sobre o tratamento de Feridas. Princípios Práticos. (pp.3-448). Loures: Lusodidacta.
2. CALVO, Felipe. Oncologia Radioterápica – princípios, métodos, gestión y práctica clínica. Copyright. Spain: Arán Editores, S.L., 2010. ISBN 978-84-92977-05-5. Cap. 6.3.3 Cuidados de la piel.
3. Cancro da mama - Protocolo de diagnóstico, terapêutica e seguimento. Unidade Funcional de Patologia Mamária, Grupo Multidisciplinar da Patologia Mamária IPOC FG, EPE. 2012
4. Causas de morte 2013 - Instituto Nacional de Estatística. 26 Maio 2015
5. F. Cardoso, et al (18 de September de 2014). ESO-ESMO 2nd international consensus guidelines for advanced breast cancer (ABC2). Annals of Oncology, 1.
6. Feight, Deborah, et al (2011). Putting evidence into practice: Evidence based interventions for radiation dermatitis. Clinical Journal of Oncology Nursing, vol.15 (5)
7. Marcos, A., Duarte, C., Araújo, D., Dias, Albina., (2010). A dor no doente com ferida crónica. Feridas, 3, (3). 19-22
8. NATIONAL CANCER INSTITUTE – Radiation Therapy and You: Support for people with cancer. NIH Publication No 12-7157. 1-800-422-6237. May 2012
9. ONS, Where Oncology Nurses Connect – Radiodermatitis: Definition Table. Putting Evidence Into Practice. Feb 2010
10. ONS, Where Oncology Nurses Connect – Radiodermatitis: Research Evidence Table. Putting Evidence Into Practice. April 2013
11. Otto, Shirley. (2000). Enfermagem em oncologia. Lusociência. Cap. 21
12. Ponte, Diana; Ferreira, Kelly; Costa, Neuza (2012). O controlo do odor na ferida maligna - Journal of Tissue Regeneration & Healing, Revista da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas, Edição 1
13. Veríssimo, Margarida [et. al] – Radioterapia em Utentes de ORL – Acção de Enfermagem. In: Sinais Vitais. N.º 52, Janeiro de 2004, p. 25-30

CLIENTE ONCOLÓGICO E AS POLÍTICAS DE SAÚDE – EQUIDADE, ACESSIBILIDADE E INFORMAÇÃO

Nélia Oliveira

Enfermeira, Hospital Dr. Nélio Mendonça,
Hospital de Dia de Hemato-Oncologia
neliapggv@mail.com

Eva Sousa

Professora na Escola Superior de Enfermagem
de São José Cluny, Funchal
evasousa@esesjcluny.pt

RESUMO: O cancro é uma doença de extrema importância para a Saúde Pública, apesar de cada vez mais termos conhecimento sobre como prevenir e tratar o cancro. Em 2020 terá um aumento para 16 milhões de pessoas. Destes, dois terços viverão em países em desenvolvimento ou em países pouco industrializados. Esta realidade implica uma ação internacional concertada, por governos, organizações e instituições de interesse público e privado: 6,7 milhões de mortes, 10,9 milhões de novos casos e 24,6 milhões de pessoas vivendo com o cancro. A Organização Mundial Saúde (2012) refere que o cancro não conhece limites: é a segunda causa principal de morte nos países desenvolvidos e países em desenvolvimento, está entre as três principais causas de morte em adultos. A oncologia é assim considerada um problema de saúde pública em todo o mundo e afeta pessoas de todas as idades e condições: crianças, jovens e idosos; ricos e pobres, homens e mulheres. Os objetivos deste trabalho são: Aprofundar os conhecimentos sobre os programas e projetos em saúde existentes a nível regional, contextualizado com o Plano Nacional Saúde e com as Políticas de Saúde Nacionais e da OMS; Dar a conhecer os apoios, legislação e direitos do doente oncológico. A metodologia utilizada foi uma revisão da literatura, realizada em Janeiro de 2015 nas bases de dados Scielo. Como critérios de inclusão: Estudos de investigação, texto completo, publicados em 2014, português, inglês e espanhol; num total de 20 artigos. Tanto a nível nacional como internacional existem grandes disparidades da qualidade dos cuidados prestados a doentes com cancro. O acesso a cuidados de saúde de qualidade constitui hoje um enorme desafio para os sistemas de saúde. A aposta sobre os conhecimentos e técnicas científicas, destinadas à promoção, restauração e preservação da saúde de uma comunidade.

PALAVRAS-CHAVE: Políticas de saúde, oncologia, enfermagem.

ABSTRACT: *Cancer is a disease of the utmost importance to public health, despite increasingly having knowledge about how to prevent and treat cancer. In 2020 will have an increase to 16 million people. Of these, two-thirds will live in developing countries or in industrialized countries. This implies an international action successfully, by Governments, organisations and institutions of public and private interest 6.7 million Deaths, 10.9 million new cases and 24.6 million people living with cancer. World Health Organization (WHO, 2012) states that the cancer knows no bounds: is the second leading cause of death in developed countries and developing countries is among the three leading causes of death in adults. The Oncology is thus considered a public health problem throughout the world and affects people of all ages and conditions: children, youth and the elderly; rich and poor, men and women. The objectives of this work are: to deepen the knowledge about the programs and projects in existing health regionally contextualized with PNS and with National health policies and the WHO; Raise awareness, support and client rights legislation oncológico. The methodology used was a literature review, held in January 2015 in databases: Scielo and RCAAP. As inclusion criteria: research studies, full text, published in 2014, Portuguese, English and Spanish; a total of 20 articles. Quality, fairness and Cost are today undisputed terms in Oncology. Both on a national and international level*

there are large disparities in the quality of care provided to patients with cancer. Access to quality healthcare constitutes today an enormous challenge for health systems.

KEYWORDS: *health policy, oncology, nurse.*

I. Introdução

O cancro é uma doença de extrema importância para a Saúde Pública, apesar de cada vez mais termos conhecimento sobre como prevenir e tratar o cancro, em cada ano aumenta o número de pessoas que sofrem com isso. Se até 2020 esta tendência se mantiver, este preverá um aumento para 16 milhões de pessoas. Destes, dois terços viverão em países em desenvolvimento ou em países industrializados (OMS, 2002). É tempo de usarmos o conhecimento para salvar vidas e evitar sofrimento. Isto requer uma ação internacional com êxito, por governos, organizações e instituições de interesse público e privado, tais como capacitar as pessoas e comunidades. 6,7 milhões de mortes, 10,9 milhões de novos casos e 24,6 milhões de pessoas vivendo com o cancro (prevalência de 5 anos – 1998 a 2002). Como nos refere a OMS (2002), o cancro não conhece limites: é a segunda causa principal de morte nos países desenvolvidos e países em desenvolvimento está entre as três principais causas de morte em adultos. Em 12,5% do total das causas de morte é atribuída a taxa de cancro que excede o total de mortes devido à AIDS, a doença cardíaca, tuberculose e malária, considerados em conjunto.

A Oncologia é assim considerada um problema de saúde pública em todo o mundo e afeta pessoas de todas as idades e condições: crianças, jovens e idosos; ricos e pobres, homens e mulheres. Em Oncologia é importante promover a interação entre todas as organizações envolvidas na investigação, na formação, no tratamento e na prestação de cuidados a doentes com cancro. Qualidade, Equidade e Custo são hoje termos indiscutíveis em Oncologia. Tanto a nível nacional como internacional existem grandes disparidades da qualidade dos cuidados prestados a doentes com cancro. O acesso a cuidados de saúde de qualidade constitui hoje um enorme desafio para os sistemas de saúde. O envelhecimento progressivo da população, o aumento do número de doentes com cancro e com o uso de protocolos diagnósticos e terapêuticos cada vez mais complexos, os problemas da Oncologia em Portugal vão agudizar-se nos próximos anos.

II. Material e Métodos

A metodologia utilizada para este trabalho foi uma revisão de literatura feita em Janeiro de 2015. Procedeu-se a uma pesquisa nas bases de dados Scielo e Rcaap, com inclusão das palavras-chave “oncologia” and “enfermagem” and “políticas de saúde”. Como critérios de inclusão foram estudos de texto completo escrito em língua portuguesa, inglesa e espanhola, publicados em 2014, totalizando 20 artigos. Procedeu-se ao refinamento dos dados, onde à posteriori foram contextualizados com o Plano Nacional e Regional de Saúde, Guidelines internacionais, projetos internacionais, nacionais e legislação.

III. Resultados e Discussão

A implementação de programas de qualidade das unidades de oncologia, a definição de uma rede efetiva de referência, o desenvolvimento de um plano oncológico nacional adaptado às necessidades e aos recursos disponíveis e o financiamento da oncologia são assuntos não resolvidos, que requerem uma reflexão séria e um debate profundo.

Tendo como referência o PNDO, o cancro é a principal causa de morte antes dos 70 anos de idade (isto é, a principal causa de morte prematura) e, no conjunto das causas de mortalidade em todas as idades, ocupa o segundo lugar depois das doenças cérebro-cardiovasculares. Estimando-se que, à semelhança do ano anterior, morreriam por cancro 25 mil portugueses, muitas destas mortes seriam evitáveis através de medidas de prevenção primária (como é o exemplo provado da diminuição à exposição ao tabagismo) e de prevenção secundária (diagnóstico precoce em rastreio).

Entre os objetivos definidos, são válidas as recomendações dos planos oncológicos anteriores e da recomendação do Conselho da Europa (2003/878/CE) de se realizar rastreio do cancro do colo do útero por citologia cervicovaginal nas mulheres com idade entre os 30 e os 60 anos de idade; rastreio do cancro da mama com mamografias a cada 2 anos nas mulheres entre os 50 e os 69 anos de idade e rastreio do cancro colorretal com pesquisa de sangue oculto nas fezes a toda a população entre os 50 e os 74 anos

de idade; Aumentar a taxa de cobertura total destes rastreios oncológicos (mama, colo do útero), garantindo mais de 60% de cobertura em todo o território nacional até 2016.

Não limitar a organização da rede à circulação de doentes, mas promover a circulação de conhecimento e a utilização cooperativa dos meios disponíveis, nomeadamente os meios sofisticados de diagnóstico. O centro da informação em oncologia deverá estar disponível nos registos oncológicos, tendo Portugal uma situação invejável ao possuir registos regionais de cancro, de base populacional, com a cobertura integral do território nacional. A existência de diversas plataformas de introdução de dados e a falta de automatismos nos métodos de captação de informação leva a dificuldades significativas na operacionalização dos mesmos. Se bem que não seja possível, pela natureza dos mesmos, disponibilizar informação em tempo real, o tempo entre os eventos e a disponibilização dos dados deve ser encurtado, para aumentar o potencial destas plataformas; Deve ser iniciada uma política de afiliação de centros, para permitir a troca de experiências e melhor rentabilizar os recursos disponíveis; A rede nacional de bancos de tumores está atualmente em implementação. Deve ser implementado o sistema informático comum a todos estes bancos, para aumentar o potencial científico dos mesmos.

