Onco NEWS

Nº 2
maio e junho/99

HOSPITAL DO SESI

INFORMATIVO CIENTÍFICO DA ONCOCLÍNICA E DO SERVIÇO DE ONCOLOGIA DO HOSPITAL DO SESI

31 de maio

Dia Mundial do Combate ao Fumo

No dia 31 de Maio, comemora-se o Dia Mundial de Combate ao Fumo.

Esta data é de tanta importância para a população tendo em vista os problemas que o fumo causa, o Onconews abre espaço para falar de todos os aspectos negativos do fumo.

APAGUE SEU CIGARRO!!!!!

1 - O fumo é responsável por 80 a 90% das mortes de câncer de pulmão.

2 - Os fumantes têm 10 vezes mais chances de morrer de câncer de pulmão do que os não fumantes.

3 - As chances de ter câncer diminuem quando se para de fumar e, após 15 anos sem o uso do fumo, voltam a ser semelhantes a aqueles que nunca fumaram.

4 - A nicotina do cigarro, além de ser cancerígeno em sí, também reforça e potencializa a vontade de fumar, pois atua da mesma forma que outras drogas como cocaína álcool e etc.

Ela vicia o fumante e o obriga ao uso constante do cigarro para manter "a droga" circulante no sangue.

5 - As chances de uma pessoa sadia adquirir câncer de boca é de 6,3 vezes maior no fumante...

Todas as formas de fumo, inclusive o cigarro, com mentol, ou usados por piteiras especiais têm composição semelhante e, conseqüentemente fazem mal à saúde. Não existe um cigarro "saudável" ou cachimbos e charutos que façam menos mal.

Quando cigarros industrializados, ou de fumo de rolo, charutos ou cachimbos são acesos, algumas substâncias são inaladas pelos fumantes e, outras se espalham pelo ambiente próximo.

De acordo com o INCA - Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde, a fumaça do cigarro é uma mistura de 4000 elementos diferentes que tem uma parte em forma de gás, incluindo monóxido de carbono (a mesma substância eliminada pelo cano de escape do automóvel) e outra parte em forma de partículas que são o alcatrão a nicotina e a água.

A OMS, já registrou que o alcatrão contém algumas substâncias cancerígenas como o arsênio, níquel, benzopireno e cádmo e até resíduos de agrotóxicos e também substâncias radiotivas como o polônio 210. Será que para os fumantes esses são os elementos do raro prazer!

Imagina só o prazer que devem sentir os fumantes passivos! Principalmente quando ao respirar o ar poluído pelos fumantes inalam amônia, ácido hidrociânico e formaldeído, etc... (substâncias tóxicas da parte gasosa da fumaça). Esta fumaça produz irritação nos olhos nariz e garganta e nos cílios pulmonares que são responsáveis pela remoção da sujeira dos pulmões. Com sua mobilidade prejudicada há uma tendência a acumular secreção o que gera "tosse do fumante".

Agora que que você já sabe quase tudo sobre o mal causado pelo cigarro, veja que outros males ele pode causar...

6 - O fumo responde por 80 a 85% das mortes por doenças pulmonares obstrutiva crônica (DPOC).

7 - 1/4 das mortes por doenças cérebro-vascular está relacionada ao fumo.

8 - O hábito de fumar provoca 20 a 25% das doenças crônicas.

9 - O risco de um acidente vascular cerebral (AVC) é 3 vezes maior entre os fumantes.

10 - A grávida que fuma tem o dobro de chances de ter um bebê de baixo peso.

11 - A nicotina do cigarro passa para o bebê pelo leite da mãe fumante.

12 - O fumo em gestantes compromete o desenvolvimento psicomotor do filho.

13 - Crianças que convivem com fumantes têm até 3 vezes mais chances de desenvolver infecções respiratórias.

14 - O cigarro é considerado pela OMS como o maior agente de poluição ambiental doméstico.

E agora? Vai permanecer dizendo que fuma para reduzir as tensões ou em busca do prazer?

O método mais eficaz para deixar de fumar é o da ***decisão para parar de fumar***. Apague o cigarro! Comece pelo Dia Mundial de Combate ao Fumo!

