

ON

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

35

ANO X · JUL-DEZ 2017



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

SUPOORTE SOCIAL NA ADAPTAÇÃO À CONDIÇÃO DE SOBREVIVENTE DE CANCRO

Artigo de revisão integrativa da literatura disponível em três importantes bases de dados electrónicas, realizada segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute para a realização de scoping review.

USO DA TECNOLOGIA NA COMUNICAÇÃO DA PESSOA LARIN- GECTOMIZADA: BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS

Artigo de revisão que descreve a importância dos dispositivos electrónicos portáteis como ferramenta para melhorar a comunicação, com vantagens e benefícios para os doentes.

VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR A CRIANÇA EM FIM DE VIDA E A FAMÍLIA: ESTUDO DESCRITIVO- EXPLORATÓRIO

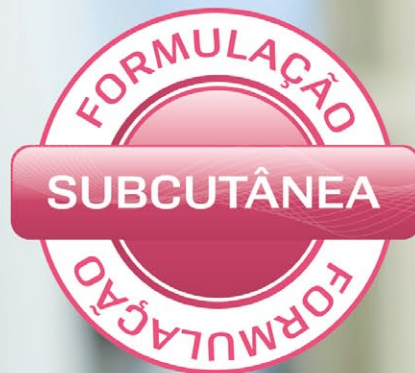
Estudo com o objectivo de compreender as implicações do cuidar da criança em fim de vida e família para os enfermeiros numa unidade de Pediatria.

OBSTIPAÇÃO INDUZIDA PELOS OPIÓIDES EM DOENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS

Artigo de revisão onde se pretende fazer um enquadramento teórico da OIO e apresentar medidas de prevenção e tratamento que visem a melhoria dos cuidados prestados e, consequentemente, a qualidade de vida dos pacientes.



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, α , α -trealose di-hidratada, polissorbato 20. **Herceptin 600 mg solução injetável em frasco para injetáveis.** 1 frasco para injetáveis de 5 ml contém 600 mg de trastuzumab. Excipientes: hialuronidase humana recombinante, L-histidina, cloridrato de L-histidina monohidratado, α , α -trealose di-hidratada, L-metionina, polissorbato 20, água para preparações injetáveis. **Indicações terapêuticas:** **Em doentes adultos com cancro da mama metastizado [CMm] HER2+:** a) Em monoterapia, em doentes previamente submetidos a ≥ 2 regimes de quimioterapia (QT) (incluindo, pelo menos, 1 antraciclina e 1 taxano, a não ser que esse tratamento não seja adequado). Doentes que expressam recetores 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 a QT e para os quais antraciclina não sejam adequadas. c) Com docetaxel, em doentes não submetidos previamente a QT. d) Com inibidor da aromatase, em doentes pós-menopáusicas com CMm com expressão de RH, não tratadas previamente com Herceptin. **Em doentes adultos com cancro da mama em estadios precoces [CMp] HER2+:** a) Na sequência de cirurgia, QT (neoadjuvante 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, seguido de terapêutica adjuvante com Herceptin, no CM localmente avançado (incluindo inflamatório) ou tumores de diâmetro > 2 cm. **Em doentes adultos com cancro gástrico metastizado [CGm] HER2+ [apenas para Herceptin 150 mg, pó p/ conc p/ sol p/ perfusão]:** com capecitabina ou 5FU e cisplatina no tratamento do adenocarcinoma metastizado do estômago ou da junção gastroesofágica, HER2+, que não receberam tratamento anterior para doença metastizada. Só 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 citotóxica e administrado por um profissional de saúde. Verificar os rótulos para garantir que o medicamento a ser preparado e administrado é Herceptin (trastuzumab) e não Kadcyta (trastuzumab emtansina) 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:** CMm, de 3 em 3 sem.; dose de carga inicial de 8 mg/kg de peso corporal (bw), seguida, com intervalos de 3 sem., pela dose de manutenção de 6 mg/kg bw. CMm, semanal: dose de carga inicial de 4 mg/kg bw, seguida, semanalmente, pela dose de manutenção de 2 mg/kg bw. **CMp, de 3**

em 3 sem.: dose de carga inicial de 8 mg/kg bw, seguida, com intervalos de 3 sem., pela dose de manutenção de 6 mg/kg bw. **CMp, semanal:** dose de carga inicial de 4 mg/kg bw seguida de 2 mg/kg semanalmente, com paclitaxel, na sequência de QT com doxorubicina e ciclofosfamida. **CGm, de 3 em 3 sem.:** dose de carga inicial de 8 mg/kg bw, seguida, com intervalos de 3 sem., pela dose de manutenção de 6 mg/kg bw. **Modo de administração:** Dose de carga: perfusão iv durante 90 min. Se esta for bem tolerada, as doses subsequentes podem ser administradas durante 30 min. Os doentes devem ser vigiados durante ≥ 6 horas após a 1ª perfusão e durante 2h após as perfusões seguintes, quanto ao aparecimento de febre, calafrios, outros sintomas relacionados com a perfusão. **Herceptin 600 mg solução injetável em frasco para injetáveis:** 600 mg de 3 em 3 semanas por injeção subcutânea durante 2-5 minutos. Vigiar doentes após injeção. Os doentes devem ser vigiados durante 6 horas após a 1ª injeção e durante 2h após as injeções seguintes, relativamente a sinais e sintomas de reações relacionadas com a administração. **Duração do tratamento:** CMm ou CGm: até à progressão da doença. CMp: 1 ano ou até recorrência da doença. **Para mais informação sobre modo de administração, administração dos fármacos em associação, redução dose, populações especiais, instruções utilização e mudança de tratamento entre a formulação intravenosa e subcutânea, consultar RCM. Contraindicações:** Hipersensibilidade ao medicamento, proteínas murinas, hialuronidase ou excipientes. Doentes com dispneia grave em repouso devido a complicações da neoplasia ou que precisem 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 exposição prévia a antraciclina e ciclofosfamida, devem ter avaliação da função cardíaca antes, durante e até 24 meses após a interrupção do tratamento. Doentes tratados com antraciclina 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 antraciclina no CMm ou em tratamento adjuvante. **Ver RCM para mais informações importantes de disfunção cardíaca específicas do CMm, CMp, adjuvante e neoadjuvante.** Podem ocorrer reações relacionadas com a perfusão durante, nas horas que se seguem e até 1 semana 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 6h após a 1ª injeção e durante 2h após injeções subsequentes. Foram notificados acontecimentos graves pulmonares. Fatores de risco associados à doença pulmonar intersticial incluem tratamento anterior ou concomitante com outros antineoplásicos associados a esta doença, tais como taxanos, gemcitabina, vinorelbina e radioterapia. Deve ter-se atenção à pneumonite, em especial em doentes que estejam a ser tratados com taxanos. Registar o nome de marca e o número de lote do medicamento no processo do doente.

Interações: Pode elevar a exposição de metabolito da doxorubicina. Em associação ao Herceptin, a capecitabina demonstrou concentrações mais elevadas e uma semivida mais longa. *Ver RCM para mais informações sobre as interações medicamentosas.* **Efeitos indesejáveis:** **Reações adversas (RA) mais graves e/ou frequentes:** Disfunção cardíaca, reações associadas à administração, toxicidade hematológica (em particular neutropenia e leucopenia), infeções e reações adversas pulmonares. **RA muito frequentes:** nasofaringite, neutropenia febril, anemia, neutropenia, leucopenia, trombocitopenia, diminuição do peso, anorexia, insónia tremor, tonturas, cefaleia, parestesia, disgeusia, conjuntivite, hipersecreção lacrimal, hipotensão/hipertensão arterial, batimento cardíaco irregular, palpitações, flutter cardíaco, fração de ejeção diminuída, afrontamentos, sibilos, dispneia, tosse, epistaxis, rinorreia, diarreia, vômitos, náuseas, tumefação labial, dor abdominal, dispepsia, obstipação, estomatite, eritema, erupção cutânea, edema facial, alopecia, alterações ungueais, síndrome de eritrodismestesia palmoplantar, artralgia, tensão muscular, mialgia, astenia, dor torácica, arrepios, fadiga, síndrome gripal, reações associadas à perfusão, dor, pirexia, inflamação da mucosa e edema periférico. **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 RAs 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 Farmacéutica Química, Lda. Estrada Nacional 249-1, 2720-413 Amadora. NC 500233810.**

Referência: 1. Resumo das Características do Medicamento Herceptin® datado de 24 de outubro de 2015.

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: amadora.farmacovigilancia@roche.com. Será solicitada informação adicional durante a gravidez com exposição a Herceptin e no primeiro ano de vida da criança. Tal permitirá à Roche compreender melhor a segurança de Herceptin e providenciar 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 contexto pós-comercialização, foram notificados, em mulheres grávidas a receber tratamento com Herceptin, casos de compromisso da função e/ou crescimento renal fetal associado a oligodrâmnios, alguns associados a hipoplasia pulmonar fatal do 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 oligodrâmnios em doentes que fiquem grávidas durante o tratamento com Herceptin ou nos 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.

ON

ONCO.NEWS INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

ISSN 1646-7868 [PORTO 2017] ANO X • NÚMERO 35 • JULHO - DEZEMBRO 2017

ONCO.NEWS dedica-se à publicação de artigos científicos na área da enfermagem oncológica, nas variantes temáticas de epidemiologia, cirurgia, radioterapia e quimioterapia, tanto no cancro do adulto como no pediátrico. Toda a informação sobre a revista pode ser encontrada em www.aeop.pt

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.



SERVIÇOS DE TECNOLOGIAS DE INFORMAÇÃO NAS ÁREAS MÉDICA E FARMACÉUTICA.

MEMBRO



PARCERIA



Índice

05

NORMAS DE PUBLICAÇÃO E REVISÃO

06

EDITORIAL

M. Jorge Freitas,
Director da revista ON

ARTIGOS

08

SUORTE SOCIAL NA ADAPTAÇÃO À CONDIÇÃO DE SOBREVIVENTE DE CANCRO

Nuno Miguel Peixoto, Tiago André Peixoto

18

USO DA TECNOLOGIA NA COMUNICAÇÃO DA PESSOA LARINGECTOMIZADA: BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS

Ana Frade, Susana Miguel, Óscar Ferreira

24

VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR A CRIANÇA EM FIM DE VIDA E A FAMÍLIA: ESTUDO DESCRITIVO-EXPLORATÓRIO

Ana Real, Manuela Cerqueira, Teófilo Sousa

32

OBSTIPAÇÃO INDUZIDA PELOS OPIÓIDES EM DOENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS

Daniela Dias, Juliana Santos, Carina Raposo,
Luís Batalha, Ana Leonor Ribeiro, Ana Cristina Ferreira

DIRETOR / DIRECTOR:

M. Jorge Freitas Almeida, RN, MSc
Especialista em Enfermagem Comunitária,
Mestrado em Bioética, PG em Gestão de Serviços
de Saúde
Chefe de Serviço de Radioterapia - Instituto
Português Oncologia-Porto, Portugal

COORDENADOR EDITORIAL / EDITORIAL COORDINATOR:

Mónica Alexandra Castro Pereira, RN
Department of Oncohematology
University College London Hospital, Londres,
Inglaterra

EDITORES ASSOCIADOS / CO-EDITORS

Maria Graça Braz, IPO Porto, Porto, Portugal
João Prata, IPO Lisboa, Lisboa, Portugal

CONSULTORES TÉCNICOS / TECHNICAL CONSULTANTS

Ana Paula Figueiredo, IPO Porto, Porto, Portugal
Pedro Cardoso, IPO Coimbra, Coimbra, Portugal
Ana Paula Moreira, IPO Porto, Porto, Portugal
Sara Torcato, HFF, Lisboa, Portugal
Carina Raposo, CHPorto, Porto, Portugal
Márcia Santos, IPO Porto, Porto, Portugal
**Catarina Marques, CH Lisboa-Norte, Lisboa,
Portugal**

CONSELHO CONSULTIVO / EDITORIAL COUNCIL

Ana Pinto Fonseca, Professora, MSc
Mestrado em Ciências de Enfermagem
Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus
- Universidade de Évora, Évora, Portugal
afonseca@uevora.pt

Bruno Magalhães, MSc, RN

Mestrado em Saúde Pública
Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria,
Porto, Portugal
Oncologia Cirúrgica, IPO Porto, Portugal
bruno.magalhaes@santamariasauade.pt

Eunice Sá

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Mestrado em Psicologia da Saúde
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa,
Portugal
esa@esel.pt

Esmeralda Barreira, MSc, PhD

Mestrado em Psicologia e Mestrado em Counselling
Docente na Universidade Fernando Pessoa, Porto,
Portugal
Clínica do Pulmão, IPO Porto, Portugal
merbarreira@gmail.com

Maria Deolinda Dias Pereira, MSc

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Lisboa, Portugal
Mestrado em Ciências de Enfermagem
deolindadp@gmail.com

Ana Leonor Ribeiro, Professora, PhD

Doutoramento em Ciências da Enfermagem
Docente da Escola Superior de Enfermagem do
Porto, Porto, Portugal
ana@esenf.pt

Luís Batalha, Professor, PhD

Doutoramento em Ciências da Saúde, ramo Biologia
Humana
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra,
Coimbra, Portugal
batalha@esenf.pt

Isabel Maria Tarico Bico Correia, Professora, MSc

Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus
Centro de Investigação em Ciências e Tecnologias da
Saúde - Universidade de Évora, Évora
Mestre em Sociologia
icorreia@uevora.pt

Clara Costa Oliveira, Professora, PhD

Investigadora em Realidade, Exclusão e Cidadania na
Terceira Idade - UNISC (Brasil)
Centro de Estudos Humanísticos da Universidade do
Minho, Braga, Portugal
claracol@ie.uminho.pt

Ingrid Felix Modesto, RN

Especialista em Oncologia
Hospital Sirio Libanês, S. Paulo, Brasil
ingrid_modesto@yahoo.com.br

PROPRIEDADE / PROPERTY

Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa
(AEOP)

**ADMINISTRAÇÃO, REDAÇÃO E SECRETARIADO /
ADMINISTRATION AND SECRETARIAT**

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

DESIGN E COMPOSIÇÃO GRÁFICA / GRAPHIC DESIGN

Medesign, Lda., Porto

PERIODICIDADE E IMPRESSÃO / PERIODICITY AND PRINTING

Semestral. Impressão: Norgráfica, Lda.