A investigação clínica em oncologia deve ser parte integrante da atividade do Serviço Nacional de Saúde, favorecendo-se também a afiliação inter-hospitalar e os programas de desenvolvimento autónomos. A investigação básica em oncologia tem simultaneamente de ser indissociável, sendo particularmente importante a investigação translacional e aquela que utilize os sinergismos entre as instituições académicas e as hospitalares. Tal como no plano nacional de doenças oncológicas, o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas é considerado prioritário e, à semelhança de outros sete programas, está agora enquadrado na Direção Geral Saúde.

Na última década houve progressos significativos na prevenção e tratamento do cancro em Portugal. Os programas de combate às listas de espera para cirurgia foram implementados, com redução significativa das mesmas. A instalação de novas unidades de radioterapia e o reapetrechamento das já existentes levou também a ganhos significativos.

Os rastreios de base populacional, em Portugal, têm progredido de uma forma mais lenta do que o desejável. A sua dinâmica tem sido muito regional e portanto muito

variável, causando iniquidades no acesso, em termos geográficos, nomeadamente no rastreio do cancro da mama, colo do útero e o do cólon e reto (os únicos de custo-efetividade). Esta variabilidade é de grande magnitude. Vai desde uma taxa de cobertura quase total para os dois primeiros na Região Centro à quase inexistência na Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Esta desigualdade de acesso tem uma maior repercussão nas populações mais desfavorecidas, por terem menos acesso a rastreios oportunistas. A grande limitação dos programas de rastreio atualmente em prática é a falta de articulação com os registos oncológicos e a inexistência de programas de controlo de qualidade nacionais, que permitam aferir os ganhos em saúde para as populações. Em relação ao rastreio do cancro da mama está implementado no Norte, embora não cobrindo a totalidade da área geográfica. Vão ser elaboradas normas de orientação clínica para as várias patologias oncológicas, com vista a melhorar a prática.

É necessário que se reconheçam e identifiquem centros de referência com elevada diferenciação que coordenem centros de tratamento satélite, menos diferenciados de forma a assegurarem uma rede de proximidade em relação às neoplasias mais comuns. A rede de referenciação em oncologia tem de se tornar efetiva, de molde a oferecermos aos nossos doentes os melhores cuidados disponíveis e a permitir a melhor rentabilização dos recursos disponíveis. Os IPOs continuarão a ser centros de referência neste processo e o eixo de articulação do sistema.

Sem informação atualizada e de qualidade não é possível prever e monitorizar a eficácia das ações a implementar em Oncologia. Muita da informação necessária já se encontra introduzida em diversas bases de dados e, a curto prazo, novos dados estarão disponíveis, particularmente com os certificados de óbito eletrónicos. Os principais programas de prevenção primária, luta contra o tabagismo e promoção de alimentação saudável, estão atualmente organizados em programas autónomos. Para além destes, programas de promoção de estilos de vida saudáveis e de mobilização dos cidadãos em torno da sua saúde devem ser realizados com sede na Direção do Programa das Doenças Oncológicas, favorecendo-se a articulação com o Ministério da Educação e com as organizações de doentes.

A uniformização da informação disponível nas diversas plataformas e a participação dos hospitais na introdução de dados nos registos tem de ser melhorada. Relativamente

aos rastreios, deverão ser monitorizados a taxa de cobertura, a sua qualidade, através do cálculo do número de cancros de intervalo, estadio à data do diagnóstico e mortalidade específica assim como os Custos dentro e fora dos programas de rastreio. No que diz respeito à informação, cumpre monitorizar o tempo de atraso para efetivação do registo de novos casos e exaustividade e exatidão dos registos oncológicos nacionais.

De acordo com a OMS, cerca de 40% de todos os cancros podem ser prevenidos e outros podem ser detetados numa fase precoce do seu desenvolvimento, tratados e curados. Neste sentido, torna-se necessário aplicar o conhecimento existente e implementar ações no âmbito da sensibilização para esta problemática e seu controlo, de forma a tornar mais real este objetivo. A sensibilização, prevenção primária e deteção precoce do cancro são componentes chave para o controlo desta doença, possibilitando uma redução da sua incidência e mortalidade na população.

Deixo aqui algumas Organizações nacionais e internacionais de apoio social em Oncologia:

- AOSW - Association of Oncology Social Work (EUA)
- OSWA - Oncology Social Work Australia
- Help Starts Here - Social Workers
- Liga Portuguesa Contra o Cancro
- Linha cancro 808255255
- Liga Portuguesa Contra o Cancro, Núcleo Regional da Madeira
- Linha de apoio ao Hospital de dia - Hemato-oncologia da RAM – 291710273

Direitos do doente oncológico

O subsídio por doença corresponde à “baixa médica” que compensa a perda de remuneração, resultante da incapacidade temporária provocada pela sua doença.

Para ter acesso ao subsídio por doença, é necessário pedir o “Certificado de Incapacidade Temporária” (CIT) ao seu médico: Médico de Família (Centro de Saúde) ou médico do Hospital, no caso da Segurança Social; Médico dos subsistemas; Qualquer médico para funcionários públicos. Informação adicional: Decreto-Lei 28/2004, de 4 de Fevereiro: atribuição do subsídio de doença, Decreto-Lei 146/2005, de 26 de Agosto: atribuição do subsídio de doença, Portaria 337/2004, de 31 de Março: atribuição do subsídio de doença - A Segurança Social pode atribuir-lhe uma pensão por invalidez, através de duas vias:

1. Regime contributivo, em que poderá beneficiar de contagem especial do tempo de serviço, para efeitos de aposentação. O montante da pensão será calculado com base nas regras definidas no Decreto-Lei 92/2000, de 19 de Maio ou 2. Regime não contributivo, em que é solicitada “Pensão Social de Invalidez”, cujo valor será o equivalente ao montante mínimo do “Regime Geral”.

Informação adicional: Decreto-Lei 92/2000, de 19 de Maio: proteção especial a atribuir às pessoas que sofrem de doença do foro oncológico. Este complemento corresponde a um apoio adicional que poderá ser-lhe atribuído, nas seguintes condições: Se já beneficia de pensão por invalidez, ou Se não beneficia de pensão por invalidez, caso haja perda da capacidade de locomoção. Informação adicional: Decreto-Lei 92/2000, de 19 de Maio: proteção especial a atribuir às pessoas que sofrem de doença do foro oncológico.

Comparticipação de medicamentos - Esta comparticipação ser-lhe-á aplicada nas seguintes condições: Medicamentos do Escalão A: fornecidos gratuitamente; Medicamentos do Escalão B e C: comparticipados parcialmente. Informação adicional: Decreto-Lei 129/2005, de 11 de Agosto: escalões de comparticipação - Portaria 91/2006, de 27 de Janeiro: regimes especiais de comparticipação; Portaria 728/2006, de 24 de Julho: regimes especiais de comparticipação dos funcionários públicos (ADSE)

Taxas moderadoras - A isenção do pagamento de taxas moderadoras é aplicada a qualquer pessoa com cancro. Para requerer isenção das taxas moderadoras, terá que assegurar uma das seguintes condições: Apresentar a declaração do seu médico de família; Apresentar a declaração de um Hospital do Serviço Nacional de Saúde (hospital público); Apresentar a letra “T” no seu “Cartão de Utente” – assunto tratado no seu Centro de Saúde. Informação adicional: Decreto-Lei 173/2003, de 1 de Agosto: taxas moderadoras.

Descontos no IRS - Se for portador de, pelo menos, 60% de incapacidade (o que pode acontecer em diversos tipos de cancro), terá os seguintes direitos: Possibilidade de deduzir na totalidade as despesas de educação e reabilitação, bem como prémios de seguro, desde que seja o primeiro beneficiário. Tal é aplicável aos descendentes, desde que deficientes; Isenção de tributação em 50% dos rendimentos das categorias A e B do cônjuge casado e não separado judicialmente por pessoas e bens. Para ter acesso a estes direitos, deverá apresentar o “Atestado de Incapacidade Multiusos” (AIM). Poderá solicitar ao seu

médico hospitalar ou ao médico de família uma declaração de doença para, posteriormente, o AIM ser solicitado ao Delegado de Saúde da sua área de residência – saiba mais informação no seu Centro de Saúde.

Informação adicional - Decreto-Lei 215/89, de 1 de Julho: estatuto dos benefícios fiscais; Decreto-Lei 198/2001, de 3 de Julho: código do IRS; Decreto-Lei 202/96, de 23 de Outubro (com a redação do Decreto-Lei 174/97, de 19 de Julho): atestado de incapacidade multiusos.

IV. Em Conclusão

A enfermagem comunitária assenta essencialmente sobre os conhecimentos e técnicas científicas, destinadas à promoção, restauração e preservação da saúde de uma comunidade. Ela serve a comunidade por meio de atividades que conduzem à utilização dos recursos individuais e coletivos existentes e dos potenciais para a solução de problemas prioritários.

Embora os programas de rastreio sejam de aplicação populacional assiste-se a uma tendência cada vez maior para a valorização da prestação de informação detalhada e adequada acerca dos seus benefícios e limitações ao indivíduo integrando as suas crenças, opiniões e preferências como aspetos vitais na decisão de quando e como rastrear. Apesar de algumas incertezas quanto a alguns parâmetros do rastreio do carcinoma colo-rectal, cancro da mama e cancro do colo do útero, o benefício da instituição de programas generalizados é inequívoco. A eficiência dos cuidados de saúde não depende apenas de mais e melhores conhecimentos. A capacidade de articular eficazmente saber e práticas clínicas é uma condição determinante para a qualidade dos cuidados. Neste sentido, as “guidelines” podem constituir um instrumento essencial na ligação entre a evidência científica e as normas de boa prática.

Procurando melhorar a qualidade, a equidade e até a sustentabilidade dos cuidados de saúde, vários países têm promovido o desenvolvimento de “guidelines” de decisão clínica. Estes programas têm dado lugar a projetos nacionais e internacionais, de que são exemplo a *National Guideline Clearinghouse*, o *National Institute for Clinical Excellence*, a *National Library of Guidelines*, a *Agence Nationale de l'Accréditation et d'Évaluation en Santé* e *The Cochrane Collaboration*.

Na área mais específica da oncologia também se tem notado o progressivo desenvolvimento de linhas de orien-

tação clínica em vários países e instituições, tais como as produzidas pela *National Comprehensive Cancer Network* ou pela *European Society of Medical Oncology*.

Salienta-se ainda algumas recomendações mencionadas pela DGS, sobre as doenças oncológicas em números de 2013: Investir na promoção de estilos de vida saudável e na prevenção primária, com eliminação progressiva dos fatores de risco conhecidos mais importantes como é o caso do tabagismo; O investimento na realização de rastreios de base populacional deve constituir uma prioridade, sendo de realçar a necessidade de continuar a avaliar os impactos do rastreio do cancro da mama feminina e implementar um sistema eficaz e consequente de rastreio do cancro colo-rectal. As assimetrias regionais devem ser rapidamente eliminadas; Promover a partilha de cuidados e modelos de colaboração entre instituições, promovendo afiliações onde se afigurar necessário; Desenvolver estudos de sobrevivência que permitam identificar assimetrias regionais e suas causas, para reduzir o gradiente entre instituições e regiões.