Pág. 2

Entrevista com a Dr.ª Quitéria Wanderley anestesiologista e especialista em clínica de dor da CLINDOR

Pág. 3

A EVOLUÇÃO DA QUIMIOTERAPIA:

Do gás de mostarda as perspectivas do terceiro milênio

Com a Drª. Patrícia Amorim

Pág. 4

A PSICOLOGIA COMO SUPORTE AOS PACIENTES COM CÂNCER

CLUBE DO TUMOR MOVIMENTA AS ATIVIDADES CIENTÍFICAS EM ONCOLOGIA NO ESTADO.

CÂNCER DE: PULMÃO, BOCA, ESTÔMAGO, RINS, ESÔFAGO, MAMA, BEXIGA, ÚTERO, ...

31 de maio
Dia Mundial do Combate ao Fumo

Corte o cigarro e ganhe mais vida!

OncoNEWS
Nº 2 - maio e junho/99

O número de pacientes com câncer está aumentando em todo mundo. Nove milhões de novos casos anuais são estimados, e os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) demonstram que 3.5 milhões de pessoas sofrem de dor associada ao câncer cada dia, no mundo todo.

Isto também significa que o câncer e o "seu" sofrimento associado transforma-se em um mito decorrente do mau entendimento e do mau uso da analgesia pelos médicos, seguidos dos preconceitos determinados pelos próprios médicos, pelo corpo de enfermagem, pelas famílias e pelos pacientes. Dor em pacientes terminais NÃO é meperidina e cama... O binômio câncer - dor intratável NÃO é indissociável. Para abordar este assunto, convidamos a Dr.ª Quitéria Wanderley, anestesiologista e especialista em clínica de dor.

ON-Quais são os tipos mais comuns de dor associada ao câncer?

R. A dor nociceptiva, ou seja, aquela decorrente da compressão tumoral, a dor por desaferentação provavelmente da secção de nervos ou como complicação da radioterapia e as dores miofaciais.

ON-No conceito de dor total, quais os aspectos envolvidos?

R. É muito importante para o clínico de dor e toda a equipe que trabalha com o paciente oncológico, ter a consciência de que o paciente é um todo e não apenas a parte do órgão atingido. Já é difícil se viver com Câncer, torna-se pior quando se tem dor de forte intensidade. Vários fatores influem na sensibilidade a dor: depressão, perda da posição social, perda do prestigio no trabalho, desesperança, falta de apetite, cansaço, anemia, insônia, preocupação com a família, entraves burocráticos no diagnóstico e atendimento, tristeza pela falta de visita dos amigos, medo da hospitalização e medo da morte.

ON- Quais os medicamentos mais utilizados para o manuseio da dor oncológica em nosso meio ?

R. A OMS, criou uma escada analgésica pela qual nos guiamos: no 1º degrau estão os analgésicos simples (dipirona, paracetamol), e os AINH, associados ou não aos adjuvantes (antidepressivos, anticonvulsivantes e os neurolépticos), para dor leve; o 2º degrau seria os casos de dor moderada nos quais os do 1º degrau não mais respondem isoladamente. Nesses casos associamos um opióide fraco (tramadol, codeína, naltrexona). Quando a dor se torna mais intensa, é o 3º degrau, e nestes casos associam-se os opióides fortes (bulprenófina, morfina, metadona, fentanil transdérmico) aos medicamentos do 1º degrau. Lembrando que se o paciente tem dor por deaferentação associamos os adjuvantes. Os tranquilizantes também são muito utilizados.

ON-Existem ocasiões em que se faz o mau uso do analgésico em pacientes terminais. Quais são elas?

R. A principal causa do mau uso, infelizmente é o desconhecimento por parte dos nossos colegas que lidam com esses pacientes. Há pacientes que após orientação nossa, retorna para o medico assistente e são orientados para suspenderem a medicação analgésica. Os efeitos colaterais das drogas, no principio assustam o paciente e seus familiares. Temos que avisá-los dos efeitos e também mostrar o benefício que ele trará. E finalmente o analgésico tem que ser tomado de horário, para conseguirmos assim nível plasmático ideal.

ON-O medo "do vício" ou da necessidade de "mais droga para conseguir o mesmo efeito" faz-se criar uma rejeição ao uso da morfina? Existe realmente esse preconceito?

R. Existe, a começar pela classe médica. Muitos acreditam que o uso da morfina apressará a morte. Muitos portadores de câncer tem vida longa, é importante dar qualidade de vida, aliviar sua dor e proporcionar uma morte com dignidade. O vício ocorre em pacientes que não tem necessidade de tomar analgésico.