TIRAGEM E DEPÓSITO LEGAL / PRINT RUN AND LEGAL DEPOSIT

600 exemplares. Depósito-legal: 262108/08.
ISSN: 2183-6914

**PREÇO ASSINATURA ANUAL / ANUAL SUBSCRIPTION (2
NÚMEROS, 2 ISSUES)**

. 20 Euros para Portugal e para Organizações
portuguesas (price valid only for Portugal)
. 60 Euros para Organizações Internacionais (price
international organizations)

A Onco.News conta ainda com um painel de 10
revisores que colaboram no processo de revisão por
pares dos artigos submetidos, coordenado pelos
Consultores Técnicos das diferentes áreas científicas.



1 A revista Onco.News (ON) considera para publicação trabalhos relacionados direta ou indiretamente com a Enfermagem Oncológica, nomeadamente através de artigos originais, de revisão, de atualização, casos clínicos ou Cartas ao Editor. Deverá ser indicado, pelos próprios autores, qual a classificação do artigo. Os artigos provenientes de trabalhos científicos têm prioridade de publicação. As Cartas ao Editor devem constituir um comentário crítico sobre um artigo da revista ou uma pequena nota sobre um tema ou caso clínico. Não devem exceder as 500 palavras, nem conter mais de um quadro ou figura e um máximo de 5 referências bibliográficas.

2 Os autores devem enviar os artigos exclusivamente por e-mail para a nossa redação através do endereço < revista@aeop.net >.

3 No artigo, deve constar a identificação do local de trabalho, autor ou autores e suas categorias profissionais.

4 Não serão aceites trabalhos já publicados ou enviados simultaneamente a outras revistas.

5 O texto é submetido à apreciação da Comissão Científica da revista e os artigos poderão ser:

- a) Aceites sem alterações;
- b) Aceites após as modificações propostas e aceites pelos autores;
- c) Recusados.

Sendo aceites, os artigos ficam propriedade da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP), não podendo ser utilizados para publicação por quem quer que seja (nem mesmo pelos autores sem a prévia autorização por escrito da AEOP). Antes dessa decisão da Comissão Científica, a revista não se compromete a publicar os artigos que lhe são enviados. Todas as decisões serão dadas a conhecer aos seus autores.

6 O artigo deve conter necessariamente o título, este deve ser breve e específico, o nome e apelidos do(s) autor(es) e respectivo grau académico, o nome da Instituição onde exerce(m) a sua actividade profissional, indicar o autor principal e os eventuais secundários. Deve conter um Resumo em Inglês e em Português, com palavras-chave, em ambos os idiomas, com vista à indexação. Todo o artigo deve ser produzido a preto e branco.

7 O Resumo deve ter no máximo 320 palavras e deve, recomendavelmente, integrar os seguintes elementos do artigo: introdução, objetivos, material e métodos, resultados, discussão e conclusões. O Resumo deve poder ser interpretado isoladamente do restante texto do corpo do artigo, ou seja, não deve conter referências a bibliografia, figuras ou tabelas inseridas no texto completo. No final do Resumo devem ser referenciadas no máximo 5 palavras-chave. Podem ser utilizadas associações de palavras em vez de uma só, no máximo de 3, caso a separação das mesmas não seja possível ou não faça sentido (exemplo, "Qualidade de Vida"). Finalmente, podem ser utilizadas siglas, caso as mesmas sejam genericamente reconhecidas.

8 Os trabalhos devem conter, além dos resumos, Introdução, desenvolvimento, Conclusão e Referências Bibliográficas. As imagens deverão ser enviadas em formato JPG ou TIFF de modo a que fiquem nítidas na sua impressão tipográfica.

9 Não devem ser usadas siglas e abreviaturas que não tenham sido explicitadas, na primeira menção, por extenso.

10 As referências bibliográficas devem ser numeradas por ordem consecutiva da sua primeira citação no texto. As referências devem conter, no caso das revistas, o nome do primeiro autor (apelido e nome), seguido dos restantes, do título do artigo, do nome da publicação e da sua identificação (ano, volume e páginas).

11 A norma a utilizar é a da APA (American Psychological Association).

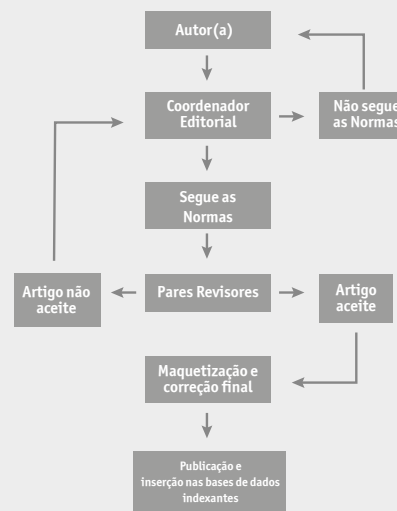
12 Os quadros e figuras devem ser apresentados e inseridos no texto. Os gráficos deverão ser apresentados como original. Todos devem estar numerados ao longo do texto.

13 A extensão máxima do artigo é de 12 páginas, dactilografadas a 1,5 espaços, fonte "calibri", tamanho 11. No caso de maior extensão, o autor deve sugerir o local de corte, para dividir o artigo em duas publicações consecutivas. O título do artigo deve ser em "calibri" tamanho 20 a negrito, com maiúsculas pequenas, texto centrado e com espaçamento 1,5 pontos.

Os títulos principais que irão dar corpo ao artigo (ex. Resumo, Abstract, Introdução, etc.) devem aparecer em "calibri" tamanho 13, a negrito e em maiúsculas pequenas.

14 No caso de aceitação do artigo estar condicionada a modificações, estas devem ser realizadas pelos autores no prazo máximo de trinta dias.

15 A revisão de um artigo submetido à ON obedece ao seguinte processo (double-blind review):



16 As provas tipográficas são da responsabilidade da Redação da revista.



M. JORGE FREITAS

Diretor de
Publicação da
revista ON

A Revista Onco.news tem sistematicamente sido adaptada às exigências dos diferentes indexadores com a finalidade de as nossas publicações serem partilhas por um maior número de leitores. Continuamos a acreditar que será uma ferramenta importante na partilha do conhecimento da Enfermagem Oncológica e simultaneamente o promotor de mais e melhor investigação nesta área. Aqui os nossos colegas oncologistas encontram um espaço privilegiado de publicação dos seus artigos.

Terminamos 2017 com o lançamento da Revista ON 35. Neste número são publicados 4 artigos: um de investigação original e três de revisão.

Relativamente ao artigo de investigação, um estudo descritivo-exploratório, o autor opta por uma abordagem qualitativa, sendo utilizado como instrumento de recolha de dados a entrevista semi-estruturada, procedendo-se ao seu tratamento através da análise de conteúdo. Os resultados direcionam para a análise das vivências dos enfermeiros no cuidar da criança em fim de vida e a sua família.

Quanto aos artigos de revisão, o primeiro trata-se de uma revisão integrativa da literatura disponível em três bases de dados electrónicas sobre o Suporte Social na adaptação à condição de sobrevivente de cancro. O segundo descreve as Boas Práticas de enfermagem no uso da tecnologia na comunicação da pessoa laringectomizada. O terceiro tem como tema a Obstipação Induzida

pelos Opioides (OIO) em doentes oncológicos adultos. Neste artigo pretende-se fazer um enquadramento teórico da OIO e apresentar medidas de prevenção e tratamento que visem a melhoria dos cuidados prestados e consequentemente melhorem a qualidade de vida dos pacientes de que cuidamos.

Para 2018, manteremos a reformulação dos aspectos importante no desenvolvimento deste projecto, faremos publicar no próximo número uma readaptação dos procedimentos regulatórios da revista ON e teremos outros indexantes.

Continuamos a disponibilizar a ON a todos aqueles que se interessam pela evolução da oncologia e especificamente da enfermagem oncológica. A AEOP tudo fará para que o nosso posicionamento na prática clínica seja reforçado e que os nossos profissionais sejam reconhecidos pela qualidade das suas práticas clínicas.

Desejamos a todos sucessos para 2018!

M. Jorge Freitas
Diretor de Publicação da revista ON



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

AEOP11

REUNIÃO ANUAL
1 E 2 JUNHO 2018

CONFERÊNCIA NACIONAL DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

MH Hotel Peniche | 1-2 de junho 2018

SUORTE SOCIAL NA ADAPTAÇÃO À CONDIÇÃO DE SOBREVIVENTE DE CANCRO

Tiago André Peixoto

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estudante de Doutoramento em Enfermagem
Universidade Católica Portuguesa
Enfermeiro no Serviço de Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto
Prof. Assistente Convidado da Escola Superior de Enfermagem do Porto
tiago.andre.peixoto@hotmail.com

Nuno Miguel Peixoto

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estudante de Doutoramento em Enfermagem
Universidade Católica Portuguesa
Enfermeiro no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Porto
Prof. Assistente Convidado da Escola Superior de Enfermagem do Porto
nunomiguelpeixoto@gmail.com

RESUMO: O suporte social dos sobreviventes de cancro é perspectivado como um recurso capaz de influenciar a resposta humana, o impacto do *stress* e a gestão da doença e, ainda, produzir efeito na proteção da saúde e recuperação da doença.

Objectivo: Explorar o estado actual do conhecimento científico relacionado com o suporte social dos sobreviventes de cancro e descrever essas evidências, desenvolvendo um mapa concetual que clarifique o conceito e o impacto do suporte social.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura em três bases de dados electrónicas, segundo as recomendações do Joanna Briggs Institute para a realização de *scoping reviews*.

Resultados: De um total de 415 artigos publicados entre janeiro de 2010 e maio de 2016, 24 foram incluídos. Diferentes perspetivas foram encontradas na abordagem ao suporte social: alguns autores focalizam-se nas componentes estruturais e outros nas configurações subjectivas.

Conclusão: O suporte social é a percepção de afecto gerada a partir de um conjunto de interações realizadas dentro do ambiente social que são desenvolvidas com o propósito de ajudar a atingir resultados positivos.

PALAVRAS-CHAVE: Suporte social; cancro; sobreviventes; ajustamento social; autogestão.

ABSTRACT: *Theoretical framework: Social support of cancer survivors is perceived as a resource capable of influencing the human response, the impact of stress and disease management and producing positive effect on health protection and recovery from disease.*

Objectives: *Explore the current state of scientific knowledge related to the social support of cancer survivors and describe this evidence by developing a conceptual map that clarifies the concept and impact of social support.*

Methodology: *An integrative literature review in three electronic databases, according to the recommendations of the Joanna Briggs Institute for conducting scoping reviews.*

Results: *From a total of 415 articles published between January 2010 and May 2016, 24 were included. Different perspectives were found in the approach to social support: some authors focus on the structural components and others on the subjective configurations.*

Conclusion: *Social support is the perception of generated affection, based on a set of interactions carried out within the social environment that are developed with the purpose of helping to achieve positive results.*

Keywords: *Support, social; cancer; survivors; adjustment, social, self-management.*

1. Introdução

Fruto da galopante evolução da ciência e da tecnologia, tem-se verificado uma transformação da trajetória de várias doenças. A doença oncológica é um dos exemplos que melhor representa esta evolução do contexto de saúde (Direcção-Geral da Saúde, 2013). Se por um lado, este facto concorre para o sucesso do controlo da mortalidade de doenças que em tempos eram consideradas um diagnóstico de “*morte anunciada*”, por outro lado faz emergir a problemática do cancro como doença crónica. Contudo, apesar do conhecido sucesso no tratamento de muitas doenças oncológicas, é incoerente concluir-se que as pessoas que finalizaram os tratamentos estão totalmente curadas, uma vez que estas pessoas continuam a vivenciar consequências biológicas, psicológicas e sociais, reais ou potenciais, a curto, médio e longo prazo, que interferem com o retorno ao normal funcionamento e, por tal, necessitam de um efectivo acompanhamento profissional (Schwartz, 2003, Pinto, 2007).