Assim, atualmente tem sido reconhecido que as intervenções de enfermagem deverão ser parte integrante dos cuidados médicos prestados ao cliente oncológico para que possa lidar melhor com a doença e seus tratamentos e segundo as nossas diretrizes da especialidade (DN,2014), elas devem promover uma melhor adesão terapêutica; prevenir a perturbação psicológica e dificuldades no funcionamento familiar; alargar, ativar e reforçar potenciais redes de apoio informal, diminuindo sentimentos de isolamento, desamparo e abandono; clarificar perceções e informações erróneas, promovendo o conhecimento acerca da doença e seus tratamentos, aumentando a sua literacia; capacitar o cliente a perceção do controlo sobre a doença; reduzir os efeitos físicos colaterais da doença e dos tratamentos; melhorar os parâmetros médicos (funcionamento imunológico), trazendo benefícios ao nível do curso da doença, recorrência e sobrevivência; promover o bem-estar emocional dos familiares; facilitar a comunicação entre o doente e os profissionais de saúde.

Torna-se assim essencial, como enfermeira especialista em saúde comunitária investir nos três níveis de prevenção atuando na primária com eliminação de fatores de risco que aumentem a sua incidência; secundária aplicada ao diagnóstico e tratamento e terciária investindo no tempo de sobrevida e tornando o cidadão útil á sociedade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abreu, W. C. (2011). Transições e Contextos Multiculturais. (Formasau, Ed.) Sinais Vitais, p. 156.
2. Ades, T., & Greene, P. (1991). American Cancer Society. Principles of Oncology Nursing.
3. Atlanta, GEO. Obtido em Novembro de 2014, de Principles of Oncology Nursing.
4. Alves, M. A. (Março/Abril de 2004). Etapas da Metodologia de Projetos. III série da Revista Bimestral - O Professor, pp. 30-37.
5. Assunção, G. P., & Fernandes, R. A. (2010). Humanização ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise de literatura sobre a atuação do profissional de saúde.
6. Serviço Social em Revista, 12. (Londrina, Ed.) Portugal. Obtido em Outubro de 2014, de <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/7543>
7. Bond, S. (1978). Processes of communication about cancer in radiotherapy. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Edimburgo.
8. Cahon, M. C. (1982). Enfermagem Oncológica (40104/3386 ed.). (P. E. América, Ed.) Mira - Sintra: Nem Martins.
9. Caramago, T., & Souza, I. (Setembro - Outubro de 2003). Atenção à mulher mastetomizada: discutindo os aspetos ónticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital de Cancer III. Revista Latino Americana de Enfermagem, p. 11. cancer. (2004). Obtido em Novembro de 2014 de [http://www.cancer.net/site/Conferência deAlmaAta. \(1978\). Obtido de http://cnds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf](http://www.cancer.net/site/Conferência deAlmaAta. (1978). Obtido de http://cnds2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf)
10. Figueiredo, M. H. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar. p. 183.
11. Guimarães, H., & Barros, A. (Junho de 2001). Classificação das intervenções de enfermagem. Revista Esc. Enf. , 35(2ª.). USP, São Paulo, Brasil.
12. Hesbeen, W. (2000). Cuidar no Hospital. Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar, 201. (Lusociência, Ed.) Camarate.
13. Hesbeen, W. (2004). Cuidar neste mundo: Contribuir para um universo mais cuidador, 296. Loures: Lusociência.
14. Nacional Cancer Institute. (2012). Obtido em Outubro de 2014, de <http://www.cancer.gov>
15. NIC. (2013). Nursing Interventions Classification . Obtido de <http://www.nursing.uiowa.edu/>
16. OE. (2008). Dia Internacional da Família - Enfermeiros e famílias em parceria na construção da saúde para todos. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt
17. OMS. (2002). Obtido em Outubro de 2014, de Organização Mundial de Saúde: www.who.int/
18. OMS. (2012). Organização Mundial de Saúde - Cancer. Obtido de OMS: [http://www.who.int/topics/cancer/es/Oncológicas,P.N.\(2012\).DireçãoGeraisdaSaúde.Obtido de www.dgs.pt/.../programas-nacionais-prioritarios-doencas-oncologicas-pdf](http://www.who.int/topics/cancer/es/Oncológicas,P.N.(2012).DireçãoGeraisdaSaúde.Obtido de www.dgs.pt/.../programas-nacionais-prioritarios-doencas-oncologicas-pdf)
19. ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2003). Conselho de enfermagem. Competências de enfermeiros de cuidados gerais. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.
20. Otto, S. E. (2000). Enfermagem em oncologia. Loures: Edições Lusociência. Obtido de ISBN 972-8383-12-6
21. Petronilho, F. A. (2007). Preparação do regresso a casa. Formasau, p. 195.
22. PNS. (2012-2016). Obtido em Outubro de 2014, de Plano Nacional de Saúde: <http://www.pns.dgs.pt>
23. Popim, R., & Boemer, M. (Setembro-Outubro de 2005). Cuidar em oncologia na perspectiva de . Alfred Schutz. Revista Latino Americana de Enfermagem, p. 13.
24. PRS. (2012). Plano Regional de Saúde da Madeira. Obtido de <http://sras.gov-madeira.pt/>
25. Waldow, V. R. (2006). Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem. p. 181.



innohep[®]
tinzaparina de sódio

Tratamento prolongado de tromboembolismo venoso sintomático e prevenção de recidivas em doentes com cancro ativo.

Nome do medicamento Innohep 2500 UI Anti-Xa/0,25 ml solução injetável. Innohep 3500 UI Anti-Xa/0,35 ml solução injetável. Innohep 4500 UI Anti-Xa/0,45 ml solução injetável. **Composição qualitativa e quantitativa** Cada ml de solução injetável contém 10.000 UI Anti-Xa de tinzaparina sódica. Excipiente com efeito conhecido: Sódio - sob a forma de acetato de sódio e hidróxido de sódio (para ajuste do pH). **Forma farmacéutica** Solução injetável. **Indicações terapêuticas** Profilaxia de tromboflebite profunda e de complicações tromboembólicas. Prevenção da formação de coágulos na circulação extracorpórea durante a hemodiálise. **Posologia e modo de administração** Profilaxia de trombose em doentes com risco moderado de trombose (cirurgia geral): No dia da intervenção, 3.500 unidades anti-Xa por via subcutânea duas horas antes da cirurgia, e subsequentemente 3.500 unidades anti-Xa uma vez por dia durante 7-10 dias. Profilaxia de trombose em doentes com risco elevado de trombose (por exemplo, substituição da anca): No dia da intervenção cirúrgica, 50 unidades anti-Xa por kg de peso corporal por via subcutânea duas horas antes da operação, e subsequentemente 50 unidades anti-Xa por kg de peso corporal por via subcutânea uma vez por dia durante 7-10 dias ou, em alternativa, 4.500 UI anti-Xa por via subcutânea 12 horas antes da intervenção cirúrgica e subsequentemente 4.500 UI anti-Xa uma vez por dia. Hemodiálise: Innohep é administrado na forma de bolus no ramo arterial do dialisador (ou por via intravenosa) no início de cada sessão de diálise. A otimização da dose é estabelecida tomando em consideração por exemplo as características do doente e as condições técnicas da diálise. Dose inicial recomendada na hemodiálise: Recomenda-se um bolus de 4.500 unidades anti-Xa. Otimização da dose: Em caso de anticoagulação insuficiente (formação de coágulos na câmara de diálise), poder-se-á aumentar o bolus em 500 unidades anti-Xa nas sessões de diálise seguintes, até que se obtenha a dose satisfatória. Em caso de perda prolongada de sangue no local da cânula poder-se-á diminuir o bolus em 500 unidades anti-Xa nas sessões de diálise seguintes, até que se obtenha uma dose satisfatória. Quando for aplicado o regime de dosagem descrito anteriormente não se deve adicionar nenhum anticoagulante ao soro fisiológico para irrigar o circuito do dialisador. **População pediátrica** A segurança e eficácia do innohep em crianças com idade inferior a 18 anos não foram ainda estabelecidas. **Doentes com insuficiência renal** Se se suspeitar de insuficiência renal, deverá avaliar-se a função renal através da fórmula que tem por base a creatinina sérica para estimar o nível de depuração da creatinina. A evidência disponível demonstra não haver acumulação em doentes com níveis de depuração de creatinina abaixo de 20 ml/minuto. No entanto, é recomendada precaução no tratamento de doentes com insuficiência renal grave (depuração de creatinina < 30 ml/minuto). Para doentes com uma depuração de creatinina abaixo de 20 ml/minuto os dados disponíveis são limitados. **Doentes idosos** Em idosos, o innohep deve ser utilizado nas doses padrão. É recomendada precaução no tratamento de doentes idosos com insuficiência renal. **Modo de administração** Pegar numa dobra de pele sem apertar, entre o polegar e o indicador duma das mãos. Segurar na dobra de pele e com a outra mão introduzir a agulha na vertical, isto é, fazendo um ângulo reto com a pele. Introduzir a agulha devagar. Injetar a dose indicada lentamente apenas subcutaneamente no tecido adiposo da pele. Retirar a agulha após a injeção e soltar a dobra de pele. **Contraindicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer dos excipientes. Existência atual ou história de trombocitopenia imunomediada induzida por heparina (tipo II). Hemorragia ativa maior ou predisposição para hemorragia maior. Hemorragia major define-se como cumprindo qualquer um dos seguintes critérios: ocorre numa área ou órgão crítico (por exemplo: intracranial, intraespinal, intraocular, retroperitoneal, intra-articular ou intramuscular com síndrome compartimental), provoca uma diminuição do nível de hemoglobina de 20 g/L (1,24 mmol/L) ou mais, ou leva à transfusão de duas ou mais unidades de sangue ou eritrócitos. Endocardite séptica. Efeitos indesejáveis frequentes: Anémia (incluindo diminuição de hemoglobina), hemorragia, hematoma, reação no local de injeção (incluindo hematoma no local de injeção, hemorragia, dor, prurido, nódulo, eritema e extravasamento). Pouco frequentes: Trombocitopenia (tipo I) (incluindo diminuição da contagem de plaquetas), hipersensibilidade, contusões, equimoses e púrpura, enzimas hepáticas aumentadas (incluindo aumento das transaminases, ALT, AST e GGT), dermatite (incluindo dermatite alérgica e bulhosa), erupção cutânea, prurido. Raros: Trombocitopenia imunomediada induzida por heparina (tipo II), tromboctose, reação anafilática, hipercalemia, erupção tóxica da pele (incluindo síndrome de Stevens-Johnson), necrose da pele, angioedema, urticária, osteoporose (relacionada com tratamentos prolongados), priapismo. **None do medicamento** innohep 20.000 UI anti-Xa/mL solução injetável, seringas pré-cheias. **Composição qualitativa e quantitativa** Tinzaparina sódica 20.000 UI anti-Xa/mL. Excipientes com efeito conhecido: Metabisulfito de sódio (1,83 mg/mL) e sódio (no total < 23 mg/dose). **Forma farmacéutica** Solução injetável, seringas pré-cheias. Seringas de 1 ml contendo um líquido incolor ou com ligeira coloração, isento de turvação e de substâncias que se depositem. **Indicações terapêuticas** Tratamento de tromboembolismos e doenças tromboembólicas, incluindo trombose venosa profunda e êmbolos pulmonares. Tratamento prolongado de tromboembolismo venoso sintomático e prevenção de recidivas em doentes com cancro ativo. Nota: O innohep não está indicado no tratamento da embolia pulmonar grave, ou seja, em doentes de alto risco com instabilidade hemodinâmica. **Posologia e modo de administração** **Posologia** **Adultos** Uma dose diária de 175 UI anti-Xa/kg de peso corporal, por via subcutânea. A anticoagulação oral deve ser iniciada no segundo dia do tratamento. Uma dose diária de 175 UI anti-Xa/kg de peso corporal durante um mínimo de seis dias e até ser estabelecido um nível adequado de anticoagulação oral. As diferentes heparinas de baixo peso molecular não são necessariamente equivalentes. Assim, deverão ser seguidas posologias e modos de administração específicos para cada uma delas. **Tratamento prolongado em doentes oncológicos** O tratamento deve consistir numa dose padrão de 175 UI anti-Xa/kg administrada uma vez ao dia por via subcutânea. A duração de tratamento recomendada é de 3 a 6 meses. O tratamento anticoagulante por mais de 6 meses deve ser avaliado tendo em conta o possível benefício para o doente e a progressão da doença oncológica. **População pediátrica** A segurança e eficácia de innohep em crianças com menos de 18 anos de idade não foram ainda estabelecidas. **Doentes com compromisso renal** Se se suspeitar de compromisso renal, deve avaliar-se a função renal usando a fórmula baseada na creatinina sérica, de forma a estimar o nível de depuração da creatinina. A evidência disponível demonstra não haver acumulação em doentes com níveis de depuração de creatinina até 20 ml/minuto. No entanto, recomenda-se precaução no tratamento de doentes com compromisso renal grave (depuração de creatinina < 30 ml/minuto). Estão disponíveis dados limitados em doentes com um nível estimado de depuração de creatinina abaixo de 20 ml/minuto. **Doentes idosos** O innohep deve ser utilizado nos idosos nas doses padrão. Recomenda-se precaução no tratamento de doentes idosos com compromisso renal. **Modo de administração** Os produtos parentéricos devem ser inspecionados visualmente antes de administrados. Não utilizar se observar turvação ou precipitado. O líquido pode tornar-se amarelo por armazenamento, mas permanece utilizável. O innohep 20.000 UI anti-Xa/mL, seringas pré-cheias tem uma graduação de 0,05 mL, tornando possível a escolha da dose mais adequada para o doente individual, dependendo do seu peso corporal. De forma a alcançar a posologia correta para o doente individual, o excesso de volume é retirado antes da injeção subcutânea mantendo a seringa na posição vertical. **Contraindicações** Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. História clínica ou atual de trombocitopenia imunomediada induzida por heparina (tipo II). Hemorragia grave ativa ou condições predisponentes a hemorragia grave. Hemorragia grave é definida como preenchendo qualquer um dos três critérios seguintes: ocorre numa área ou órgão crítico (p. ex. intracraniana, intraespinal, intraocular, retroperitoneal, intra-articular ou pericardial, intrauterina ou intramuscular com síndrome compartimental), causa uma diminuição do nível de hemoglobina de 20 g/L (1,24 mmol/L) ou mais, ou leva a uma transfusão de duas ou mais unidades de sangue ou glóbulos vermelhos. Endocardite séptica. As doses de tratamento de innohep (175 UI/kg) estão contraindicadas em doentes a quem é administrada anestesia neuraxial. Se estiver planeada uma anestesia neuraxial, innohep deve ser interrompido pelo menos 24 horas antes do procedimento e não deve ser retomado até passarem 4-6 horas de uma anestesia espinal ou após remoção de cateter. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados para sinais e sintomas de lesões neurológicas. Efeitos indesejáveis frequentes: Anémia (incluindo diminuição de hemoglobina), hemorragia, hematoma, reação no local de injeção (incluindo hematoma no local de injeção, hemorragia, dor, prurido, nódulo, eritema e extravasamento). Pouco frequentes: Trombocitopenia (tipo I) (incluindo diminuição da contagem de plaquetas), hipersensibilidade, contusões, equimoses e púrpura, enzimas hepáticas aumentadas (incluindo aumento das transaminases, ALT, AST e GGT), dermatite (incluindo dermatite alérgica e bulhosa), erupção cutânea, prurido. Raros: Trombocitopenia imunomediada induzida por heparina (tipo II), tromboctose, reação anafilática, hipercalemia, erupção tóxica da pele (incluindo síndrome de Stevens-Johnson), necrose da pele, angioedema, urticária, osteoporose (relacionada com tratamentos prolongados), priapismo. **Titular da Autorização de Introdução no Mercado** LEO Pharma A/S. **Data da revisão do texto** 07/2014. Medicamento sujeito a receita médica. Participado no escalão B (69%). Para mais informações deverá contactar o representante do titular da autorização de introdução no mercado LEO Farmacéuticos, Lda. 217-110760.