ON-Quais são as vias de administração de opióides ?

R. Quando iniciei minha formação, no estudo da dor em 1990, não dispunhamos de morfina oral no Brasil e o uso do cateter para pacientes com dor forte era rotina. Atualmente a via mais usada é a oral. Empregamos também as vias subcutânea, transdérmica, venosa e peridural.

ON-Existe algum procedimento para analgesia realizado com cateteres ?

R. Atualmente existe a ACP (analgesia controlada pelo paciente) que são realizados através de bombas programáveis. São acionadas pelo próprio paciente, quando este necessita de analgesia.

ON- Aonde ficam estes cateteres ?

R. No espaço peridural. Muito empregado para doses de analgésicos em intervalos regulares ou em bolus. Conectados a bombas comuns e de ACP. Hoje também tem sido utilizados cateteres venosos implantados, onde as bombas de ACP são conectadas.

ON- Qual a indicação ?

R. Indicado quando o paciente não tem condições de utilizar via oral. É necessário ter cuidado com o uso do cateter peridural por causa de infecção. Tivemos pacientes que só foi necessário a troca do cateter após 3 meses de uso.

Ao final deste bate papo, gostaria de deixar uma mensagem de um missionário austríaco, ALBERT SCHWEIRTZER, que dedicou sua vida tratando do sofrimento humano na África. "Todos nós morreremos. Mas, se eu puder salvá-lo de dias de tortura, sinto que este é o meu maior privilégio. A dor é o mais terrível Senhor dos seres humanos, pior que a morte."

*A **Dr.ª Quitéria Wanderley** é anestesiologista e especialista em dor da CLINDOR - Clínica de Tratamento da Dor.*

Editorial

Caro leitor,

Devido ao envelhecimento da população e ao tabagismo, o número de pacientes com câncer cresce em todo o mundo. Infelizmente a maioria dos casos já têm doença avançada na época do diagnóstico, e, como última alternativa, resta o alívio da dor.

O OncoNews, em comemoração ao Dia Mundial de Combate ao Fumo, aborda o assunto em matéria sobre o tabagismo e o alívio da dor, este em entrevista com a Dra. Quitéria Wanderley.

Fazemos, ainda, um passeio pela história dos quimioterápicos a fim de expor sua origem e avanços.

A atuação da psicóloga na clínica oncológica também será abordada neste número.

Expediente

Esta é uma publicação da **Oncoclínica Ltda.**
R. Engº. Mário Gusmão,918
Ponta Verde - CEP 57035-000
Maceió - AL

Responsável: Dra. Patrícia Amorim - CRM/AL 2710
Editoração: José Luís P. Figueiredo
Fotógrafo: Luiz Eduardo Vaz
Uma Criação de **ARAUJO Propaganda** - Tel: (082) 223-7980

Informações sobre o Onco News,
cartas, sugestões de temas, comentários e críticas: Tel: **(082) 327 4659**

Impressão
Gráfica Editora
Gazeta de Alagoas
(082) 338.2777
Tiragem: 4.000 exemplares

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

A EVOLUÇÃO DA QUIMIOTERAPIA:

DO GÁS DE MOSTARDA AS PERSPECTIVAS DO TERCEIRO MILÊNIO.

Receber de um médico o diagnóstico de que se tem câncer é assustador para todo mundo. Surpreendentemente, o câncer é hoje a doença crônica mais curável. A maior parte dos tumores podem ser tratados precocemente, com taxas de cura elevada.

Mas, por outro lado, ainda não se encontrou uma cura global para esta doença e por isso as pesquisas avançam em relação aos quimioterápicos para que junto com a cirurgia, radioterapia, hormônio e imunoterapia alcancemos cada vez mais a cura.

Fazendo um breve retorno no tempo existem evidências de utilização de drogas quimioterápicas sob a forma de sais metálicos como o arsênio, o cobre e o chumbo em civilizações antigas do Egito e da Grécia com outros registros de tratamentos quimioterápicos no final do século passado, com a descoberta da solução de Fowler por Lissaner em 1885 e da toxina de Coley em 1890.