A problemática da sobrevivência ao cancro é cada vez mais pertinente e o conceito de sobrevivente de cancro, que emergiu nas últimas décadas envolto em algumas discrepâncias quanto à sua definição, caracteriza-se, numa mais recente, pela pessoa com diagnóstico de cancro que completou a fase primária do tratamento com intenção curativa e se encontra numa fase de remissão da doença (Feuerstein, 2007).

Com o aumento crescente do número de sobreviventes de cancro, começam a surgir estudos que têm vindo a explorar o “*preço da cura*” do cancro, ou seja, existe a necessidade de se compreender o impacto e as consequências da doença e seus tratamentos na condição de vida da pessoa, no âmbito físico, psicológico e social (Bowling, 1994). Entender todo o processo de reestruturação que a pessoa tem de enfrentar

quando conclui o tratamento de uma doença oncológica é essencial para que os profissionais possam, de forma sustentada, contribuir eficazmente para a recuperação e reintegração social dessas pessoas.

Para a maioria dos indivíduos, o cancro e os seus tratamentos são perspetivados como uma ameaça cujo próprio reconhece que os seus recursos pessoais e processos habituais para a resolução de problemas são insuficientes para voltar a restabelecer um equilíbrio que o permita confrontar a situação de crise provocada (Pinto, 2007). O suporte social dos sobreviventes de cancro surge como um recurso capaz de influenciar a resposta humana em situações de crise, moderar o impacto do *stress* face à doença, promover a gestão da doença e produzir um efeito mediador na protecção da saúde e recuperação da doença (Rutter & Quine, 1996; Ribeiro, 1999).

Uma das primeiras definições na literatura surge por Cobb (1976) que abordou o suporte social como um moderador do *stress* na vida das pessoas, e definiu-o como um conjunto de informações que levam o indivíduo a acreditar que é amado, tem valor e que pertence a uma rede com obrigações, capaz de reduzir a quantidade de medicação necessária, acelerar a recuperação e facilitar gestão dos regimes terapêuticos prescritos.

Enquadrado com a área da saúde, Santos, Ribeiro e Lopes (2003) explicaram o suporte social como o conjunto de mecanismos através dos quais as relações pessoais são capazes de proteger o indivíduo e Singer e Lord (1984) demonstraram que o suporte social protege os indivíduos contra as perturbações induzidas pelo *stress*, a sua não existência é fonte de *stress*, a sua perda é um factor *stressor* e que a sua existência torna as pessoas mais fortes e em melhor condição para enfrentar as vicissitudes da vida.

Este trabalho tem como objectivo explorar o estado actual do conhecimento científico relacionado com o suporte social dos sobreviventes de cancro e descrever essas evidências, desenvolvendo um mapa concetual que clarifique o conceito e o impacto do suporte social. Com os resultados obtidos, pretende-se ampliar o conhecimento que os enfermeiros têm sobre o suporte social e fomentar as intervenções que estes desenvolvem na promoção do suporte social enquanto mediador essencial da adaptação do sobrevivente à nova condição de saúde/vida.

De acordo com as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI) para a realização de *scoping reviews* (2015), a formulação da questão de investigação baseou-se na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) e consiste: “O que é conhecido na literatura científica existente sobre o suporte social nas pessoas que foram diagnosticadas com cancro e se encontram na fase pós-tratamentos?”.

Os objectivos, os critérios de inclusão e os métodos definidos para a concretização desta revisão foram detalhadamente especificados e documentados num protocolo previamente realizado e não publicado.

2. Material e métodos

Realizamos uma revisão da literatura de acordo com as instruções metodológicas do Joanna Briggs Institute para a realização de *scoping reviews* (2015). Os critérios de inclusão dos artigos estão apresentados na tabela 1.

A primeira etapa para a identificação dos artigos consistiu na realização de pesquisas convencionais em bases de dados electrónicas com as palavras chave anteriormente definidas. De seguida, através da consulta dos artigos mais pertinentes, foram identificados os principais termos de pesquisa utilizados e foram definidas as frases booleanas:

MEDLINE with full text® — (((MH “neoplasms”) OR (“cancer patient^{*}”) OR (“cancer surviv^{*}”)) AND (MH “Social Support”) AND (“after cancer” OR (“after treatment^{*}”) OR (“survivor^{*}”))); Filtros ativados: Modos de pesquisa: Booleano/Frase. Limitadores: Texto completo; Humanos; Relacionado à idade: All Adult: 19+ years; Data de publicação de: 2010/01/01 - 2016/05/10; Idioma: Português e Inglês.

CINAHL plus with full text® — (((MH “neoplasms”) OR (MH “cancer patients”) OR (MH “cancer survivors”)) AND ((MH “Support, Psychosocial”) OR (MH “Social Networks”) OR (MH “Social Behavior”)) AND (“after cancer” OR (“after treatment^{*}”) OR (“survivor^{*}”))); Filtros ativados: Modos de pesquisa - Booleano/Frase Limitadores: Texto completo; Data de publicação de: 2010/01/01-2016/05/06; Humano; Faixas etárias: All Adult; Idioma: Português e Inglês.

Cochrane Library Plus® — (“neoplasms” OR “cancer patient^{*}” OR “cancer surviv^{*}”) AND (“social support” OR “social network^{*}”) AND (“after cancer” OR “after treatment^{*}” OR “survivorship”)); Filtros ativados: Expansores: Search all text; Limitadores: Livre acesso; Data de publicação de: 2010/01/01-2016/05/06.

Tabela 1. Critérios de inclusão dos estudos.

POPULAÇÃO	CONCEITOS	CONTEXTO
Estudos que incluam indivíduos adultos (idade>18) que tenham sido diagnosticados com cancro, independentemente do tipo de tumor: <i>Cancer (Neoplasms); Cancer patients; Oncology patients</i>	Estudos que abordem o ajustamento mental ao cancro: <i>Support, Psychosocial; Social Networks; Social Behavior; Social Support</i>	Sem limites geográficos ou raciais. Estudos que abordem a fase da sobrevivência – depois do final dos tratamentos com intensão curativa: <i>After treatment; After cancer; Survivorship</i>
Tipos de estudo: Todos os estudos primários ou secundários, quantitativos ou qualitativos.		
Língua da publicação: Estudos publicado em língua portuguesa ou inglesa.		
Data de publicação: Estudos publicados entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de maio de 2016.		

Com o objetivo de acrescentar mais informação para a análise e discussão da temática e de fortalecer as conclusões, decidiu-se incorporar nesta revisão outras pesquisas realizadas (a chamada literatura cinzenta). Assim, foram adicionados 63 estudos científicos, provenientes de pesquisas livres que respeitassem os critérios de inclusão previamente estipulados. A Figura 1 representa o processo de identificação e selecção dos estudos.

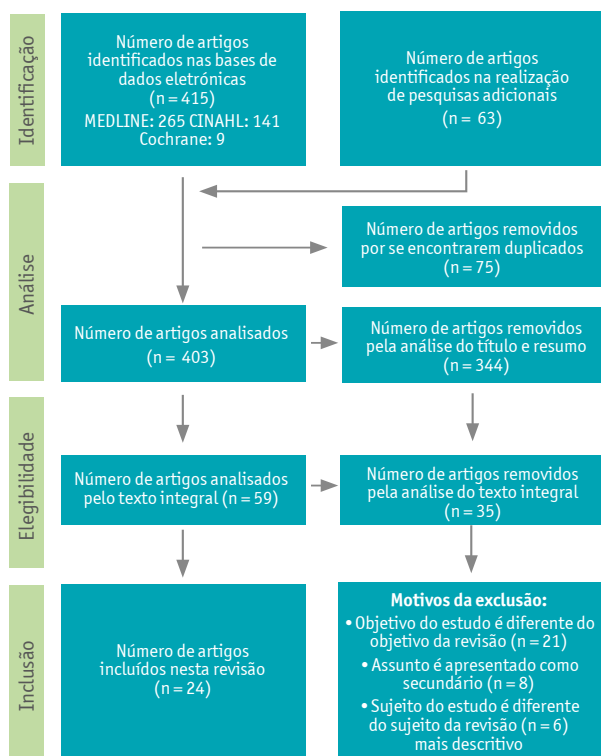


Figura 1. Processo de identificação dos estudos - PRISMA diagram flow.

3. Resultados e discussão

Considerando a distribuição dos vinte e quatro estudos incluídos nesta revisão por ano de publicação, conclui-se que apenas no ano de 2016 não houve nenhum trabalho relevante publicada (tal facto pode justificar-se por apenas se ter sido considerado, nesse ano, o intervalo de tempo compreendido entre 1 de janeiro e 31 de maio).

No ano de 2010 foram publicados seis estudos relevantes, no de 2011 apenas um, no de 2012 quatro, no de 2013 seis, no ano de 2014 cinco e no ano de 2015 dois.

Relativamente ao país de origem dos estudos incluídos destaca-se os Estados Unidos da América (EUA) com quinze (62,5%) publicações relevantes sobre a temática (este número pode justificar-se não só pela grande produção científica daquele país, como também pela escolha das bases de dados desta revisão, uma vez que a Medline é a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA e a CINAHL é uma base de dados de enfermagem gerida pela EBSCO sediada também nos EUA. Na Austrália foram publicados três estudos e na China, Brasil, Canadá, Reino Unido, Holanda e Turquia contaram-se apenas um em cada.

Atendendo à metodologia dos estudos incluídos, mais precisamente no que respeita ao desenho de investigação, podemos afirmar que estudos de metodologia quantitativa foram os mais realizados, totalizando dezasseis (66,7%), dos quais seis são descritivos, observacionais e transversais, cinco são descritivos, observacionais e longitudinais, um é prospetivo, outro é correlacional transversal, outro é de coorte retrospectivo, outro é descritivo comparativo e outro é de coorte prospetivo. Destacaram-se ainda cinco estudos qualitativos, dois de revisão e um outro de metodologia mista no grupo dos estudos mais relevantes sobre a temática.

Analisando as características da amostra, conclui-se que nove estudos (37,5%) elegeram exclusivamente sobreviventes de cancro da mama (que continua a ser a população mais estudada na área da oncologia), nove outros estudos (37,5%) optaram por usar sobreviventes de vários tipos de cancro, dois estudos, justificado pelas características do seu desenho de investigação (estudos de revisão da literatura), não apresentaram amostra, um estudo com sobreviventes de cancro ginecológico, outro com sobreviventes de cancro da cabeça e pescoço, outro com sobreviventes de cancro colo-rectal e, por fim, outro com sobreviventes de linfoma de Hodgkin.

No que ao tamanho da amostra diz respeito, dezanove (79,2%) dos vinte e quatro estudos apresentavam uma amostra superior a 50 participantes, sendo que destes dez apresentavam mais do que 250 participantes. Dos restantes, dois estudos apresentavam uma amostra compreendida entre os 20 e os 50 participantes, dois não apresentavam amostra e um apresentava uma amostra com menos de 20 participantes.

Considerando a utilização dos instrumentos de recolha de dados, catorze estudos (58,3%) recorreram a questionários, seis utilizaram entrevistas, um usou inquéritos, outro entrevista e questionário e, por último, dois estudos não

usaram instrumentos de recolha de dados pela particularidade do desenho de investigação.

Quanto aos objectivos dos estudos incluídos nesta revisão, a Tabela 2 apresenta o objectivo principal de cada estudo.

Tabela 2. Tabela resumo dos estudos incluídos.