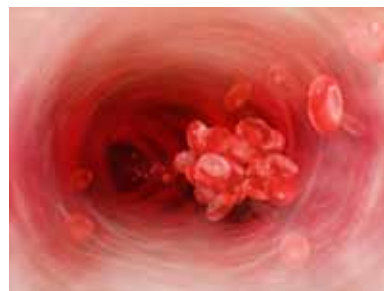
LEO Farmacéuticos, Lda Torre Colombo Ocidente Av Galileu Galilei, 2-6º Piso, Fração B - 1500-392 Lisboa - Portugal. Tel. +351 21 711 0760. Fax +351 21 711 0761. www.leo-pharma.pt. Cont. nº 503932680. Cap. Soc. € 625.991,36. Mat. Cons. Reg. Com. Lisboa nº 7273

LEO[®]



CANCRO E TROMBOSE

Resumo da conferência da 8.ª Reunião da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa



No passado dia 22 de Maio, em Monte Real, por ocasião da 8.ª Reunião da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) foi discutida a problemática do cancro e trombose.

Sabe-se hoje em dia que os doentes com cancro apresentam um risco elevado de desenvolvimento de tromboembolismo venoso (TEV), que é significativo nos primeiros meses após o diagnóstico da neoplasia e se agrava com a realização do tratamento dirigido à doença oncológica e em fases mais avançadas do cancro.

Este risco varia ainda com o tipo histológico da doença oncológica: a título de exemplo doentes com cancro do pâncreas apresentam cerca de 5 vezes maior risco de desenvolvimento de TEV que a população em geral, enquanto esse risco é de “apenas” 2 vezes nos casos de cancro da mama.

Na sessão foi referido o trabalho do Grupo de Estudos de Cancro e Trombose (GESCAT) que recentemente apresentou as recomendações nacionais para o diagnóstico e tratamento do TEV nos doentes oncológicos.

As recomendações deste Grupo, que coincidem com as principais recomendações europeias e internacionais, referem que o TEV deverá ser tratado com recurso a heparina de baixo peso molecular (HBPM), durante um período prolongado de tempo, ou seja por um período mínimo de 3 meses a 6 meses. A necessidade do tratamento do TEV durante vários meses é uma especificidade do doente oncológico e ocorre devido à persistência de elevado risco de recorrência de trombose por um período prolongado

de tempo. As HBPM formalmente aprovadas para o tratamento prolongado do TEV no doente oncológico são a tinzaparina e dalteparina.

Foi ainda abordada a questão dos novos anticoagulantes orais, também chamados anticoagulantes diretos, no tratamento do TEV nos doentes oncológicos. Na atualidade não existe evidência científica que permita recomendar a utilização destes agentes em detrimento das HBPM, desde logo porque não há uma comparação direta entre estes agentes e as HBPM. Os dados disponíveis dizem respeito principalmente à avaliação do perfil de segurança destes novos agentes versus antagonistas de vitamina K. Sabe-se contudo que as HBPM apresentam uma vantagem clara de eficácia e de segurança versus antagonista da vitamina K nos doentes oncológicos e portanto estes novos agentes terão que provar a sua mais-valia versus HBPM, algo que até ao momento ainda não ocorreu.

Em conclusão, não esquecer que o TEV constitui a segunda causa de morte nos doentes oncológicos, logo após o próprio cancro, e a primeira causa de morte em doentes sob quimioterapia, pelo que é mandatário diagnosticar adequadamente e tratar de acordo com as recomendações nacionais e internacionais, ou seja tratar com HBPM diária durante um período mínimo de 3 a 6 meses.

AEOP 9: Maio 2016



Estamos a planear a próxima Reunião Nacional, a decorrer em 2016, no Hotel dos Templários, em Tomar, na última Sexta-Feira e Sábado de Maio. Contamos com um excelente programa científico que responda aos novos desenvolvimentos científicos na Oncologia. Ficam aqui alguns *timings* definidos, sendo que iremos ter um importante espaço de apresentação de trabalhos.

Programa Provisório - Dezembro 2015; Regulamento de Abstracts - 02 Janeiro 2016; Abertura da Submissão de Abstracts - 15 Janeiro 2016.

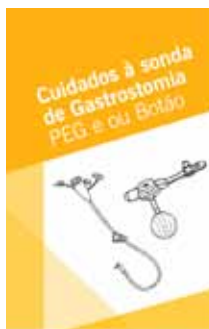
Contamos consigo. Programe na sua agenda: 27 e 28 Maio, todos em Tomar!!

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO “QUANTOS SOMOS?”

Resultados do estudo apresentados na Reunião Nacional de Maio 2015. Finalmente conseguimos identificar os números de enfermeiros oncologistas que trabalham em Portugal, por hospitais públicos e privados. Este “retrato” permite a AEOP desenvolver atividades e intervenções dirigidas a este grupo profissional com melhor qualidade. Concluímos também que os nossos membros já representam 40% dos enfermeiros oncologistas o que nos permite concluir da importância e da representatividade que temos na oncologia nacional.

Poderá ter acesso ao relatório final na Área Privada do site da AEOP.

LANÇAMENTO DO DOCUMENTO: Como utilizar PEG



Muitos dos nossos doentes com doença e cirurgia oncológica necessitam de utilizar a PEG como única forma de se alimentar. Muitos problemas se levantam para eles e para os próprios profissionais que lidam diretamente com eles. A AEOP discutiu e chegou a um documento de consenso com informação relevante.

Durante o 11.º Congresso Nacional Cancro Digestivo, que decorreu no Algarve no passado mês de Outubro, lançamos mais um documento educacional dirigido a doentes e a profissionais. Trata-se de um folheto de orientação e informação do doente portador de Sonda de Gastrostomia.

Este documento explica como fazer a manutenção da Sonda e cuidados a ter em caso de complicações. Pode ser utilizado pelos profissionais como forma de contacto com o doente.

PROGRAMA EDUCACIONAL CANCRO PULMÃO



As terapêuticas orais na Oncologia trouxeram novas formas de intervenção dos enfermeiros junto destes doentes, com enfoque principal na Educação destes para minimizar ou eliminar as toxicidades destas terapêuticas.

Com o avanço do conhecimento das mutações genéticas do tumor pulmonar, começamos a ter novas terapêuticas dirigidas a cada mutação encontrada.

Afatinib está indicado, em monoterapia, para o tratamento de doentes adultos sem exposição prévia a TKI do Recetor do Fator de Crescimento da Epiderme (EGFR) com cancro do pulmão de não pequenas células (CPCNP) localmente avançado ou metastático com mutação (ões) ativadora(s) do EGFR.