Entretanto a descoberta dos agentes alquilantes e de seus efeitos terapêuticos aconteceram durante a segunda guerra mundial. Em Dezembro de 1943 um ataque aéreo alemão destruiu um depósito de gás mostarda americano em Bari, Itália, ocasionando mielodepressão intensa entre os indivíduos contaminados. O fato despertou a atenção de farmacologistas clínicos a serviço do Pentágono. A partir daí em busca de resultados terapêuticos, a mostarda nitrogenada foi administrada em um paciente portador de linfoma maligno avançado e houve uma regressão tumoral importante porém transitória. Isto marcou o início da moderna era da quimioterapia do câncer.Outros agentes alquilantes surgiram a partir daí e são usados até os dias de hoje para o tratamento de linfomas, leucemias, mielomas e tumores sólidos, a saber:Bulssulfano, Clorambucil, Melfalan, Mecloretamina, Ciclofosfamida, Ifosfamida, Cisplatina, Carboplatina, Carmustina (BCNU), Lomustina(CCNU), Semustina (metil - CCNU) este último ainda não disponível no Brasil e DTIC.

Ainda na década de 40, Sidney Farber constatou casos de remissão temporária de leucemia linfóide aguda em crianças com o uso da aminopterina, um antagonista do ácido fólico, droga classificada atualmente no grupo dos antimetabólicos ao lado do Methotrexate, Fluorouracil, Citarabina , Tioguanina atualmente usados para tratar leucemias e tumores sólidos.

Nos anos 50, foram identificados os primeiros antibióticos com atividade anti-tumoral que atuam especialmente em tumores de crescimento lento, a saber: Doxorrubicina, Daunorrubicina, Epirrubicina, Idarrubicina, Mitoxantrona, Bleomicina, Mitomicina C e Actinomicina D.

Nas 3 décadas seguintes houve a descoberta de drogas derivadas de plantas como:

- Os Alcalóides da Vinca Vincristina e Vimblastina.
- As Epipodofilotoxinas Teniposide e Etoposide , esta última agora também como Etoposide fosfato mais fácil para administrar e menos efeitos colaterais imediatos, há cerca de um ano disponível no Brasil.
- Os Taxanes - O Paclitaxel, uma das promissoras drogas quimioterápicas em uso clínico atual, indicado no início como droga de 2ª linha para Cânceres de Ovário e Mama e agora já sendo utilizado como 1ª linha melhorando o prognóstico dessas doenças, como também já sendo utilizado em Câncer de Pulmão Não Pequenas Células e em Tumores de Cabeça e Pescoço.

Quais as perspectivas do 3º milênio para tratar os mais de 200 tipos de câncer existentes ?

Pesquisas continuam no sentido de desenvolver novos agentes análogos aos já conhecidos, porém com os efeitos tóxicos menos agressivos ao coração, pulmões, rins e sistema nervoso.

Para o novo século, já contamos com o Cloridrato de Irinotecano para abordagem de 2ª linha dos cânceres de Cólon e Reto metastáticos. O Cloridrato de Topotecano para 3ª linha em Câncer de Ovário, que foram resistentes ao tratamento com derivados da Platina e Taxanes. A Gemcitabina surge como droga de 2ª linha para o tratamento de Câncer de Pâncreas e em regimes combinados para Câncer de Pulmão. Disponíveis no Brasil há cerca de 30 dias, os análogos orais do Fluorouracil, o Tegafur, para o tratamento oral do Câncer de Cólon; e a Capecitabina para tratamento de pacientes com câncer metastático de Mama resistentes ao Paclitaxel e Antraciclinas, ou seja, 3ª linha com apresentação oral, mais cômoda.

Avanços enormes surgiram com os Modificadores da Resposta Biológica que são: Interferonas, Interleucinas, os Fatores de Necrose Tumoral, os Anticorpos Monoclonais (Rituximab) para os Linfomas e principalmente os Fatores de Crescimento de Colônias: macrófagos e granulócitos (GM-CSF;G-CSF), da eritropoétina (precursor da hemácia) e já em fase de lançamento os fatores para crescimento trombopoiéticos. Estes três últimos, associados aos agentes antifúngicos, antivirais e antibióticos permitem que os protocolos quimioterápicos sejam cumpridos na totalidade com mais segurança para a equipe médica, para o paciente, favorecendo a obtenção da cura.

A oncologia, é hoje a especialidade médica que mais avança na pesquisa em busca da cura, e eu gostaria de deixar a idéia da Terapia Genética como a grande expectativa terapêutica dos anos futuros.