Estudo	Objetivo
E1 - Soares, A., Biasoli I., Scheliga, A., Baptista, R., Brabo, E., Morais, J., ... Spector, N. (2013). Association of social network and social support with health-related quality of life and fatigue in long-term survivors of Hodgkin lymphoma. <i>Support Care Cancer</i> , 21:2153-2159.	Analisar a relação entre a rede social e apoio social com a qualidade de vida e fadiga nos sobreviventes de linfoma de Hodgkin a longo prazo.
E2 - Snyder, K. & Pearse, W. (2010). Crisis, social support, and the family response: exploring the narratives of young breast cancer survivors. <i>J Psychosoc Oncol.</i> , 28(4):413-431.	Perceber como sobreviventes de cancro da mama recorrem ao apoio social, identificando as suas principais redes de apoio social, analisar as formas de apoio social que estas reconhecem como mais importante e sugerir novos caminhos para a realização de pesquisa sobre o suporte social.
E3 - Carpenter, K., Fowler, J., Maxwell, G., & Andersen, B. (2010). Direct and buffering effects of social support among gynecologic cancer survivors. <i>Ann. behav. med.</i> , 39:79-90.	Examinar se o apoio social modera a relação entre o funcionamento físico e o ajustamento psicológico, através do teste de hipóteses.
E4 - Hodges, K. & Winstanley, S. (2012). Effects of optimism, social support, fighting spirit, cancer worry and internal health locus of control on positive affect in cancer survivors: a path analysis. <i>Stress and Health</i> , 28:408-415.	Analisar a relação entre otimismo e as respostas emocionais durante a fase de sobrevivência ao cancro, juntamente quatro possíveis mediadores: apoio social, espírito de luta, locus de controle interno e preocupação com o cancro.
E5 - Barber, F. (2013). Effects of social support on physical activity, self-efficacy, and quality of life in adult cancer survivors and their caregivers. <i>Oncol Nurs Forum</i> , 40(5):481-9.	Explorar a relação entre sobreviventes de cancro e cuidadores nos domínios do suporte social, autoeficácia para a atividade física, atividade física e qualidade de vida e entender a percepção de suporte social dos sobreviventes de cancro na participação em atividade física.
E6 - Howren, M., Christensen, A., Karnell, L., Liew, J. & Funk, G. (2013). Influence of pretreatment social support on health-related quality of life in head and neck cancer survivors: Results from a prospective study. <i>Head & Neck</i> 35:779-787.	Analisar de que forma a percepção de apoio social (antes do início do tratamento oncológico) se relaciona com a qualidade de vida depois dos tratamentos ao cancro da cabeça e pescoço.
E7 - Zucca, A., Boyes. A., Lecathelinais, C. & Girgis, A. (2010). Life is precious and I'm making the best of it: <i>coping</i> strategies of long-term cancer survivors. <i>Psychooncology</i> , 19(12):1268-76.	Avaliar a prevalência e os preditores das estratégias de <i>coping</i> usadas pelos sobreviventes de cancro de longo prazo (cinco a seis anos após o diagnóstico).
E8 - Tanjasini, S., Mata'alii, S., Hanneman, M. & Sabado M. (2011). Needs and experiences of Samoan breast cancer survivors in Southern California. <i>Hawaii Med J.</i> , 70(11 Suppl 2):35-9.	Descrever a experiência e as necessidades de apoio social de sobreviventes de cancro da mama.
E9 - Kwok, C. & White, K. (2014). Perceived information needs and social support of Chinese-Australian breast cancer survivors. <i>Support Care Cancer</i> , 22(10):2651-9.	Explorar a percepção das necessidades de informação e de suporte social em sobreviventes de cancro da mama e como esses recursos influenciam a experiência de cancro.
E10 - Hamilton, J., Moore, C., Powe, B., Agarwal, M. & Martin, P. (2010). Perceptions of support among older African American cancer survivors. <i>Oncol Nurs Forum</i> , 37(4):484-93.	Explorar as necessidade de apoio social percebidas por sobreviventes idosos.
E11 - McDonough, M., Sabiston, C. & Wrosch, C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors: the role of social support and stress. <i>Psychooncology</i> , 23(1):114-20.	Examinar se o apoio social e o <i>stresse</i> prevê mudança no crescimento pós-traumático e bem-estar subjetivo em sobreviventes de cancro da mama.

Tabela 2. (continuação)

Estudo	Objetivo
E12 - Green, H., Ferguson, M., Shum, D. & Chambers, S. (2013). Prospective individual and social predictors of changes in adjustment for patients attending a regional cancer service. <i>Qual Life Res.</i> , 22(4):759-70.	Este estudo aplicou o modelo de processamento sócio-cognitivo para examinar quais os aspectos do ambiente social (positivos – apoio social e negativos – restrições sociais) influenciam o sofrimento emocional, qualidade de vida, bem-estar e promove benefícios depois do cancro.
E13 - Bloom, J., Stewart, S., Oakley-Girvan, I., Banks, P. & Shema, S. (2012). Quality of life of younger breast cancer survivors: persistence of problems and sense of well-being. <i>Psychooncology</i> , 21(6):655-65.	Avaliar a qualidade de vida de um grupo de jovens sobreviventes de cancro da mama aos 5 e 10 anos após o diagnóstico para determinar a persistência de saúde física, mental e social e a sensação de bem-estar.
E14 - Sammarco, A. & Konecny, L. (2010). Quality of life, social support, and uncertainty among Latina and Caucasian breast cancer survivors: a comparative study. <i>Oncol Nurs Forum</i> , 37(1):93-9.	Analisar as diferenças no que concerne ao apoio social percebido, à incerteza e à qualidade de vida entre sobreviventes de câncer de mama latinos e caucasianos.
E15 - Phillips, S. & McAuley, E. (2013). Social cognitive influences on physical activity participation in long-term breast cancer survivors. <i>Psychooncology</i> , 22(4):783-91.	Testar o modelo social cognitivo na participação dos sobreviventes de cancro em atividade física.
E16 - Kim, B., Wallington, S., Makambi, K. & Adams-Campbell, L. (2015). Social networks and physical activity behaviors among cancer survivors: data from the 2005 Health Information National Trends Survey. <i>J Health Commun.</i> , 20(6):656-62.	Analisar a relação entre as redes sociais e comportamentos de atividade física nos sobreviventes de cancro.
E17 - Kroenke, C., Kwan, M., Neugut, A., Ergas, I., Wright, J., Caan, B., ... Kushi, L. (2013). Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. <i>Breast Cancer Res Treat.</i> , 139(2):515-27.	Analisar os mecanismos através dos quais as relações sociais influenciam a qualidade de vida em sobreviventes de cancro da mama.
E18 - Barber, F. (2012). Social support and physical activity engagement by cancer survivors. <i>Clin J Oncol Nurs.</i> , 16(3):E84-98.	Analisar se as intervenções de apoio social que têm sido bem sucedidas na motivação de adultos sobreviventes de cancro para se envolver em atividades físicas.
E19 - Forsythe, L., Alfano, C., Kent, E., Weaver, K., Bellizzi, K., Arora, N., ... Rowland, J. (2014). Social support, self-efficacy for decision-making, and follow-up care use in long-term cancer survivors. <i>Psychooncology</i> , 23(7):788-96.	Analisar a associação entre o apoio social, o uso de cuidados de acompanhamento e a autoeficácia na tomada de decisão relacionada aos cuidados de acompanhamento nos sobreviventes de cancro.
E20 - You, J. & Lu, Q. (2014). Sources of social support and adjustment among Chinese cancer survivors: gender and age differences. <i>Support Care Cancer</i> , 22(3):697-704.	Examinar como o apoio de diferentes fontes estaria associado com o ajuste ao cancro e como essas associações seriam moderadas por idade e sexo nos sobreviventes de cancro chineses.
E21 - Le, D., Holt, C., Pisu, M., Brown-Galvan, A., Fairley, T., Lee Smith, J., ... Martin, M. (2014). The role of social support in posttreatment surveillance among African American survivors of colorectal cancer. <i>J Psychosoc Oncol.</i> , 32(3):245-63.	Explorar o papel do apoio social na vigilância do tratamento após o cancro colorretal e informar sobre possíveis intervenções para promover a vigilância em afro-americanos sobreviventes de cancro.
E22 - Schroevers, M., Helgeson, V., Sanderman, R. & Ranchor, A. (2010). Type of social support matters for prediction of posttraumatic growth among cancer survivors. <i>Psychooncology</i> , 19(1):46-53.	Examinar a relação entre suporte emocional no período pós-diagnóstico e a experiência positiva da doença (crescimento pós-traumático) aos 8 anos após o diagnóstico de cancro.
E23 - Usta, Y. (2012). Importance of Social Support in Cancer Patients. <i>Asian Pac J Cancer Prev.</i> , 13(8):3569-72.	Descrever a importância do apoio social na sobrevivência ao cancro e fornecer recomendações para profissionais de saúde.
E24 - Dorfman, C. (2015). Social support, health, and recurrent breast cancer: Understanding psychological and biological mechanisms. Dissertação apresentado para obtenção do grau de Doutor em Filosofia na Graduate School of The Ohio State University.	Examinar a relação entre o apoio social, o sofrimento psicológico, as variáveis biológicas e a saúde física.

Na transição para a sobrevivência, percebe-se que apesar de serem reconhecidas mudanças de vida positivas (crescimento pós-traumático) decorrentes da experiência oncológica, o medo da recorrência, a menor qualidade de vida e a dificuldade em regressar à “vida normal” imperam após a conclusão dos tratamentos (McDonough, Sabiston & Wrosch, 2014; Schroevers, Helgeson, Sanderman & Ranchor, 2010).

Focalizando na análise realizada aos vinte e quatro estudos selecionados, parece ser transversalmente consensual a premissa de que o homem é um ser social e a sua qualidade de vida significa indubitavelmente uma boa interação e integração social (Soares et al., 2013). Concomitantemente, a maioria dos estudos demonstra que o suporte social tem um forte impacto no *stress* em situações de crise, no reajuste psicológico, na recuperação da doença e, especialmente, na qualidade de vida do sobrevivente de cancro (Soares et al., 2013; Carpenter, Fowler, Maxwell & Andersen, 2010; Howren, 2013; Green, Ferguson, Shum & Chambers, 2013; Bloom et al., 2012; Sammarco & Konecny, 2010; Kroenke et al., 2013; You & Lu, 2014; Usta, 2012).

A clarificação do conceito de suporte social assume certas particularidades, quer pelos diversos domínios envolvidos com a definição quer pelas múltiplas concepções apresentadas. Por um lado, alguns autores focalizam o suporte social enquanto suporte estrutural. Este tipo do suporte social está associado a medidas objetivas da ligação social, ou seja, diz respeito às interconexões dentro do ambiente social e é operacionalizado com o número de laços sociais ou com o grau de integração dentro da própria rede social (Uchino, 2004 cit. in Dorfman, 2015; Cohen, 1988 cit. in Dorfman, 2015; Barber, 2012; Kroenke et al., 2013; Kim, Wallington, Makambi, & Adams-Campbell, 2015; Bloom et al., 2012; Carpenter et al., 2010). Desta forma, indivíduos mais integrados na sua rede social podem participar em mais atividades comunitárias, ter maior contato com amigos e familiares e, assim, usufruir de um melhor apoio social. Por outro lado, existe um conjunto de autores que evidencia as configurações subjetivas do suporte social. Este tipo de suporte social é denominado de suporte funcional e refere-se aos recursos fornecidos pelas relações interpessoais (Cohen, 1988; Cohen & Syme, 1985; Uchino, 2004). Tipicamente, as medidas de suporte funcional avaliam a percepção dos indivíduos sobre o suporte disponível ou fornecido pelos membros de sua rede social (Barrera, 1986; Cohen & Syme, 1985; Helgeson, Cohen & Fritz, 1998). São exemplos os estudos que abor-

dam: as dimensões emocionais, instrumentais e informacionais do suporte social (Usta, 2012; Hamilton et al., 2010; Sammarco & Konecny, 2010; Howren, 2013; Forsythe et al., 2014; Snyder & Pearse, 2010; Hodges & Winstanley, 2012); a distinção entre o suporte social recebido, percebido e necessário (Schroevers, 2010); a satisfação com a dimensão social (Schroevers et al., 2010); e o suporte social enquanto estratégia de *coping* (Zucca, Boyes, Lecathelinais & Girgis, 2010; McDonough, Sabiston & Wrosch, 2014).

De uma forma geral, o suporte social, atualmente identificado como um dos mais significativos fatores no ajustamento psicossocial à doença oncológica (Thompson et al., 2013 cit. in Kwok & White, 2014; Green et al., 2013), é apresentado como a percepção de conforto, carinho, assistência e estima que um indivíduo tem proveniente de outros (amigos, família, colegas de trabalho, profissionais, etc.) com o objectivo de ajudar a atingir resultados positivos (Wallston, 1983 cit. in Hodges & Winstanley, 2012). Esta definição aproxima-se dos referenciais mais antigos apresentados por Cobb (1976), que descrevem o suporte social como a informação que leva o indivíduo a ter consciência de que é amado, valorizado e que pertence a uma rede de comunicação com obrigações mútuas.

Hupcey (1998 cit. in Usta, 2012) enumera os requisitos necessários para que o apoio social ocorra: a) o ato de fornecer um recurso necessário, b) o destinatário ter a sensação de que está a ser cuidado, c) o ato de ter um resultado positivo implícito, d) existir uma relação entre o provedor e o destinatário, e) o apoio ser complementado por uma organização ou profissional, e f) o apoio não ter intenção negativa.

Especificamente, existem diferentes interpretações na análise da multidimensionalidade e pluralidade do conceito. A maioria dos autores defende que o suporte social engloba o apoio emocional (ou psicológico), que diz respeito ao suporte que faz com que o indivíduo se sinta melhor, mais seguro, melhor compreendido e concentrado nas expressões de amor e confiança, o apoio tangível (ou instrumental ou não-psicológico) relacionado com o auxílio na manutenção de papéis sociais, tais como o recurso a ajuda na confecção de refeições, realização de tarefas domésticas ou transporte para o hospital e o apoio informacional (ou cognitivo) que auxilia na compreensão e validação da informação que os indivíduos recebem por parte de profissionais de saúde, amigos ou de outros sobreviventes e reconhece a importância da partilha de conhecimentos sobre a gestão de uma

determinada experiência (Usta, 2012; Hamilton et al., 2010; Sammarco & Konecny, 2010; Howren, 2013; Forsythe et al., 2014; Snyder & Pearse, 2010; Hodges & Winstanley, 2012).