Vargatef é um inibidor da angiokinaase que inibe os fatores de crescimento endotelial vascular (VEGFR) e os fatores de crescimento recetores derivados de plaquetas (PDGFR) e vias de sinalização dos fibroblastos (FGFR). Estes três receptores diferentes angiokinaase desempenham um papel importante na angiogénese, no crescimento tumoral e metastização.

Novas terapêuticas trazem novas toxicidades. Uma boa gestão dos efeitos adversos faz toda a diferença.

AEOP vai implementar um programa Educacional para Enfermeiros que lidam com estes doentes com Cancro do Pulmão e tem os seguintes objectivos;

1. Formação na área das novas terapêuticas Afatinib e Vargatef
2. Definição e discussão de estratégias educacionais de gestão toxicidades
3. Validação e organização de documentos educacionais para doentes submetidos a estas terapêuticas

Com o apoio da Boeringher Ingelheim, estão programadas 3 sessões a nível nacional:

- .29 Outubro, Porto
- .5 Dezembro, Coimbra
- .Janeiro, Lisboa

No passado dia 29 decorreu o primeiro Task Force com 15 colegas do Norte que diretamente trabalham com estes doentes, cujas discussões e conclusões foram de grande interesse para o projeto. A segunda Reunião decorre em Coimbra já em Dezembro. Mais informações serão disponibilizadas conforma a implementação do Projeto.

SPH 2015

12 a 15 Novembro



Decorreu em 12 a 14 Novembro no Eurostar Oasis Hotel na Figueira Foz, a Reunião Nacional da SPH.

AEOP esteve mais uma vez presente como parceiro científico nesta Reunião com o Programa de enfermagem cuja comissão científica e organizadora esteve centrada no serviço de Hematologia dos HUC. Pela avaliação dos presentes, a reunião correu com grande interesse e participação, com um programa de boa científica.

Para 2016, está definido que a SPH terá como comissão científica o serviço de Hematologia do Hospital S. João Porto.

Dos trabalhos apresentados, os vencedores dos 2 primeiros prémios:

1. Prevenção de complicações associadas à imobilidade na pessoa com

doença Hemato-Oncológica; Hospital Santa Maria.

2. Enfermeiro de referência em Hospital Dia; Hospital S. Francisco Xavier

Entramos na fase de planeamento da SPH 2016.

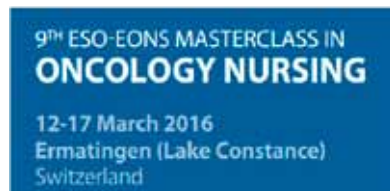
AEOP ESTABELECE PARCERIA COM A UICC



UICC é uma organização lider mundial que agrega 875 membros de 155 países. As suas atividades centram-se na Declaração Mundial do Cancro que estabelece 9 metas na redução do cancro até 2025.

AEOP estabelece parceria com esta importante Organização, passando a ser em Portugal um dos seus membros, com possibilidades de aderir às múltiplas atividades de promoção da doença Oncológica a nível mundial, com impacto nos profissionais e no cidadão.

9º MASTERCLASS EM ONCOLOGIA, DATA LIMITE DE INSCRIÇÃO A 1 DEZEMBRO



Decorre na Suiça, em Março 2016, o 9.º Masterclass em Enfermagem Oncológica.

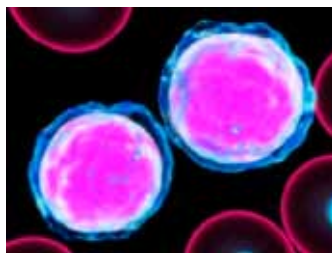
As inscrições terminam a 1 Dezembro e poderá fazê-lo aqui.

Inscrição e estadia gratuita desde que sejam membros das Associações Locais. Regulamento e pormenores podem ser visualizados em www.aeop.net.

Este é um espaço dedicado à divulgação de notícias recentes de interesse científico. As mesmas podem ser encontradas também na página web da AEOP, em <http://www.aeop.net>

ONCOLOGIA GERAL

FÁRMACO CONTRA LEUCEMIA MELHORA SINTOMAS DE DOENÇA DE PARKINSON



Um fármaco para a leucemia melhorou a cognição, as capacidades motoras e a função não motora de pacientes com doença de Parkinson e demência de corpos de Lewy num pequeno ensaio clínico de fase I, dá conta um estudo apresentado na reunião anual da Sociedade de Neurociência.

“Este estudo mostra pela, primeira vez, que uma terapia parece reverter, num grau maior ou menor, dependendo do estadio da doença, o declínio cognitivo e motor em pacientes com doenças neurodegenerativas. Contudo, é importante realizar estudos de maiores dimensões e mais completos antes de determinar o real impacto do fármaco”, revelou, em comunicado de imprensa, um dos autores do estudo, Fernando Pagan.

Os investigadores da Universidade de Georgetown, nos EUA, concluíram que, após seis meses de estudo, a administração diária do fármaco nilotinib, em doses que variaram entre os 150 e os 300 mg, foi benéfica em 11 dos 12 pacientes que participaram no ensaio. Dez pacientes revelaram ter melhorias significativas.

Os pacientes também apresentaram alterações positivas em biomarcadores da doença de Parkinson no líquido cefalorraquidiano, como a alfa-sinucleína (a-sinucleína), a beta amiloide -40/42 (Abeta-40/42) e a dopamina, com alterações estatisticamente significativas nas proteínas Tau total e p-Tau. Estudos anteriores demonstraram que alfa-sinucleína e Abeta 40/42 no CSF diminuem à medida que a doença de Parkinson se agrava, enquanto a Tau e p-Tau aumentam com o aparecimento de demência.

“As alterações na Tau, p-Tau, a-sinucleína e Abeta-40 e 42 no líquido cefalorraquidiano sugerem que houve uma eliminação das proteínas tóxicas no cérebro”, explica o investigador.

Contudo, os investigadores chamam a atenção para o facto de os resultados deverem ser interpretados com alguma cautela, uma vez que não houve grupo de controlo.

Ainda assim os investigadores referem que o principal objetivo do estudo foi testar a segurança do fármaco. A toma de nilotinib, em doses bem mais pequenas do que aquelas utilizadas no tratamento do cancro, foi bem tolerada sem quaisquer efeitos secundários graves.

Adicionalmente, verificou-se que o fármaco penetrava na barreira sangue-cérebro em quantidades maiores do que os fármacos dopaminérgicos.

Contudo, a eficácia observada na cognição, na coordenação motora e na melhoria da função não-motora, como prisão de ventre, foi para muitos pacientes o resultado mais impressionante. Um dos pacientes que estava confinado a uma cadeira de rodas foi capaz de andar novamente, três indivíduos que não conseguiam falar foram capazes de manter conversas.

“Os participantes no estado inicial da doença responderam melhor,

assim como aqueles diagnosticados com demência de Lewy, muitas vezes descrita como uma combinação da doença de Parkinson e Alzheimer”, conclui Fernando Pagan.

FONTE: ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.
ESTUDO DA UNIVERSIDADE DE GEORGETOWN. 22/10/2015

NOVO MEIO DE DIAGNÓSTICO DO CANCRO SUBMETIDO A PEDIDO DE PATENTE

Investigadores do Instituto de Ciências Nucleares Aplicadas à Saúde (ICNAS) desenvolveram um novo meio de diagnóstico do cancro que vai ser submetido a pedido de patente internacional, refere a Universidade de Coimbra (UC).

O ICNAS da UC e a multinacional norte-americana Ion Beam Applications (IBA) – “líder mundial no fabrico de ciclotrões” – acabam de “submeter conjuntamente o pedido de patente internacional para um novo processo de produção de Gálio-68”, refere a Universidade, numa nota à qual a agência Lusa teve acesso.

O novo processo de produção de Gálio-68, que é um “isótopo fundamental no diagnóstico do cancro”, garante “maior rendimento e tem um custo dez vezes inferior” ao método adotado atualmente.

A invenção é dos investigadores do ICNAS Antero Abrunhosa, Francisco Alves e Vítor Alves, que, “ao longo dos últimos dois anos, desenvolveram um processo inovador de produção de isótopos para marcação de moléculas utilizadas em tomografia de emissão de positrões (PET), essenciais para o diagnóstico e estadiamento de doenças oncológicas”, diz a UC.

O método desenvolvido tem impacto significativo na realização de exames de PET para o diagnóstico de cancro porque “garante maior rendimento e tem um custo dez vezes inferior ao atual, tornando

assim o exame acessível a um maior número de doentes e promovendo o uso generalizado deste tipo de exame para o diagnóstico de tumores”, referem os investigadores.

“Esta redução de custos terá também, sem dúvida, um impacto positivo no sistema nacional de saúde”, pois o “método disponível no mercado é complexo e dispendioso”, salientam Antero Abrunhosa, Francisco Alves e Vítor Alves.

Os três especialistas destacam ainda a importância da transferência de tecnologia da Universidade para as empresas, com benefícios sociais e económicos, porque “a IBA vai comercializar em todo o mundo as soluções criadas a partir desta patente”.

A solução desenvolvida no ICNAS terá “uma escala global”, acreditam os investigadores.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 22/10/2015

O EFEITO BENÉFICO DAS TERAPIAS EPIGENÉTICAS CONJUNTAMENTE COM A IMUNOTERAPIA

As terapias epigenéticas fornecem benefícios clínicos adicionais aos pacientes oncológicos quando combinadas racionalmente com a imunoterapia, dá conta um estudo de revisão publicado na revista “Clinical Cancer Research”.

O termo “epigenética” refere-se ao estudo das alterações celulares na expressão genética que são hereditariamente transmitidas durante a replicação celular. As modificações epigenéticas não envolvem alterações estruturais da sequência do ADN, como no caso das mutações genéticas. Estas são “modificações químicas que ocorrem na estrutura do ADN em locais específicos que conduzem à ‘hipermetilação’ ou ‘hipometilação’ de elementos específicos do ADN que regulam a expressão de genes”, explicou um dos autores do estudo, Michele Maio.

O cancro foi a primeira doença humana em que as modificações epigenéticas demonstraram desempenhar um papel importante no desenvolvimento e progressão da doença.

Os investigadores do Instituto Toscano Tumori, em Siena, Itália, demonstraram recentemente que as alterações epigenéticas desempenham um papel importante na diminuição ou eliminação da expressão de determinadas moléculas encontradas na superfície das células. Estas moléculas têm uma ação fundamental no reconhecimento e eliminação das células cancerígenas pelo sistema imunitário. Como resultado, as células cancerígenas tornam-se invisíveis para o sistema imunitário, ficando este incapaz de eliminá-las do organismo.

Com base nos estudos realizados até à data, os investigadores esperam que os fármacos epigenéticos possam ser eficazmente utilizados para restabelecer a expressão destas moléculas, tornando assim as células cancerígenas visíveis para o sistema imunitário.

Adicionalmente, este tipo de fármacos pode também diminuir ou eliminar tipos específicos de células imunitárias, como as células supressoras derivadas da linhagem mielóide, que estão associadas ao crescimento do tumor.