Este artigo não teve o objetivo de dissertar sobre a farmacologia das drogas e sim mostrar ao leitor a evolução histórica das drogas quimioterápicas, ao progresso alcançado, deixando-os mais otimistas com relação ao diagnóstico e tratamento do câncer.

Drª. Patricia Amorim
Oncologista Clínica do Serviço de Oncologia do Hospital Universitário, do Hospital do do SESI e da Oncoclínica

A PSICOLOGIA COMO SUPORTE AOS PACIENTES COM CÂNCER

Até o início do século, o Câncer era visto como uma alteração física sem qualquer relação com os conteúdos emocionais, já que corpo e mente eram entendidos como instâncias separadas. Assim, o paciente e sua família estavam condenados a um doloroso cortejo de sofrimento e dor.

Sem dúvida, é um grande desafio trabalhar com pacientes portadores de câncer, declara a psicóloga Eliane Gonçalves, mas, por outro lado é encorajador quando o psicólogo pode pensar que este mesmo paciente é dotado de um psiquismo que tem uma força própria em potencial suficiente para alavancar esforços em seu próprio benefício, de lutar e estabelecer condições satisfatórias e resultados positivos, diante de um quadro que até pouco tempo era visto como "um mal incurável" complementa a psicóloga.

Acreditando nesta dinâmica, a Oncoclínica e o Serviço de Oncologia do Hospital do SESI, contam com psicólogo fazendo parte integrante de sua equipe de forma sistemática, para atendimento não só dos pacientes, como de suas famílias, realizando uma atenção global à saúde deles.

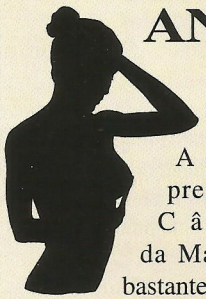
O apoio e o suporte emocional são oferecidos ao paciente que ao chegar no Serviço passa por sessões de entrevistas afim de serem avaliadas sua condição emocional frente ao seu diagnóstico. Posteriormente é sugerido um acompanhamento individual e/ou em grupo, onde ele passa a trabalhar sua auto-estima, limites, capacidade de adaptação a situações do seu dia-a-dia, desenvolvendo e reforçando mecanismos para conduzir seu tratamento, visando a sua recuperação e melhor qualidade de vida. Todo este acompanhamento é interdisciplinar, tendo a psicóloga conhecimento sobre a evolução clínica do paciente, etapas do tratamento oncológico para a atuação de apoio frente a quimioterapia, radioterapia ou cirurgia, exemplifica Eliane.

Momentos da terapia em grupo realizada na Oncoclínica

Por outro lado a oncologista Patricia Amorim valoriza, o suporte emocional à equipe que lida no dia-a-dia com os pacientes. São realizadas reuniões semanais de apoio com todos os funcionários onde têm a oportundade de trabalhar situações de stress, e ainda contribuir com idéias e sugestões de novas formas de melhoria para o serviço.

A psicologia clínica hospitalar, bem como a psico-oncologia são áreas de atuação recentes e estão dando seus primeiros passos na nossa região, porém firmes no propósito da recuperação integral dos paciente com câncer.

FATO CURIOSO



NOS ANOS 70

A detecção precoce do Câncer da Mama teve bastante destaque entre as mulheres americanas, quando as esposas do presidente Ford e do vice, Rockfeller, foram a televisão junto com os seus médicos, para alertar a população do risco de desenvolver o Câncer da Mama, como detectá-lo precocemente e as alternativas terapêuticas.

Clube do Tumor

CLUBE DO TUMOR MOVIMENTA AS ATIVIDADES CIENTÍFICAS EM ONCOLOGIA NO ESTADO.

Dando continuidade as atividades do Clube do Tumor teremos no dia 09 de junho às 19:30 horas uma MESA REDONDA sobre Câncer da Mama.

Serão abordados os seguintes temas: Epidemiologia e Fatores de Riscos, Patologia, Métodos por Imagem, Tratamentos Cirúrgico, Tratamento Adjuvante, Radioterapia e Reconstrução Mamária Pós Mastectomia.

A reunião acontecerá no Auditório do Hotel IBIS. Informações na Oncoclínica, pelo Tel: (082) 231-5754.

Apoio: SB SmithKline Beecham Farmacêutica
Roche Farmacêutica