Noutra perspectiva, existem definições académicas de suporte social que sugerem que o receptor deve ter uma percepção de que alguém está a cuidar dele para que esta produza resultados positivos na sensação de bem-estar (Hupcey, 1998 cit. in Usta, 2012). Neste sentido, alguns autores consideram importante a distinção entre o suporte social recebido, percebido e necessário (Schroevens et al., 2010; Hodges & Winstanley, 2012; Forsythe et al., 2014). O primeiro, referente à percepção sobre a disponibilidade de suporte (tipo de comportamento de suporte), o segundo diz respeito ao suporte que efectivamente foi prestado/fornecido (avaliação do comportamento de suporte), e o terceiro remete para a quantidade e qualidade de suporte que determinado sobrevivente de cancro necessita para que este produza um o efeito catalisador para mudanças psicossociais positivas (Ribeiro, 1999; Schroevens et al., 2010; Hodges & Winstanley, 2012; Forsythe et al., 2014).

Ainda, foram encontrados dados que informam que alguns investigadores (Schroevens et al., 2010) salientam a importância da valorização da satisfação com o suporte social (expressão da utilidade e nível de ajuda sentidos pelo indivíduo perante o suporte social efectivamente recebido) e outros (Zucca, Boyes, Lecathelinais & Girgis, 2010; McDonough, Sabiston & Wrosch, 2014) consideram a procura de suporte social como uma estratégia de *coping* útil para a adaptação à sobrevivência.

Relativamente à fonte do suporte social, os membros da família próxima ou cônjuges estão geralmente mais disponíveis, mas familiares e amigos são também apresentados pelos sobreviventes de cancro como as fontes de suporte mais úteis e tendem a providenciar suporte emocional e instrumental (Carpenter et al., 2010). Para além destes, grupos de apoio, serviços e profissionais podem oferecer um apoio fundamental para limitar a ruptura psicossocial provocada pela doença oncológica, estes tendencialmente disponibilizam suporte informacional (Alferi et al., 2001 cit. in Sammarco & Konecny, 2010; Carpenter et al., 2010). Desta forma identificamos que, quanto à fonte, o suporte social organiza-se em suporte informal, aquele que é prestado por familiares, amigos ou vizinhos, em suporte não formal, aquele prestado por grupos religiosos ou grupos/organizações de base comunitária, e em suporte formal (ou profissional), aquele

prestado por organizações sociais formais (hospitais, centros de saúde e instituições sociais) ou por profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais) (Ribeiro, 1999; Alferi et al., 2001 cit. in Sammarco & Konecny, 2010; Carpenter et al., 2010).

No ponto de vista dos sobreviventes de cancro, alguns estudos descrevem que o suporte social é identificado como uma componente vital para a sua recuperação e as principais preocupações no domínio dos aspetos sociais são as alterações do funcionamento sexual, os problemas associados à auto-imagem, as questões relacionadas com o trabalho (discriminação, oportunidades e exigências físicas), a falta de recursos e apoio para auxiliar a reinserção no mercado do trabalho, a readaptação dos papéis desempenhados em casa e nas actividades sociais, o sofrimento, a sobrecarga familiar, os efeitos a longo prazo do tratamento ao cancro e o estigma social associado a doença oncológica (Snyder & Pearse, 2010; Bloom et al., 2012; Hamilton et al., 2010).

De uma forma geral, percebe-se que o suporte social é um constructo multidimensional com forte impacto na vida do sobrevivente de cancro e os mecanismos envolvidos nas relações interpessoais que os indivíduos desenvolvem têm a finalidade de inibir o desenvolvimento de outras doenças, promover a eficaz gestão da doença, influenciar positivamente a readaptação psicológica, melhorar a qualidade de vida e aumentar a sobrevivência (Serra, 2002; Cohen & Wills, 1985 cit. in Forsythe et al., 2014; Snyder & Pearse, 2010).

Da revisão realizada percebeu-se que as características sociodemográficas e clínicas influenciam de forma directa a qualidade do suporte social recebido pelo sobrevivente de cancro. Especificamente, ser casado ou viver como casado (Forsythe et al., 2014), ter um maior número de familiares e amigos (Soares et al., 2013; Carpenter et al., 2010; Bloom et al., 2012; Kroenke et al., 2013), possuir mais recursos financeiros (Forsythe et al., 2014), estar numa fase inicial da doença e não ter realizado quimioterapia (Howren, 2013), manifestar menor sintomatologia e menores efeitos colaterais dos tratamentos (Howren, 2013), ter menos antecedente/doenças crónicas (Bloom et al., 2012) ou não apresentar problemas de ordem laboral/profissional (Bloom et al., 2012) estão relacionados com um melhor suporte social recebido pelo sobrevivente de cancro. Ainda a etnia e as crenças culturais devem ser consideradas neste ponto (Hamilton et al., 2010; Sammarco & Konecny, 2010).

Assim, entende-se que sobreviventes de cancro mais saudáveis e com uma maior rede social podem mais facilmente manter relações com amigos e familiares e, conseqüentemente, beneficiar do seu apoio, desenvolvendo um processo de auto-influência positiva. Contudo, é importante perceber que a interação social *per se* não pode ser considerada uma fonte de suporte social, porque um ambiente de desapoio é fértil em factores que promovem o constrangimento ou isolamento social e podem provocar no sobrevivente desencorajamento ou limitar o ajustamento à doença (Green et al., 2013; Hamilton et al., 2010; Kroenke et al., 2013).

Por outro lado, é evidente na literatura explorada que o adequado suporte social nos sobreviventes de cancro está associado a uma melhor qualidade de vida (Soares et al., 2013; Barber, 2013; Howren, 2013; Green et al., 2013; Kroenke et al., 2013; You & Lu, 2014), menor mortalidade (Dorfman, 2015), desvigorosa progressão/agravamento da doença (Cohen & Janicki-Deverts, 2009 cit. in Dorfman, 2015), melhor saúde física, mental e emocional (Soares et al., 2013; Barber, 2013; Green et al., 2013; Dorfman, 2015), melhor funcionamento social (Soares et al., 2013), menores níveis de fadiga (Soares et al., 2013; Phillips & McAuley, 2013), maior participação em actividades físicas (Barber, 2013; Phillips & McAuley, 2013; Barber, 2012), melhor ajustamento psicológico, menor sofrimento psicológico (ou seja, menor depressão e menor ansiedade) (Carpenter et al., 2010; You & Lu, 2014; Usta, 2012; Dorfman, 2015), uma melhor satisfação com a vida e bem-estar (McDonough, Sabiston & Wrosch, 2014; Green et al., 2013; Dorfman, 2015), estilo de *coping* mais adaptativo (especialmente o espírito de luta) (Zucca et al., 2010; Usta, 2012), mais auto-eficácia na tomada de decisões sobre os problemas da vida (Barber, 2013; Forsythe et al., 2014), melhor autovigilância e adesão aos cuidados de acompanhamento (Le et al., 2014; Forsythe et al., 2014) e, também, do ponto de vista fisiológico, produz efeitos neuroendócrinos e imunológicos (Uchino, et al., 1996 cit. in Dorfman, 2015).

Apesar do suporte social promover um efeito positivo largamente demonstrado com a maioria dos estudos revistos, é importante referir que alguns estudos focalizam a atenção no efeito potencialmente prejudicial de um suporte social ineficaz. Um ambiente de desapoio ou angustiante é fértil em factores que promovem o constrangimento social, ou seja, as respostas das pessoas significativas provocam

no sobrevivente desencorajamento ou limitam a disposição deste em se envolver positivamente com a sua própria doença (Green et al., 2013). Por exemplo, indivíduos com recursos de suporte inadequado (baixo apoio estrutural) e indivíduos que recebem respostas inúteis (pobre suporte funcional) são mais propensos a usarem estratégias de *coping* de fuga/evitamento, impedindo o desenvolvimento de habilidades que poderiam melhorar o ajuste e gerar interpretações alternativas (Carpenter et al., 2010).

Perante estas evidências, é plausível concluir que os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro pela influência que tem sobre a autogestão da doença crónica e todas as variáveis que com esta se relacionam, assumem uma função preponderante quer na identificação precoce dos factores que influenciam o apoio social, quer no desenvolvimento e implementação de um conjunto de intervenções que visam sobretudo prevenir os efeitos negativos de um suporte social inadequado ou aumentar o suporte social existente (Hamilton et al., 2010; Barber, 2013; Hodges & Winstanley, 2012; Green et al., 2013).

Beneficiando da capacidade única de intervir ao longo de todos pontos da trajectória da doença oncológica, os enfermeiros devem desenvolver planos de acompanhamento que privilegiem a qualidade do ambiente social na vida do sobrevivente. Portanto, avaliar o apoio social real, a percepção e a satisfação com esse apoio torna-se essencial para identificar que sobreviventes de cancro estão em risco e adequar a implementação de intervenções que promovam o suporte social e facilitem a transição para a sobrevivência (Hodges & Winstanley, 2012).

Detalhadamente: identificar precocemente os factores que influenciam o apoio social (Hamilton et al., 2010); discutir as necessidades de apoio social (Barber, 2013); considerar a família e toda a rede de suporte (Carpenter et al., 2010); incentivar a inclusão dos pares através da criação de grupos de apoio/ajuda (Carpenter et al., 2010); encorajar a participação activa dos cuidadores no processo de recuperação e reinserção (Barber, 2013); promover a procura e o uso de apoio social como uma estratégia de *coping* adaptativa (Zucca et al., 2010); aumentar o acesso dos sobreviventes a fontes alternativas de apoio social (Zucca et al., 2010); educar sobre a nova condição de saúde (Hamilton et al., 2010); treinar competência/habilidades comunicacionais com os sobreviventes e respectivas famílias (Green et al., 2013); identificar e limitar as barreiras que interferência com o

suporte social (Sammarco & Konecny, 2010); aumentar o envolvimento em actividades sociais (caminhadas, passeios, etc.) (McDonough, Sabiston & Wrosch, 2014); enfatizar o apoio religioso (Le et al., 2014); apoio psicossocial em grupo ou individualmente com o objectivo de fornecer suporte e a oportunidade de discutir as preocupações e pensamentos relacionados com o cancro (Schroevers et al., 2010); e ajuda emocional e psicológica que reforce os mecanismos de *coping* (Usta, 2012) são intervenções eficazes para reforçar o suporte social do sobrevivente de cancro.

4. Conclusão

O suporte social é considerado um conceito multidimensional com influência na adaptação à condição de sobrevivente de cancro, principalmente no que concerne ao ajustamento psicossocial, gestão da doença e qualidade de vida. Do ponto de vista concetual e tendo em consideração a revisão realizada, podemos assumir que o suporte social é a percepção de conforto, carinho e estima gerada a partir de um conjunto de interações realizados dentro do ambiente social de cada indivíduo, desenvolvidas com o propósito de proteger, apoiar e ajudar a atingir resultados positivos em saúde através da difusão de informação, apoio emocional e suporte instrumental proveniente de amigos, família, colegas de trabalho, vizinhos, profissionais, grupos ou instituições.

Contudo, esta revisão apresenta várias limitações que não devem ser esquecidas na análise dos resultados encontrados, entre elas destacam-se: a) não foi explorada a totalidade da literatura científica disponível sobre esta temática (*grey literature*); b) as pesquisas circunscrevem-se a três bases de dados electrónicas (MEDLINE with full text[®], CINAHL Plus with full text[®] e Cochrane Library Plus[®]) e a algumas pesquisas livres, num intervalo de tempo delimitado (entre 1 de Janeiro de 2010 e 31 de maio de 2016) e com restrições quanto ao idioma da publicação (português e inglês); c) a pesquisa apresenta como critério de inclusão as publicações disponíveis em texto integral (*full text*) e com acesso livre (*open access*); d) os resultados encontrados são provenientes de amostras heterogéneas (quer nas características sociodemográficas, quer nas características clínicas); e e) os estudos incluídos possuem diferentes níveis de evidências que não são considerados na análise. Apesar dos achados desta revisão serem provenientes de

um número de estudos significativo (24 incluídos) e de grande diversidade, considera-se que a investigação nesta área continua a ser pertinente. É prioritário desenvolver-se projectos de investigação que: possuam níveis de evidência elevados, especificamente estudos randomizados controlados e revisões sistemáticas com meta-análise de estudos randomizados controlados, de forma a fortalecer as recomendações fornecidas aos profissionais de saúde; concretizem análises longitudinais para estabelecer a direcção das relações apresentadas nesta revisão e examinar os efeitos a longo prazo do suporte social; e contemplem testes de intervenções, permitindo a clarificação da eficácia e a contextualização da panóplia de intervenções disponíveis.