Estudos realizados em modelos de ratinho demonstraram que a combinação de fármacos epigenéticos, como os inibidores da DNA metiltransferase (DNMTi, sigla em inglês), com anticorpos imunomoduladores aumenta a eficácia terapêutica de cada fármaco isoladamente.

“Tal como o tango, que precisa de dois intervenientes em perfeita sintonia, os melhores resultados com imunoterapias contra o cancro necessitarão de uma perfeita interação entre o sistema imunológico dos pacientes e as células cancerígenas. A luz do seu potencial poder imu-

nomodulador, os fármacos epigenéticos são, aparentemente, os melhores fármacos para fazerem parceria com as imunoterapias emergentes para atingir uma interação perfeita, e muito provavelmente irá proporcionar benefício clínico adicional para pacientes com cancro tratados com fármacos imunoterapêuticos”, conclui Michele Maio.

ESTUDO PUBLICADO NA REVISTA “CLINICAL CANCER RESEARCH”
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 17/09/2015

CÉLULAS DOS VASOS SANGUÍNEOS AJUDAM TUMOR A ESCAPAR AO SISTEMA IMUNITÁRIO

As células dos vasos sanguíneos dos tumores contribuem para um ambiente local que protege as células cancerígenas das células imunitárias capazes de as eliminar. O estudo publicado no “Journal of the National Cancer Institute” pode contribuir para o desenvolvimento de melhores terapias imunes.

As terapias anti-tumorais imunológicas, que fortalecem a capacidade do próprio organismo combater o cancro, têm atraído muita atenção nos últimos anos e alcançado taxas de sucesso interessantes, especialmente no melanoma maligno. No entanto, muitos pacientes ainda não respondem a este tipo de terapias.

No estudo os investigadores do Instituto Karolinska, na Suécia, constataram que os pericitos tumorais, células que fazem parte dos vasos sanguíneos dos tumores, manipulam o ambiente tumoral ajudando as células tumorais a escaparem à vigilância do sistema imunitário.

Os tumores são capazes de escapar ao sistema imunitário através de vários mecanismos, um dos quais envolve o recrutamento de células supressoras derivadas da linhagem mieloide (MDSC, sigla em inglês). As MDSC inibem a capacidade de os

linfócitos T citotóxicos destruírem as células cancerígenas. Estudos anteriores já tinham indicado que a presença de um maior número de MDSC conduz a um pior prognóstico ou resposta do paciente à terapia. Os tumores secretam moléculas sinalizadoras como a interleuquina 6 (IL-6) que ajudam no recrutamento das MDSC. Contudo, até à data, ainda não eram conhecidos os mecanismos responsáveis pela secreção da IL-6.

O estudo apurou que quanto maior o número de pericitos mais “normal” era o ambiente tumoral. Por outro lado, a diminuição do número de pericitos alterava o microambiente, havendo uma maior expressão da IL-6 e um maior número de MDSC. Foi também identificado um subtipo de pacientes com cancro da mama que apresentavam poucos pericitos e um número aumentado de MDSC que estavam associadas a um pior prognóstico e a características mais agressivas do tumor.

“O nosso estudo sugere que o aumento do número de pericitos pode potencialmente diminuir a expressão da IL-6, o que pode melhorar a atividade dos linfócitos T citotóxicos resultando num melhor efeito anti-tumoral”, conclui o líder do estudo, Guillem Genové.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 27/08/2015

CANCRO DO PULMÃO TEM AUMENTADO ENTRE NÃO FUMADORES



O número de casos de cancro do pulmão tem vindo a aumentar entre a população não fumadora, com especial incidência nas mulheres, revela um estudo do Instituto Português de Oncologia (IPO).

De acordo com a notícia da agência Lusa, trata-se do primeiro estudo de âmbito nacional e um dos maiores a nível europeu a caracterizar a população de um país relativamente ao Carcinoma do Pulmão de Não-Pequenas Células (CPNPC) – o tipo mais comum de cancro do pulmão – em não fumadores, onde os dados sobre o cancro do pulmão são escassos.

Sendo cerca de 90% dos casos do cancro do pulmão associados ao tabagismo, tem-se registado, contudo, um crescimento do número de casos deste tipo de cancro em indivíduos não fumadores, revela Cátia Saraiva, do Departamento de Pneumologia do IPO, em declarações à Lusa.

Nesse sentido, a investigadora e a sua equipa realizaram um estudo no IPO de Lisboa a 1.411 doentes com CPNPC com o intuito de identificar diferenças entre os dois tipos de doentes tratados no IPO nos últimos 25 anos.

Foram analisados 504 doentes não fumadores e 907 doentes fumadores a nível de “características clínicas, patológicas, epidemiológicas e a sobrevida destes doentes, no intuito de perceber fatores que pudessem estar relacionados com um melhor prognóstico”, explicou a especialista.

Os resultados da investigação revelaram que o CPNPC em não fumadores é mais frequente em mulheres (54% no grupo dos não fumadores e 9,4% no grupo dos fumadores), o subtipo histológico mais frequente é o adenocarcinoma (69,9% nos não fumadores e 43,6% nos fumadores), as comorbilidades associadas ao tabaco (como o cancro da laringe, a Doença Pulmonar Obstrutiva Cró-

nica ou a doença cardíaca isquémica) são menos frequentes e a sobrevivência é melhor (51 meses nos não fumadores contra 25 meses nos fumadores).

“Isto leva-nos a concluir que o CPNCP em não fumadores é uma entidade clínica diferente, com melhor prognóstico, ou talvez se manifeste de forma diferente em não fumadores”, acrescentou.

Contudo, contrariamente ao expectável, o estudo revelou também que ambos os grupos de doentes continuam a ser diagnosticados no último estágio da doença, pelo que Cátia Saraiva alerta para que tanto profissionais de saúde como população em geral se mantenham alerta para os sintomas do cancro do pulmão, de forma a permitir um diagnóstico mais atempado e com maior benefício para os doentes.

No grupo de não fumadores mais de metade (59%) estavam já no estágio IV quando este foi diagnosticado, o que significa que o cancro se tinha espalhado a outras partes do corpo: diferentes áreas do mesmo pulmão, pulmão oposto, ossos e cérebro.

“Parece plausível que a população de não fumadores portugueses não está ciente dos riscos de cancro de pulmão, mas precisamos de confirmar os nossos resultados através de estudos de base populacional”, refere a investigadora.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A., 15/10/2015

TERAPIA INOVADORA ESTÁ A MOSTRAR-SE EFICAZ

Uma molécula, patenteada pela Universidade de Coimbra (UC) está a revelar a eficácia desejada no tratamento de vários tipos de cancro.

“Vários estudos e experiências realizadas em ratinhos, entre 2011 e 2014, provaram a eficácia da molécula Redaporfin”, descoberta na UC, para o tratamento de diversos tipos de cancro, “através de terapia foto-

dinâmica” (tratamento inovador que “permite eliminar células cancerígenas de forma precisa”), afirma a UC numa nota ao qual a agência Lusa teve acesso.

De acordo com os ensaios realizados, “86% dos ratinhos com tumores diversos que foram tratados com esta tecnologia, seguindo exigentes protocolos de segurança, ficaram curados”. Não foram observados efeitos secundários, como acontece com os tratamentos convencionais, como a quimioterapia.

O estudo, publicado no “European Journal of Cancer”, demonstrou igualmente uma “taxa de reincidência da doença muitíssimo baixa”, revelando a eficácia do fármaco.

Os testes efetuados “previram com rigor quando é que a resposta ao tratamento iria surgir, com que doses e em que circunstâncias seriam obtidos os efeitos terapêuticos no doente”, refere o diretor da química medicinal deste projeto, Luís Arnaut.

As previsões estão a ser “confirmadas nos ensaios clínicos em curso”, acrescenta o investigador.

Esta confirmação é “excecional” porque, “na grande maioria dos estudos, muito do conhecimento adquirido nos testes em animais não é confirmado nos humanos”, mas, “neste caso, foi possível chegar à dose adequada para obter resultado terapêutico nos doentes sem efeitos adversos, como previsto”, explica Luís Arnaut.

Estão a decorrer ensaios com doentes oncológicos em hospitais portugueses até ao final deste ano e os resultados já conhecidos e validados cientificamente “fundamentam a expectativa” de que a terapia fotodinâmica com a molécula Redaporfin se revele “mais eficaz que as terapêuticas convencionais”, admite Luís Arnaut.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 27/07/2015

CANCRO GINECOLÓGICO: SOBREVIVÊNCIA AO CANCRO DO OVÁRIO PODE SER MELHORADA COM TERAPIA GENÉTICA



A utilização de terapia genética que envolve uma proteína que suprime o desenvolvimento dos órgãos reprodutores femininos pode melhorar a sobrevivência das pacientes com cancro do ovário com recidivas após a quimioterapia, sugere um estudo publicado na revista “PNAS Early Edition”.

Durante o desenvolvimento embrionário a substância MIS (do inglês, Mullerian Inhibiting Substance) é segregada nos tecidos embrionários masculinos para impedir a maturação dos ductos müllerianos, que, caso contrário, dariam origem aos órgãos reprodutores femininos.

Estudos anteriores tinham demonstrado que a MIS impedia o crescimento do cancro do ovário, tanto em animais como em linhas celulares humanas, tendo por alvo as células estaminais cancerígenas que sobreviviam à quimioterapia. Contudo, até à data, os métodos de produção da MIS não eram capazes de produzir quantidades suficientes de proteína de elevada qualidade para utilização em testes pré-clínicos.

Neste estudo, os investigadores do Hospital Geral de Massachusetts, nos EUA, utilizaram uma forma modificada do gene MIS combinada com o vetor AAV9, que funcionou como transportador. O MIS/AAV9 foi testado contra células tumorais que foram retiradas do fluido ascítico

que se tinha acumulado no abdómen de vários pacientes com cancro do ovário recorrente.

As experiências iniciais confirmaram que estas células expressavam o recetor da proteína MIS e apresentavam marcadores que indicavam a sua identidade como células estaminais cancerígenas, tendo o seu crescimento sido inibido in vitro com a MIS.

A eficácia da MIS/AAV9 foi testada em ratinhos, nos quais foram implantadas células do cancro do ovário. Verificou-se que o tratamento com MIS/AAV9 três semanas antes da implantação do tumor diminuiu significativamente o crescimento deste. “Os nossos achados são importantes uma vez que atualmente não existem opções terapêuticas para o cancro do ovário recorrente”, concluiu o líder do estudo, David Pepin.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 12/08/2015

CANCRO DIGESTIVO

CANCRO DO PÂNCREAS:

COMBINAÇÃO DE FÁRMACOS

MOSTRA-SE PROMISSORA



Investigadores americanos descobriram que a combinação de dois fármacos é capaz de inibir os tumores e matar as células cancerígenas do pâncreas, dá conta um estudo publicado no “Journal of the National Cancer Institute”.

A descoberta de novos tratamentos contra o cancro do pâncreas é fundamental uma vez que menos de 5% dos pacientes com tumores neuroendócrinos pancreáticos respondem ao

everolimus, o fármaco mais utilizado no tratamento desta doença.

De acordo com o Instituto Nacional do Cancro, nos EUA, os tumores neuroendócrinos são cada vez mais comuns e responsáveis por três a cinco por cento dos tumores malignos do pâncreas e têm uma taxa de sobrevivência de cinco anos de cerca de 42%.