Referências bibliográficas

1. Bowling A. (1994). La Medida de la Salud. Revision de las escalas de medida de la calidad de vida. Madrid. Masson, S.A.
2. Cobb S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
3. Direção-Geral da saúde (2013). Doenças Oncológicas em números – 2013, Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, Portugal. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2013.aspx>
4. Feuerstein M. (2007). Defining cancer survivorship. *The Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice*, 1(1), 5-7.
5. Internacional Agency for Research on Cancer – GLOBOCANN (2012). Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Disponível em: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_population.aspx
6. Joanna Briggs Institute (2011) Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2011 Edition. The Joanna Briggs Institute, 978-1-920684-09-9. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2011.pdf>
7. Organização Mundial de Saúde (2003). Adherence to long-term therapies. Evidence for action; WHO; cap. XIII, p. 107-114. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>
8. Pinto C. (2007). Jovens e adultos sobreviventes de cancro: Variáveis psicossociais associadas à otimização da saúde e qualidade de vida após o cancro, Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade do Porto.
9. Ribeiro J. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS). *Análise Psicológica*; 3, 547-558.
10. Rutter D. & Quine L. (1996). Social psychological mediators of the relationship between demographic factors and health outcomes: a theoretical model and some preliminary data. *Psychology and Health*, 11, 5-22.
11. Santos C., Ribeira J.P & Lopes, C. (2003). Estudo de adaptação da escala de satisfação com o suporte social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 4(2), 185-204.
12. Schwartz, C.L. (2013). Health status of childhood cancer survivors. Cure is more than the eradication of cancer. *Journal of the American Medical Association*, 290(12).
13. Serra, A. (2002). Recursos e estratégias para lidar com o stress. O stress na vida de todos os dias, Coimbra: Edição de Autor, 365-439.
14. Singer J.E., & Lord D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatening illness. *Handbook of psychology and health*. IV, 269-278.

USO DA TECNOLOGIA NA COMUNICAÇÃO DA PESSOA LARINGECTOMIZADA

BOAS PRÁTICAS DE CUIDADOS

Ana Frade

Enfermeira, Instituto Português de Oncologia - Lisboa
inesfrade9@hotmail.com

Susana Miguel

Enfermeira, Instituto Português de Oncologia - Lisboa
susanasamiguel@gmail.com

Óscar Ferreira

Professor Doutor Adjunto da Escola Superior de Enfermagem - Lisboa
oferreira@esef.pt

RESUMO: A comunicação é um dos mais importantes aspectos do cuidado de enfermagem. As pessoas submetidas a laringectomia total vivenciam complexos e frustrantes problemas de comunicação, devendo os mesmos ser informados, previamente à cirurgia, sobre estas mudanças, para que se possa identificar e combinar alternativas à comunicação verbal, a utilizar após o procedimento cirúrgico. No pós-operatório as pessoas adoptam como meios alternativos e/ou aumentativos de comunicação, os gestos, a escrita, o aceno da cabeça e a mímica labial, podendo estas estratégias incorrerem em insatisfação e falta de consistência. Para otimizar a comunicação, a utilização de outras estratégias alternativas e/ou aumentativas de comunicação e de métodos consistentes de comunicação devem ser explorados. Neste sentido, a utilização de dispositivos electrónicos portáteis (telemóveis, *tablets*, computadores portáteis) que tenham *software* instalado para a comunicação, facilmente acessível e fácil de usar, podem otimizar a comunicação da pessoa sem voz, onde se incluem as pessoas submetidas a laringectomia total, facilitar a sua adaptação, enaltecer a sua sensação de independência e promover a melhoria dos cuidados. Os dispositivos electrónicos portáteis constituem uma importante ferramenta para melhorar a comunicação, as quais oferecem diversas vantagens e benefícios (aumento da consciencialização e aceitação social da utilização de estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação; empoderamento; facilidade dos utilizadores em aceder a soluções de comunicação e elevada funcionalidade). Pretende-se com este artigo identificar intervenções optimizadoras da comunicação, utilizando dispositivos electrónicos portáteis e descrever o modo de utilização dos mesmos, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, promotores da comunicação eficaz na pessoa submetida a laringectomia total no período peri-operatório.

PALAVRAS-CHAVE: Laringectomia total; comunicação comprometida; cuidados de enfermagem; estratégias alternativas e/ou aumentativas de comunicação; dispositivos electrónicos de alta tecnologia.

ABSTRACT: *Communication is one of the most important aspects of nursing care. Individuals submitted to total laryngectomy experience complex and frustrating communication problems, and should be informed prior to surgery on these changes, so that alternatives to verbal communication can be identified and combined, to be used after the surgical procedure. At post-operative period, persons adopt gestures, writing, nodding and labial mimicry as alternative and/or augmentative communication strategies, which can be unsatisfactory and inconsistent. For optimize communication, other alternative and/or augmentative strategies of communication as well as consistent methods of communication should be explored. In this sense, the use of portable electronic devices (mobile phones, tablets, laptops) that have software installed for communication, easily accessible and easy to use, can optimize the communication of the voiceless person, including people undergoing total laryngectomy,*

for facilitate their adaptation, enhance their sense of independence and promote better care. Portable electronic devices are an important tool to improve communication, which offer several advantages and benefits (increased awareness and social acceptance of the use of alternative and/or augmentative communication strategies, empowerment, user's ease in accessing communication solutions and high functionality). The aim of this article is to identify interventions to optimize communication, using portable electronic devices and to describe their use in order to improve the quality of nursing care, promoters of effective communication in the person submitted to total laryngectomy in the perioperative period.

KEYWORDS: *Total laryngectomy; impaired communication; nursing care; alternative and/or augmentative communication strategies; high-tech electronic devices.*

1. Introdução

A laringectomia total (LT) tem um profundo impacto psicológico, social, físico e funcional, afectando as actividades de vida diária da pessoa, tais como falar, respirar, comer e beber (Noonan & Hegarty, 2010). Entre outras alterações, as pessoas submetidas a LT experienciam complexos e frustrantes problemas de comunicação no pós-operatório, decorrentes da perda da voz provocada pela ressecção completa da laringe (Haggood, 2000; Happ et al., 2004). O comprometimento da comunicação pode resultar numa sensação de perda do *self*; perda de relações interpessoais; perdas de bens materiais; frustração; depressão e isolamento (Fox & Rau, 2001; Magrin & Kowalski, 2003).

A incapacidade de falar limita a capacidade da pessoa para comunicar sintomas, questionar ou solicitar cuidados (Baehring & McCorkle, 2012; Rodriguez & Blisshark, 2010). Segundo Magrin e Kowalski (2003), *“muitos desses problemas poderão ser minimizados através de uma preparação pré-operatória (...) assim como pela participação activa dos familiares”* (p. 47). No pós-operatório, de modo a lidarem com as alterações da comunicação, as pessoas elegem como estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação (AAC) como os gestos, a escrita, o aceno da cabeça e a mímica labial, podendo estas estratégias incorrerem em insatisfação e falta de consistência (Happ et al., 2004; Rodriguez & Blisshark, 2010). A falta de solidez na selecção do método de comunicação e a grande variação na capacidade dos enfermeiros e da família em compreender os gestos e em realizar leitura labial, pode gerar confusão e frustração para as pessoas sem voz, família e cuidadores (Happ et al., 2004). Neste sentido, de forma a otimizar a comunicação, o uso de outras estratégias AAC (por exemplo: dispositivos geradores de fala) e o fornecimento de

métodos consistentes de comunicação devem ser explorados, particularmente os que podem ser adaptados para irem ao encontro das necessidades individuais das pessoas que não conseguem falar no pós-operatório (Rodriguez & Blisshark, 2010, p. 115).

Os Enfermeiros são o grupo profissional que se encontra mais tempo junto dos doentes, encontrando-se numa posição privilegiada para compreenderem como estes estão a vivenciar as alterações que ocorreram na sua vida e para delinear intervenções individualizadas que promovam a reabilitação, a adaptação e o bem-estar de cada pessoa.

2. O cancro da laringe e a laringectomia total: Alterações e impacto

A laringe localiza-se na região infra hióidea, abaixo da faringe e acima da traqueia, e fisiologicamente desempenha a função respiratória, fonatória (pela vibração das cordas vocais) e esfinteriana (Silva et al., 2002). Uma das neoplasias malignas mais comuns na Europa é o carcinoma de laringe, o qual tem uma incidência anual de cerca de 52.000 novos casos, sendo que, aproximadamente 90% dos casos ocorre no sexo masculino (Campana & Goiato, 2013). Em 2010, em Portugal, o cancro da laringe foi considerado o 9º cancro mais frequente nos homens, sendo este tipo de tumor mais comum no sexo masculino, com maior incidência a partir dos 40 anos de idade (Registo Oncológico Regional do Norte (RORENO), 2016). Em 2012 registaram-se 830 novos casos de cancro da laringe, diagnosticados em Portugal, sendo estimado que, em 2020, esse número aumente para 916 (World Health Organization (WHO), 2012). A LT é um procedimento cirúrgico radical e complexo utilizado no tratamento curativo do carcinoma avançado de laringe (estádios III e IV)

(Bickford et al., 2013). A LT consiste na “remoção de toda a laringe, da base da língua à traqueia, usualmente incluindo o osso hióide e espaço pré-epiglótico. Pode ser alargada à parte da base da língua, faringe, traqueia, glândula tiroideia e tecidos moles pré-laríngeos, incluindo pele” (Olias, 2004, p.123). Também durante o ato cirúrgico “a parte superior da faringe é suturada à base da língua e a traqueia é suturada à pele da base do pescoço, dando origem a um traqueostomia” (Silva et al., 2002, p. 214).

Deste modo, a LT conduz a profundas alterações estéticas, físicas e funcionais, a nível da respiração (permanência de traqueostomia), alimentação, olfacto, paladar e comunicação verbal, tendo grande impacto a nível psicossocial, emocional e na qualidade de vida da pessoa, que são experienciadas de forma única por cada indivíduo, levando a mudanças nas suas actividades de vida diárias (Bickford et al., 2013; Noonan & Hegarty, 2010).

2.1 Ausência de comunicação verbal

A LT torna inevitável a perda da comunicação verbal devido à ausência de voz laríngea, levando a que a pessoa submetida a LT experiencie complexos e frustrantes problemas de comunicação (Happ et al., 2004; Morente & Torres, 2004). *“A competência comunicativa é a capacidade de utilizar funcionalmente a comunicação em ambiente natural, fazendo face às necessidades que surgem durante as interações diárias que se estabelecem nesse ambiente, ou seja, é a capacidade de expressar sentimentos, ideias e necessidades de forma compreensível”* (Pinheiro & Gomes, 2013, p. 5954).

Segundo Favretto et al. (2007) “são considerados distúrbios de comunicação qualquer desvio no padrão normal da fala, da linguagem ou da audição de uma pessoa (...)” (p.227). Os distúrbios de comunicação podem resultar numa sensação de perda do *self* (física ou com prejuízos psicológicos), perda de relações interpessoais (separação física ou psicológica) e perda de objecto (bens materiais) devido às dificuldades económicas que podem acompanhar o aparecimento de um distúrbio de comunicação. Qualquer uma destas perdas pode desencadear um processo de luto (Fox & Rau, 2001). Para estes autores pessoas com distúrbios de comunicação também experimentam frustração, devido à sua incapacidade de comunicar tal como faziam previamente. No pós-operatório, a falta de voz limita a capacidade da pessoa para auto-relatar informação crítica, ocorrendo esta limitação num período em que as

pessoas necessitam de comunicar sintomas, têm questões ou precisam de solicitar cuidados (Baehring & McCorkle, 2012; Rodriguez & Blischarck, 2010). Segundo Rodriguez e Rowe (2010), no pós-operatório devem ser utilizados métodos AAC para melhorar a comunicação entre a pessoa submetida a LT e os enfermeiros. A comunicação eficaz entre o enfermeiro e a pessoa é a chave para a prestação de cuidados de qualidade, facilita o processo de tomada de decisão, assim como a autogestão e a independência da pessoa com doença oncológica (European Oncology Nursing Society (EONS), 2013). Compreender as consequências da incapacidade de falar, na pessoa submetida a LT, a nível biopsicossociocultural e espiritual, ajuda os enfermeiros a prestarem cuidados individualizados, holísticos, centrados na pessoa e efectivos (Bickford et al., 2013). No pós-operatório, os enfermeiros, frequentemente a primeira linha de comunicação das pessoas incapazes de comunicar verbalmente, podem fornecer o conhecimento detalhado, baseado na evidência, necessário para o desenvolvimento de uma prática constante, promotora de um óptimo nível de cuidado e segurança (Rodriguez & Rowe, 2010).

A longo prazo, as pessoas submetidas a LT recebem reabilitação da fala, sendo a laringe electrónica, a voz esofágica e a voz traqueo-esofágica os métodos mais comumente usados como alternativa à voz laríngea (Happ et al., 2004). Estes métodos são caracterizados pela reduzida capacidade para alterar o volume da voz, dificultando a sua projecção e o sussurrar, assim como acentuar a fala, tornando mais difícil transmitir emoções através do tom vocal (Bickford et al., 2013). Assim, apesar de existirem estas alternativas, as pessoas reforçam o impacto negativo que as alterações comunicacionais têm na sua vida, e consequentemente na sua família, já que afectam negativamente a expressão de si próprios, incluindo rir e chorar, bem como a interacção social e, logo, diminuem a qualidade de vida, sendo estas alterações mais exuberantes entre o período que decorre entre a cirurgia e o momento em que se inicia a reabilitação da fala, o qual é de aproximadamente 4 meses (Morente & Torres, 2004; Oliveira, 2009). Principalmente até iniciar a terapia da fala, a pessoa submetida a LT vai necessitar de uma forma de comunicação não oral como complemento ou substituto da fala, o que lhe irá conferir melhor qualidade de vida; maior autonomia; maior controlo sobre a sua vida; maior auto-estima e uma maior igualdade na sociedade (Freixo, 2013).

No pré-operatório, a pessoa e a família devem ser informados sobre as alterações na comunicação, para que se possa previamente identificar e combinar alternativas à comunicação verbal (Baehring & McCorkle, 2012; Doenges et al., 2010).

3. Estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação

Pinheiro e Gomes (2013), definem estratégias AAC, como *“todas as formas de comunicação que possam complementar, suplementar e/ou substituir a fala. Destina-se a cobrir as necessidades de ressecção, compreensão e expressão da linguagem e, desta forma, aumentar a interação comunicativa dos indivíduos sem comunicação verbal”* (p.5954). Estas estratégias constituem uma alternativa à comunicação ou ampliam as capacidades comunicacionais das pessoas e são compostas por um conjunto de instrumentos, ferramentas e técnicas que compensam as dificuldades de comunicação e permitem a interlocução na ausência ou comprometimento da linguagem oral (Coelho et al., 2015; Panhan, 2010).

De modo a lidarem com a incapacidade de falar, as pessoas submetidas a LT optam por usar como estratégias AAC os gestos, a escrita, o aceno da cabeça e a mímica labial (Happ et al., 2004; Rodriguez & Blisshark, 2010). *“A escrita, é a estratégia mais frequentemente utilizada”* (Rodriguez & Blisshark, 2010, p. 114). No pós-operatório, as pessoas são frequentemente providos com material de escrita, contudo, quando a LT é acompanhada de ressecção ganglionar cervical, o edema cervico-facial gerado pode dificultar a movimentação dos lábios, limitar a mobilidade do membro superior e a coordenação olho-mão, necessária para a escrita legível, imediatamente após a cirurgia, levando a que a comunicação da pessoa seja realizada por movimentos gestuais (Happ et al., 2004; Matos et al., 2009). Por outro lado, estudos revelam que as pessoas consideram estas estratégias pouco efetivas para comunicarem, o que foi associado a frustração e a insatisfação com os cuidados, referindo ainda que as mesmas podem ser inconsistentes e pouco individualizadas (Rodriguez & Blisshark, 2010). Assim, de forma a otimizar a comunicação, o uso de estratégias aumentativas e/ou alternativas de comunicação (por exemplo: dispositivos geradores de fala) e o fornecimento de métodos consistentes de comunicação devem ser explorados, particularmente os que podem ser adaptados para irem ao encontro das necessidades indivi-

duais dos clientes que não conseguem falar no pós-operatório (Rodriguez & Blisshark, 2010, p. 115).

Para Coelho et al. (2015), constituem estratégias AAC, a utilização de gestos, expressões faciais, dispositivos de baixa tecnologia (instrumentos que não necessitam de baterias, electricidade ou componentes electrónicos, tais como pranchas de comunicação, livros com letras, palavras, frases ou símbolos) e dispositivos de alta tecnologia (instrumentos electrónicos que permitem armazenar e recuperar mensagens, muitas vezes utilizando sintetizadores de voz, tais como dispositivos geradores de fala, *smartphones* e *tablets*).

3.1. Dispositivos de alta tecnologia

Dispositivos electrónicos geradores de fala, como o *DynaMyte™*, o *MassageMate™* ou o *SpringBoard*, constituem tecnologia de apoio que podem facilitar a comunicação das pessoas submetidas a Cirurgia de Cabeça e Pescoço, que experienciam falta de voz no pós-operatório, onde se incluem as pessoas submetidas a LT (Happ et al., 2005; Rodriguez & Rowe, 2010). Estes aparelhos podem ser particularmente benéficos para a construção de mensagens complexas durante a conversa e ajudam as pessoas a expressarem-se de forma específica e elaborada, permitindo-lhes comunicarem as suas necessidades, iniciarem comunicações de forma audível, podendo interromper uma conversa e tomar a palavra mais facilmente, o que lhes confere maior controlo e equidade (Freixo, 2013; Happ et al., 2004; Happ et al., 2005). Estes dispositivos electrónicos produzem voz artificial pré-gravada, digitalizada ou sintetizada e o sucesso da utilização dos mesmos prende-se com vários factores: avaliação da tecnologia e das capacidades da pessoa, a complexidade do dispositivo, o treino do cuidador e as preferências da pessoa (Happ et al., 2005). Segundo Rodriguez e Rowe (2010), esta *“tecnologia deve ser adaptada, para atender às necessidades específicas das pessoas, de acordo com a sua evolução”* (p. 199).

Também os dispositivos electrónicos portáteis (telemóveis, *tablets*, computadores portáteis) que tenham *software* instalado para a comunicação, podem constituir estratégias AAC. Deste *software* são exemplo as aplicações de comunicação móvel, tais como, *Proloquo2Go* e *Predictable*, que transformam o texto, e/ou símbolos e/ou imagens em fala e têm opções que podem ser personalizados para atender às necessidades de comunicação de cada pessoa (Sharpe & Hemsley, 2016). Segue-se a explicitação de aplica-

ções informáticas e das funcionalidades dos dispositivos móveis que neste momento existem, em português, e que podem ser adquiridas gratuitamente (figura 1):

Grid Player

O *Grid Player* apenas está disponível para os equipamentos da marca Apple, com sistema operativo IOS, podendo ser descarregada gratuitamente na *App Store* para *iPhone*, *iPod* e *iPad*. O *Grid Player* é uma estratégia AAC que proporciona, partindo de um menu inicial a emissão de fala artificial a partir de símbolos (*symbol Talker A*) ou combinação de símbolos (*symbol Talker B*), palavras e frases (*Text Talker Phrasebook*) e fotografias (*Talking Photographs*). Esta aplicação tem tabelas de comunicação definidas, que apenas podem ser utilizadas e não podem ser personalizadas no *browser*.

PTMagic contact

Constitui uma ferramenta que só está disponível para os dispositivos móveis com sistema operativo *Android*. Esta aplicação está disponível gratuitamente no *Google Play*. Esta solução de comunicação, para além de proporcionar a emissão de fala artificial a partir de símbolos pictográficos ou a partir de um teclado de letras (*Qwerty* ou disposto por ordem alfabética), pode ser modificada no próprio *browser*, para que possa ser adaptada e personalizada, incluindo criar novas tabelas de comunicação e teclados adaptados a cada pessoa.

Vox4all

O *Vox 4all* é uma aplicação que constitui uma estratégia AAC, disponível em português, que pode ser instalada nos dispositivos móveis com sistema operativo *IOS*, *Android* e *Windows Phone*. Esta aplicação existe numa versão gratuita e numa versão com custos económicos, permite a gravação de voz e possui um sintetizador de voz. Esta solução possui um número ilimitado de grelhas, pranchas e células personalizadas a cada pessoa, com imagens, símbolos, fotografias, texto, voz e diferentes cores e não necessita de ligação à internet para funcionar. Em suma, com esta aplicação, a comunicação é feita recorrendo a sistemas de símbolos, imagens reais, síntese e gravação de voz.

Google Tradutor

Para além de permitir traduzir palavras entre diferentes idiomas, o Google Tradutor existe como aplicação para dispositivos móveis (para sistema operativo *Android* e *IOS*) e está disponível como funcionalidade da página do Google na internet, possui uma opção que permite, mediante ligação à internet, converter texto escrito em fala artificial.

Smartphones e Tablets com funcionalidades que possuem sintetizadores de voz e permitem a conversão de texto em fala

Actualmente existem diversos *Smartphones* e *Tablets* (como por exemplo da marca *Apple*) que dispõem de sintetizadores de voz. Nos dispositivos *Apple*, é possível a emissão de fala artificial a partir da selecção de texto escrito digitalizado, em notas ou em mensagens escritas, mediante a activação da opção “Fala”, sem necessidade de ligação à internet.

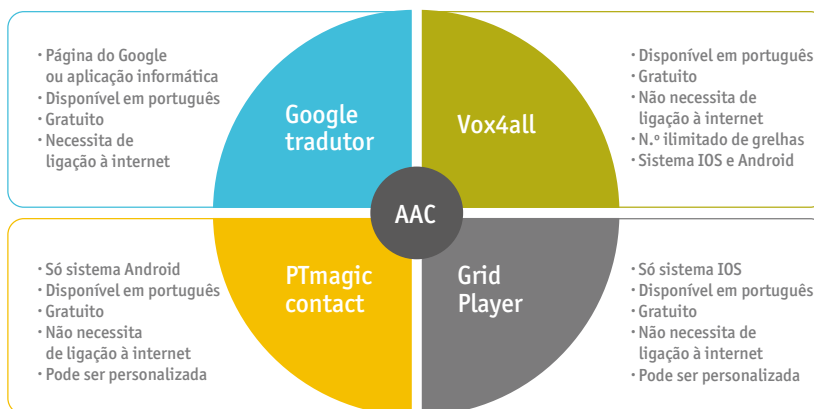


Figura 1. Estratégias AAC de alta tecnologia.

4. CONCLUSÃO

Os dispositivos electrónicos portáteis (telemóveis, tablets e computadores portáteis) que tenham *software* instalado para a comunicação constituem uma importante ferramenta para melhorar a comunicação, as quais oferecem diversas vantagens e benefícios, incluindo: aumento da consciencialização e aceitação social da utilização de estratégias AAC pois as pessoas não estão só restritas à utilização específica dos dispositivos geradores de fala e a utilização de tecnologia móvel é socialmente valorizada, livre do estigma da utilização desses dispositivos; empoderamento e facilidade dos utilizadores em aceder

a soluções de comunicação resultante da ampla oferta, da facilidade em aceder a tecnologia móvel, da facilidade em obter aplicações informáticas AAC e do custo relativamente baixo destes dispositivos, quando comparado com os dispositivos geradores de fala; e elevada funcionalidade já que proporcionam o acesso a uma grande variedade de funções (McNaughton & Light, 2013). Neste sentido, a utilização deste tipo de tecnologias de comunicação móvel, facilmente acessível e fácil de usar, podem otimizar a comunicação da pessoa sem voz, onde se incluem as pessoas submetidas a LT, facilitar a sua adaptação, enaltecê-la a sua sensação de independência e promover a melhoria dos cuidados (Sharpe & Hemsley, 2016).

A escolha da estratégia AAC deve ser feita em conjunto com as pessoas e de acordo com a sua situação específica, sendo fulcral ter um conhecimento pleno do mesmo, assim como conhecer os vários meios AAC existentes, para se optar pelo que melhor se adapta a uma pessoa em concreto e efectivamente otimizar a sua comunicação (Freixo, 2013). Apesar dos benefícios da utilização dos dispositivos electrónicos é fundamental manter o foco na pessoa e não somente na tecnologia, devendo o programa ser aberto, composto por células não pré-determinadas que possam ser preenchidas com as necessidades, particularidades e interesses da pessoa (McNaughton & Light, 2013; Panhan, 2010).

Nesse sentido os enfermeiros devem intervir, sempre que alguma pessoa apresente problemas de comunicação, fornecendo-lhes recursos que optimizem a sua comunicação e promovam a sua adaptação (Rodríguez & Blischark, 2010). Para além da educação e do planeamento de mensagens no pré-operatório, também a selecção de técnicas AAC, junto da pessoa submetida a LT, deveria ocorrer no pré-operatório (Happ et al., 2005).

É vasta a gama de sistemas AAC e de soluções de comunicação que actualmente existem. Para se optar pela melhor estratégia AAC, numa fase inicial, é fulcral ter um conhecimento global da pessoa, o que inclui saber se a pessoa possui algum computador ou dispositivo móvel e caso possua, qual o respectivo sistema operativo. Assim, uma óptima prática de cuidados de enfermagem no âmbito da optimização da comunicação, mediante uma práxis holística, centrada na pessoa, baseada na evidência e norteada pelos princípios éticos e deontológicos, irá facilitar a adaptação das pessoas submetidas a LT e, conseqüentemente, melhorar as suas qualidades de vida.