Neste estudo, os investigadores da Universidade da Flórida, nos EUA, descobriram a proteína responsável pelo desenvolvimento de tumores neuroendócrinos pancreáticos. A proteína, conhecida como FAK, ativa a enzima AKT que ajuda os ilhéus de Langerhans no pâncreas a sobreviverem. Contudo, descobriu-se que quando este tipo de células se transformam em tumores, há um excesso de produção da proteína FAK. A presença desta proteína em quantidades excessivas permite que o tumor resista à quimioterapia.

Após terem identificado o papel da FAK no desenvolvimento do tumor, os investigadores começaram a procurar fármacos capazes de aumentar a eficácia do everolimus. Entre as substâncias testadas foi identificado um composto sintético, o PF-04554787, que inibiu o crescimento de três linhas celulares pancreáticas humanas cinco dias após o tratamento e induziu a morte das células pancreáticas.

A eficácia do PF-04554787 foi posteriormente testada em células pancreáticas humanas implantadas em modelos animais. Verificou-se que a administração de doses diárias deste composto reduziu o volume do tumor em 50%, após 25 dias.

O estudo apurou ainda que a combinação deste composto com o everolimus matou as células cancerígenas do pâncreas mais eficazmente que o everolimus isoladamente. Em testes realizados em duas linhas celulares de ratinho, verificou-se que a combinação

dos dois fármacos reduziu a viabilidade das células cancerígenas em cerca de 50%, comparativamente com o everolimus isoladamente.

“Isto é importante uma vez que nos estamos a focar no everolimus, um fármaco já aprovado, não tóxico e já administrado aos pacientes. Qualquer coisa que possamos fazer para aumentar a sua eficácia é um grande avanço”, Rony A. França.

Estes achados podem ser também relevantes para a utilização noutros tipos de tumores sólidos, incluindo cancro de pulmão e ovários, uma vez que estão envolvidas a mesma proteína e enzima.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A.
ESTUDO PUBLICADO NO “JOURNAL OF THE NATIONAL CANCER INSTITUTE”. 25/10/2015

IDENTIFICADOS GENES

ASSOCIADOS AO AUMENTO DE

SOBREVIVÊNCIA NO CANCRO DO

PÂNCREAS

Investigadores americanos descobriram um conjunto de genes que podem indicar sobrevivência aumentada dos pacientes com cancro do pâncreas após cirurgia. O estudo publicado na revista “Nature Communications” também revelou que a deteção de ADN tumoral em circulação no sangue pode funcionar como um indicador precoce da recidiva do tumor.

Através da análise de regiões de ADN que codificam para proteínas em 24 tumores e da análise genómica direcionada de outros 77 tumores, os investigadores do Instituto de Investigação TGen, nos EUA, e de outros institutos de investigação identificaram mutações nos genes que regulam a cromatina MLL, MLL2, MLL3 e ARID1A em 20% dos pacientes e que estão associadas a uma melhoria da sobrevivência.

Com recurso a biopsias líquidas, os investigadores também constaram que 43% dos pacientes com cancro

do pâncreas tinham ADN tumoral em circulação (ctDNA, sigla em inglês) na corrente sanguínea na altura do diagnóstico.

O estudo apurou ainda que a deteção de ctDNA após cirurgia previa a recidiva do cancro e resultados pouco animadores para os pacientes. A utilização de biopsia líquida foi capaz de detetar a recidiva do cancro 6,5 meses mais cedo do que a utilização de tomografias computadorizadas.

“Estas observações fornecem formas de prever os resultados de pacientes com cancro de pâncreas e têm implicações para a deteção da recorrência do tumor, e talvez um dia para a deteção precoce do cancro”, revelou, em comunicado de imprensa, um dos autores do estudo, Daniel D. Von Hoff.

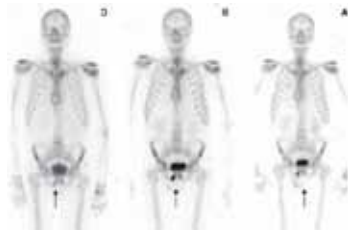
Os cancros pancreáticos analisados eram tumores de estadió II de pacientes submetidos a cirurgia com possibilidade de cura. Apenas 15 a 20% dos pacientes são candidatos à resseção do tumor, isto porque este tipo de cancro é difícil de detetar e geralmente apenas é diagnosticado nos estadios finais, quando a cirurgia já não é uma opção. A taxa de sobrevivência de cinco anos para aqueles diagnosticados com cancro de pâncreas é menos de dez por cento.

O estudo descobriu que um número significativo de cancros de pâncreas em estadió inicial podem ser diagnosticados de forma não invasiva através de biopsia líquida ao sangue, que se foca em algumas alterações genéticas específicas.

“Identificámos genes MML que funcionam como marcadores de um melhor prognóstico para pacientes com cancro do pâncreas. Demonstrámos também que o ctDNA presente no sangue dos pacientes com cancro pancreático pode fornecer um marcador de deteção precoce de recorrência da doença”, conclui o investigador.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 25/08/2015

CANCRO MAMA IDENTIFICADO GENE ENVOLVIDO NAS METÁSTASES ÓSSEAS



Investigadores espanhóis identificaram o gene que permite que as células cancerígenas da mama invadam os ossos e criem novos tumores, dá conta um estudo publicado no “Journal of National Cancer Institute”.

As metástases ósseas são o único tipo de metástases que podem ser controladas, mas não curadas através de fármacos. O tratamento apenas é administrado quando a metástase é identificada, o que habitualmente é demasiado tarde.

Estudos preliminares indicaram que os mesmos fármacos utilizados para tratar as metástases também podem preveni-las. Assim, é muito importante identificar os pacientes que estão em risco de desenvolver metástases ósseas.

Os tratamentos preventivos para as metástases ósseas, além de muito dispendiosos, podem ter efeitos secundários indesejáveis, o que faz com que a administração de vários fármacos seja uma opção inviável.

Neste estudo, os investigadores do Instituto de Investigação em Biomedicina, em Barcelona, Espanha, encontraram uma forma de diferenciar os pacientes que estão em risco de desenvolver este tipo de metástases e que poderão beneficiar deste tipo de tratamentos preventivos.

Os investigadores, liderados por Roger R. Gomis, focaram-se na análise de tumores da mama recetor do estrogénio positivos, uma vez que estes

tendem a metastizar especificamente para os ossos e representam cerca de 80% de todos os cancros. Verificou-se que o gene MAF desencadeava várias funções na célula que permitiam a ocorrência de metástases.

Ao longo do estudo foram analisadas mais de 900 amostras de tumores da mama primários. Nos tumores em que o gene MAF estava alterado, o risco de metástases ósseas foi 14 vezes maior do que quando o gene não estava alterado.

“Este gene prevê eficazmente a ocorrência de metástases ósseas. Estudar se este gene é altamente expresso em pacientes com cancro de mama para determinar se isso também ocorre no ambiente clínico é um próximo passo importante. Isto pode melhorar a qualidade de vida dos pacientes e a forma como os médicos gerem a doença”, conclui o investigador.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 21/09/2015

CAUSA GENÉTICA DE ALGUNS TIPOS DE CANCRO DA MAMA E OVÁRIO DESVENDADA

Os investigadores do Instituto Francis Crick, no Reino Unido, descobriram de que forma proteínas chave podem ativar uma proteína denominada RAD51, permitindo reparar os danos no ADN responsáveis pelo cancro nas células.

As mulheres com os genes RAD51, BRCA1 e BRCA2 alterados encontram-se em maior risco de desenvolver cancro dos ovários e da mama. A comunidade científica já sabia como as proteínas codificadas por estes genes trabalhavam para reparar os danos no ADN e por que motivo estes genes alterados conduziam à doença.

Por outro lado, já se sabia que defeitos em proteínas “primas” da RAD51 também aumentavam o risco destes cancros, mas os investigadores ainda não sabiam como este processo ocorria.

Neste estudo, os investigadores descobriram como estas proteínas “primas” funcionavam de modo a ativar a RAD51, alterando a sua forma, o que aumentou drasticamente a sua capacidade de reparar o ADN.

“Estas proteínas ‘primas’ têm sido um enigma há cerca de 30 anos. Contudo, agora sabemos que elas estão no centro da reparação dos danos celulares e ajudam a impedir o desenvolvimento do cancro da mama e do ovário. Na verdade, elas têm um papel vital, tal como os conhecidos genes BRCA, na prevenção da doença”, revelou, em comunicado de imprensa, o líder do estudo, Simon Boulton.

“Saber como estas proteínas funcionam não tem um efeito imediato nos pacientes com cancro, mas é mais outra peça do puzzle do cancro que poderá conduzir, no futuro, a tratamentos mais eficazes”, acrescentou o investigador.

“Compreender os meandros do cancro é muito importante se quisermos vencer esta doença. Esta descoberta revela outra potencial brecha na armadura do cancro, que pode conduzir a tratamentos mais personalizados, que tenham em conta a composição genética dos pacientes, e ajudar a salvar mais vidas”, conclui Nell Barrie do departamento de comunicação do Cancer Research UK.

ESTUDO PUBLICADO NO “CELL”
ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 23/07/2015

TESTE SANGUÍNEO PREVÊ RECIDIVA NO CANCRO DA MAMA

Investigadores do Reino Unido desenvolveram um teste sanguíneo para o cancro da mama capaz de identificar as mulheres que irão sofrer uma recidiva após tratamento, meses antes de tumores tornarem-se visíveis, atesta um estudo publicado na revista “Science Translational Medicine”.

De acordo com os investigadores do Instituto de Investigação do cancro de Londres e do Royal Marsden

NHS Foundation Trust, no Reino Unido, o teste é capaz de detetar um número pequeno de células cancerígenas residuais que resistiram à terapia através da deteção do ADN do cancro na corrente sanguínea.

Os investigadores foram capazes de monitorizar mutações chave que o cancro acumula à medida que se desenvolve e dissemina, sem a necessidade de recorrer a biópsias invasivas. Na opinião dos autores do estudo, estes resultados podem revolucionar o tratamento do cancro da mama, uma vez que a utilização de biópsias líquidas pode revolucionar o modo como a doença é monitorizada bem como as decisões terapêuticas.

Os investigadores, liderados por Nicholas C. Turner, retiraram amostras tumorais e de sangue de 55 pacientes com cancro da mama em estadio inicial que tinham sido submetidas a quimioterapia após cirurgia, e que, estavam potencialmente curadas.

Através das amostras de sangue retiradas às pacientes após cirurgia e a cada seis meses de acompanhamento, os investigadores foram capazes de prever, com um elevado grau de precisão, quais as que iam sofrer uma recidiva. As mulheres com teste positivo para o ADN tumoral apresentavam um risco 12 vezes maior de recidiva, comparativamente com aquelas com teste negativo. A recorrência do cancro foi detetada, em média, 7,9 meses antes de os sinais visíveis terem surgido.

Uma vez que os investigadores estavam a analisar mutações comuns a vários tipos de cancro da mama, verificaram que o teste poderia ser aplicado a todos os subtipos de cancro da mama. O estudo também demonstrou como as mutações genéticas se acumulavam no cancro à medida que este se desenvolvia e disseminava.

Estes resultados reforçam a importância da deteção da recorrência

precoce, de forma as pacientes serem tratadas antes das mutações adicionais surgirem as quais dificultam o tratamento da doença.

“Demonstrámos como uma simples análise ao sangue tem o potencial de prever com eficácia quais as pacientes que vão ter uma recidiva do cancro da mama, muito mais cedo do que conseguimos fazer atualmente. Também utilizamos testes sanguíneos para construir uma imagem de como o cancro vai progredir ao longo do tempo podendo esta informação ser muito importante para ajudar os médicos a selecionar os fármacos adequados para o tratamento do cancro”, conclui Nicholas C. Turner.

ALERT LIFE SCIENCES COMPUTING, S.A. 31/08/2015,



Ensaios clínicos fase III e IV – Informação

Nesta secção publicamos os ensaios clínicos ativos, em fase III e IV, por patologias oncológicas

Acedido em 1 Novembro 2015

MELANOMA (Fase IV, Fase III e Fase II)

■ *Nivolumab and Ipilimumab with or without Sargramostim in Treating Patients with Stage III-IV Melanoma That Cannot Be Removed by Surgery*

PHASE: Phase III, Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: EA6141, NCI-2014-02674, NCT02339571

■ *Neurotropic Melanoma of the Head and Neck*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: TROG 08.09, NCI-2015-00466, 2009/039, ACTRN12610000478011, NCT00975520

■ *Ipilimumab or High-Dose Interferon Alfa-2b in Treating Patients with High-Risk Stage III-IV Melanoma That Has Been Removed by Surgery*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: E1609, NCI-2011-02649, CDR0000692568, ECOG-E1609, NCT01274338

■ *A Phase 3 Study to Compare Efficacy and Safety of Masitinib to Dacarbazine in the Treatment of Patients With Non-Resectable or Metastatic Stage 3 or Stage 4 Melanoma Carrying a Mutation in the Juxta Membrane Domain of C-Kit*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: AB08026, NCI-2011-03815, NCT01280565

■ *Study of a Melanoma Vaccine in Stage IIb, IIc, and III Melanoma Patients*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

AGE: 18 to 75

TRIAL IDS: 103A-301, NCI-2012-01351, NCT01546571

■ *BRIM8: A Study of Vemurafenib Adjuvant Therapy in Patients With Resected Cutaneous BRAF Mutant Melanoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: GO27826, NCI-2012-03085, 2011-004011-24, G027826, NCT01667419

■ *Autologous Dendritic Cell-Tumor Cell Immunotherapy for Metastatic Melanoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: CL-CA-P01, NCI-2015-00099, 2014-000544-15, 2015-001984-38, CL-CA-P01-00-US, NCT01875653

■ *Study Comparing Combination of LGX818 Plus MEK162 Versus Vemurafenib and LGX818 Monotherapy in BRAF Mutant Melanoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: CMEK162B2301, NCI-2013-01414, NCT01909453

■ *Dabrafenib and Trametinib Followed by Ipilimumab and Nivolumab or Ipilimumab and Nivolumab Followed by Dabrafenib and Trametinib in Treating Patients with Stage III-IV BRAFV600 Melanoma*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: EA6134, NCI-2014-01747, NCT02224781

■ *Study of Pembrolizumab (MK-3475) Versus Placebo After Complete Resection of High-Risk Stage III Melanoma (MK-3475-054/KEYNOTE-054)*

PHASE: Phase III

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 3475-054, NCI-2015-01366, 1325-MG, 2014-004944-37, NCT02362594

■ *High-Dose Recombinant Interferon Alfa-2B or Pembrolizumab in Treating Patients with Stage III-IV High Risk Melanoma That Has Been Removed by Surgery*

PHASE: Phase III

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: S1404, NCI-2014-02676, PS1404_R02PAPP01, NCT02506153

■ *A Phase I/II Study of TPI 287 - Temozolomide Combination in Melanoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 15 and over

TRIAL IDS: 2009-0357, NCI-2011-00558, NCT01067066

■ *A Study of BBI608 Administered With Paclitaxel in Adult Patients With Advanced Malignancies*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: BBI608-201, NCI-2014-01566, NCT01325441

■ *Stereotactic Radiosurgery and Ipilimumab in Treating Patients With Stage IV Melanoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 814393, NCI-2012-00749, UPCC 06611, NCT01497808

■ *A Phase Ib/II Study of LGX818 in Combination With MEK162 in Adult Patients With BRAF Dependent*

Advanced Solid Tumors

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: CMEK162X2110, NCI-2012-00964, 2011-005875-17, NCT01543698

■ *Leflunomide and Vemurafenib in Treating Patients With Melanoma That is Metastatic or Cannot Be Removed By Surgery*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 12-088, NCI-2014-00593, NCT01611675

■ *Ipilimumab With or Without Talimogene Laherparepvec in Unresected Melanoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 20110264, NCI-2012-03087, NCT01740297

■ *A Phase Ib/II Study of LEE011 in Combination With MEK162 in Patients With NRAS Mutant Melanoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: CMEK162X2114, NCI-2013-01329, NCT01781572

■ *Study of an Oral Cdk Inhibitor Administered With an Oral BRAF Inhibitor in Patients With Advanced or Inoperable Malignant Melanoma With BRAF Mutation*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: P1446A-05/72/12, NCI-2013-02011, NCT01841463

■ *Decitabine and Vemurafenib in Treating Patients with Stage*

IV Melanoma Who Have a BRAF Mutation

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 201304715, NCI-2014-00838, ML28604, NCT01876641

■ *GSK2141795, Dabrafenib, and Trametinib in Treating Patients with Stage IIIC-IV Cancer*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: Not specified

TRIAL IDS: S1221, NCI-2013-01320, SWOG-S1221, NCT01902173

■ *Vaccine Therapy and Iscomatrix with or without Cyclophosphamide and Celecoxib in Treating Patients with Thoracic Malignancies or Tumors That Have Spread to the Chest Cavity*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 14-C-0053, NCI-2014-02465, 140053, 348360, P131392, NCT02054104

■ *A Phase 1b/2a Study Evaluating AMG 232 in Metastatic Melanoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 20120238, NCI-2014-01974, NCT02110355

■ *A Phase 1/2 Study Exploring the Safety, Tolerability, and Efficacy of MK-3475 in Combination With INCB024360 in Subjects With Selected Cancers (INCB 24360-202 / MK-3475-037 / KEYNOTE-037)*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: INCB 24360-202, NCI-2015-01316, NCT02178722

■ *Ipilimumab and Dabrafenib in Treating Patients with Stage III-IV Melanoma That Cannot Be Removed by Surgery*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: Over 18

TRIAL IDS: HCI68132, NCI-2014-02564, CA184-371, IDM, IRB # 68132, NCT02200562

■ *Cathelicidin LL37 in Treating Patients with Stage IIIB-IV Melanoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 2013-0422, NCI-2014-02012, NCT02225366

■ *Dabrafenib, Trametinib and Hydroxychloroquine in Treating Patients with Stage IV Metastatic Melanoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: UPCC 02614, NCI-2015-00364, 819986, NCT02257424

■ *A Study of Pembrolizumab (MK-3475) in Pediatric Participants With Advanced Melanoma or Advanced, Relapsed, or Refractory PD-L1-Positive Solid Tumors or Lymphoma (MK-3475-051/KEYNOTE-051)*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 6 months to less than 18 years

TRIAL IDS: 3475-051, NCI-2015-00528, 2014-002950-38, NCT02332668

■ *A Dose Escalation and Cohort Expansion Study of Anti-CD27 (Varlilumab) and Anti-PD-1 (Nivolumab) in Advanced Refractory Solid Tumors*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: CDX1127-02, NCI-2015-00273, NCT02335918



■ *Phase I/II Study of PDR001 in Patients With Advanced Malignancies*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: CPDR001X2101, NCI-2015-00577, 2014-003929-17, NCT02404441

■ *A Study of Varlilumab (Anti-CD27) and Ipilimumab and CDX-1401 in Patients With Unresectable Stage III or IV Melanoma*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: CDX1127-03, NCI-2015-01413, NCT02413827

■ *Dabrafenib, Trametinib, and Navitoclax in Treating Patients with Solid Tumors That Are Metastatic or Cannot Be Removed by Surgery*

PHASE: Phase II, Phase I

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 13-424, NCI-2013-02103, NCT01970956, 9466, NCT01989585

■ *Tumor Infiltrating Lymphocytes and High-Dose Aldesleukin with or without Autologous Dendritic Cells in Treating Patients with Metastatic Melanoma*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 16 and over

TRIAL IDS: 2004-0069, NCI-2012-01368, NCT00338377

■ *Dasatinib in Treating Patients with Locally Advanced or Metastatic Mucosal Melanoma, Acral Melanoma, or Solar Melanoma That Cannot Be Removed by Surgery*

PHASE: Phase II

TYPE: Biomarker/Laboratory analysis, Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: E2607, NCI-2009-00532, CDR0000598300, ECOG-E2607, NCT00700882

■ *Gene Therapy and Vaccine Therapy after a Conditioning Regimen in Treating Patients with Stage IIIC-IV Melanoma*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 08-02-020, NCI-2010-00229, 10-001212, 1600, 53.0B.0-h, OB02-901, NCT00910650

■ *Vaccine Therapy with or without Resiquimod Topical Gel in Treating Patients with Stage IIB-IV Melanoma*

PHASE: Phase II

TYPE: Treatment

AGE: 18 and over

TRIAL IDS: 2008-0416, NCI-2011-02363, NCT00960752

MSD Oncologia

CIÊNCIA
PAIXÃO
TRANSFORMAÇÃO

www.msd.pt www.univadis.pt Tel.: 214 465 700

Merck Sharp & Dohme, Lda. Quinta da Fonte, Edifício Vasco da Gama, 19- Porto Salvo 2770-192 Paço de Arcos. NIPC 500 191 360.

Copyright ©2014 Merck Sharp & Dohme Corp., é uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, EUA.

Todos os direitos reservados. ONCO-1132570-0000



A TRABALHAR PARA QUE CADA DOENTE ONCOLÓGICO TENHA O TRATAMENTO CERTO.

O Cancro continua a ser um dos maiores e mais duradouros desafios da Indústria Farmacêutica. É por esta razão que o nosso compromisso de continuar a avançar na luta contra o Cancro é mais forte do que nunca. A Pfizer está a trabalhar para desenvolver terapêuticas alvo tendo por base o conhecimento biológico da doença. Isto ajudar-nos-á a direccionar o tratamento certo para a pessoa certa, no momento certo, e a melhorar a vida daqueles que vivem com cancro.



EM CONJUNTO ESTAREMOS MAIS PERTO DA CURA.

Colaboramos hoje com múltiplos parceiros públicos e privados, incluindo Universidades, Fundações e Agências Governamentais e contamos com mais de 1000 cientistas para nos ajudarem a encontrar uma resposta. Saiba mais em pfizer.pt



A trabalhar em conjunto para um mundo mais saudável™

Copyright © 2010 Pfizer Inc. Direitos reservados. A Wyeth foi adquirida pela Pfizer Inc. A integração da Wyeth e da Pfizer a nível local depende ainda do cumprimento de requisitos legais e regulamentares