Referências bibliográficas

- Noonan, B. & Hegarty, J. (2010). The Impact of Total Laryngectomy: The Patient's Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 37(3), 293-301.
- Haggood, A. (2000). Cancro da Cabeça e Pescoço. In Otto, S. (eds). *Enfermagem em Oncologia* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Happ, M., Roesch, T., & Kagan, S. (2004). Communication needs, methods, and perceived voice quality following head and neck surgery: A literature review. *Cancer Nursing*, 27(1), 1-9.
- Fox, L. & Rau, M. (2001). Augmentative and alternative communication for adults following glossectomy and laryngectomy surgery. *Augmentative and Alternative Communication*, 17(3), 161-166.
- Magrin, J. & Kowalski, L. (2003). Complicações das cirurgias por câncer de boca e de orofaringe. *Revista Brasileira de Cirurgia de Cabeça e Pescoço*, 31(2), 45-48.
- Baehring, E. & McCorkle, R. (2012). Postoperative Complications in Head and Neck Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(6), E203 - E209.
- Rodríguez, C. & Blischark, D. (2010). Communication needs of nonspeaking hospitalized postoperative patients with head and neck cancer. *Applied Nursing Research*, 23(2), 110-115.
- Silva, L., Pinto, M. & Zago, M. (2002). Assistência do Enfermeiro ao Laringectomizado no período pós-operatório. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(2), 213-221.
- Campana, I. & Goiato, M. (2013). Tumores de Cabeça e Pescoço: Epidemiologia, Fatores de Risco, Diagnóstico e Tratamento. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 34(1), 20-26.
- RORENO (2016). *Registro Oncológico Nacional 2010*. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil - EPE.
- WHO (2012). *Globocan 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012*. Acedido a: 25-05-2016. Disponível em <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
- Bickford, J., Coveney, J., Baker, J. & Hersh, D. (2013). Living with the altered self: A qualitative study of life after total laryngectomy. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 15(3), 324-333.
- Olias, J. (2004). *Cirurgia da Laringe: Atlas de técnicas cirúrgicas e Guia de dissecação*. Massamá: Círculo Médico.
- Morente, J. & Torres, J. (2004). *Manual del laringectomizado*. Málaga: Ediciones.
- Favretto, D., Carvalho, E., Canini, S. & Garbin, L. (2007) Comunicação verbal prejudicada: atividades empregadas vs. atividades propostas na literatura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2(3), 227-232.
- Pinheiro, P. & Gomes, M. (2013). As TIC na Comunicação Alternativa e Aumentativa. In Atas do XII Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia (pp. 5954-5962). Braga: Universidade do Minho - Centro de Investigação em Educação.
- Rodríguez, C. & Rowe, M. (2010). Use of a speech-generating device for hospitalized postoperative patients with head and neck cancer experiencing speechlessness. *Oncology Nursing Forum*, 37(2), 199-205.
- EONS (2013). *Cancer Nursing Curriculum 2014* (4th ed.). Brussels: EONS.
- Oliveira, V. (2009). *Transições de Vida em Adultos submetidos a Laringectomia Total - Implicações na Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado de Educação - Especialização em Educação para a Saúde. Minho: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Freixo, A. (2013). *A importância da comunicação aumentativa/alternativa em alunos com paralisia cerebral no 1º ciclo do ensino básico*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na Especialidade em Educação Especial: domínio cognitivo e motor. Lisboa: Escola Superior de Educação João de Deus.
- Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A. (2010). *Nursing Care Plans - Guidelines for Individualizing Client Care Across the life Span*. Philadelphia: David Company.
- Coelho, Y., Bissoli, A., Sime, M. & Bastos-Filho, T. (2015). CAApp: Um Aplicativo Móvel de Comunicação Aumentativa e Alternativa para Pessoas com Deficiência Motora Severa. In: XV Workshop de Informática Médica - XXXV Congresso da Sociedade Brasileira de Computação, 2015. Recife: Anais.
- Panhan, H. (2010). *Comunicação Suplementar e Alternativa nos Distúrbios Neurológicos Adquiridos*. In Ortiz, K. et al. (eds). *Distúrbios Neurológicos adquiridos: fala e deglutição* (pp. 243-277). (2ª ed). São Paulo: Manole.
- Happ, M., Roesch, T. & Kagan, S. (2005). Patient communication following head and neck cancer surgery: a pilot study using electronic speech-generating devices. *Oncology Nursing Forum*, 32(6), 1179-1187.
- Matos, R. E., Soares, E., Castro, M. E., Fialho, A. V. M. & Caetano, J. A. (2009). Dificuldades de comunicação verbal do cliente laringectomizado. *Rev. enferm. UERJ*, 17(2), 176-181.
- McNaughton, D. & Light, J. (2013). The iPad and Mobile Technology Revolution: Benefits and Challenges for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication. *Augmentative and Alternative Communication*, 29(2), 107-116.
- Sharpe, B. & Hemsley, B. (2016). Improving nurse-patient communication with patients with communication impairments: hospital nurses' views on the feasibility of using mobile communication technologies. *Applied Nursing Research*, 30, 228-236.

VIVÊNCIAS DOS ENFERMEIROS NO CUIDAR A CRIANÇA EM FIM DE VIDA E A FAMÍLIA: ESTUDO DESCRITIVO-EXPLORATÓRIO

Ana Real

Enfermeira. Hospital de Santa Maria –
Porto, Mestre em Cuidados Paliativos
anafgdreal@hotmail.com

Manuela Cerqueira

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde –
Instituto Politécnico de Viana do Castelo
Doutora em Enfermagem
manuelacerqueira@ess.ipv.pt

Teófilo Sousa

Enfermeiro Gestor no Hospital Cuf Porto –
José de Mello Saúde
Mestre em Gestão e Economia de Serviços de Saúde
teofilo.sousa@jmellosaude.pt

RESUMO: Apesar dos avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento das doenças pediátricas, a morte na infância é uma realidade persistente. A evidência nacional retratada nos serviços de pediatria dos nossos hospitais reforça a urgência de existirem Cuidados Paliativos Pediátricos. O objetivo deste estudo é compreender as implicações do cuidar da criança em fim de vida e família para os enfermeiros numa unidade de Pediatria.

Quanto às estratégias metodológicas, optou-se por uma abordagem qualitativa, por um tipo de estudo descritivo-exploratório, sendo utilizada como instrumento de recolha de dados a entrevista semiestruturada, procedendo-se ao seu tratamento através da análise de conteúdo. A amostra teórica é constituída por 11 enfermeiros que exercem funções no Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia do Porto. Os resultados obtidos evidenciam que as vivências do cuidar a criança em fim de vida e a família desperta nos enfermeiros um amplo conexo de sentimentos/emoções e pensamentos singulares, intrínsecos a uma relação terapêutica significativamente marcada pela consciência da responsabilidade profissional, gratificação de boas memórias e a não-aceitação da morte. Expressam o significado de cuidados paliativos pediátricos, como controlo de sintomas, qualidade de vida e, particularmente, como cuidados não curativos. O significado de fim de vida descrito centra-se na ideia de morte orgânica/física e no descontrolo da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados Paliativos; Fim de vida; Criança; Família; Enfermeiros.

ABSTRACT: *Despite the technological advances in the diagnosis and treatment of paediatric diseases, death in childhood remains a persistent reality. National evidence portrayed in the paediatric services of our hospitals strengthens the urgency to create Paediatric Palliative Care. The aim of this study is to understand the implications to nurses working in a Paediatric Unit of caring for children in the end of life and their families. Methodological strategies consisted in following a qualitative approach with a descriptive-exploratory type of study, using semi-structured interviews as a tool for data collection and treat data through content analysis. The sample is made up by 11 nurses practicing in Oporto's Portuguese Institute of Oncology Paediatric Service. The results obtained show that the caring experience towards children in the end of life and their families arises a broad connection of feelings/emotions and peculiar thoughts, intrinsic to the therapeutic relationship which is significantly marked by the awareness of professional responsibility, gratification of good memories and non-acceptance of the death. Express the meaning of pediatric palliative care, as symptom control, quality of life and, particularly, as non-curative care. The end-of-life meaning described focuses on organic/physical death and uncontrolled disease.*

KEYWORDS: *Palliative care; End of life; Child; Family; Nurses.*

1. Introdução

O contributo da ciência na medicina induz-nos na possibilidade equívoca de haver solução para tudo, pela exequibilidade de prolongar o tempo de vida. Acredita-se sempre na eficácia do tratamento, na esperança da cura, mas há realidades díspares que se estendem à Pediatria, em que perante a doença o desfecho é a morte.

Durante anos, e mesmo nos dias atuais, apenas uma pequena percentagem das crianças que sofrem de doenças incuráveis, beneficiam de Cuidados Paliativos. Muitas destas crianças morrem em condições inadequadas, sem alívio de sintomas aflitivos, geralmente num hospital e raramente na sua casa (Feudtner et al., 2011; Gwyther & Cohen, 2009).

Embora ainda não universalmente acessíveis (Knapp et al., 2011), todas as crianças em condições de forte limitação da sua vida têm o direito a receber cuidados paliativos que visem melhorar os sintomas desagradáveis da doença e melhorar a qualidade de vida das próprias e sua família (Gwyther, Brennan & Harding, 2009).

Em Portugal, a resposta organizada para os cuidados paliativos pediátricos é escassa. Muitas vezes a criança em fim de vida e a família ficam sujeitas a cuidados generalistas que mesmo tendo o seu grau de importância, não esgotam a necessidade de cuidados paliativos.

Com a consciência desta realidade, torna-se relevante compreender as implicações que tem para os enfermeiros cuidar da criança em fim de vida e família numa unidade de agudos, uma vez que quando os mais pequenos adoecem, também a família adoece. É o desmoronar de toda uma estrutura familiar que, por muito robusta, de imediato se torna frágil e carente de cuidados paliativos.

No âmbito do cuidado pediátrico, a expansão dos cuidados paliativos remonta a 1982, em que surge na Inglaterra o primeiro *hospice* para crianças, cognominado “Helen House”. Em 1985, cria-se em Nova Iorque o primeiro hospital onde se prestam cuidados paliativos, ainda que incorporados numa unidade pediátrica de agudos.

Em 2006, a importância crescente que assume o enquadramento deste cuidado na pediatria é reconhecida pela publicação da primeira edição do Oxford Textbook of Palliative Care for Children, direccionado especificamente para os cuidados das crianças e adolescentes (Lenton, Goldman, Eaton & Southall, 2006).

O interesse destes cuidados na pediatria leva a Organização Mundial de Saúde a definir cuidados paliativos pediátricos (CPP) como o cuidado total do corpo, mente e espírito da criança, envolvendo também o suporte à família. Começa quando a doença é diagnosticada e continua independentemente da criança receber ou não tratamento dirigido à doença. Devem ser avaliados e aliviados os sinais de sofrimento físico, psicológico e social. Requerem uma abordagem multidisciplinar que inclui a família e usa os recursos disponíveis na comunidade, podendo ser implementados em diversos locais, em casa da criança, centros de saúde da comunidade, hospitais, etc. (World Health Organization, 1998).

A prática clínica assente nos princípios que sustentam esta definição, sendo assegurada com precisão e exatidão, resulta num sofrimento minimizado da criança doente e da sua família, potenciando a sua qualidade de vida para que consigam gerir, na medida possível, a perda, o luto e as mudanças relacionais e de identidade até ao fim.

Aponta-se como uma das lacunas reconhecidas nesta prática clínica do cuidar, a tendência dos enfermeiros usarem inadequadamente medidas curativas que prolongam o processo de morte (Wolfe et al., 2000), em consequência do treino desajustado para proporcionar meios seguros e efetivos de controlo da dor e do uso de uma comunicação pobre com a criança e família (Field & Behrman, 2003). Há um paradoxo marcado entre o que se instrui nas escolas de saúde, maioritariamente vocacionadas para a cura das doenças, com o que muitas vezes nos confrontamos na realidade: a impossibilidade de cura.

Por tudo isto, os cuidados em fim de vida, para os profissionais de saúde, revelam-se exigentes no que respeita as competências e habilidades, uma vez que sendo seres sociais e culturais, dependem da sociedade e dos valores assimilados, reagindo como pessoas comuns, com emoções, sentimentos negativos e de rejeição, diante da morte e dos doentes moribundos. Esta herança cultural poderá condicionar a forma de lidar com a morte e com os que estão a morrer, podendo contribuir com grande impacto emocional, dúvidas, insegurança, ansiedade e medo, desviando as suas atitudes e a forma como prestam os cuidados a esses doentes e respectivas famílias (Sapeta & Lopes, 2007).

Mesmo quando não existe uma cura, cada enfermeiro deve estar habilitado para prestar cuidados ativos, totais e adequados às necessidades individuais da criança e família. Em cuidados paliativos, o enfermeiro desempenha um papel basilar na consciencialização da “não cura”, rentabilizando todos os recursos disponíveis e envolvendo toda a equipa multidisciplinar, numa responsabilidade partilhada, potenciadora e dinamizadora de um sentido da vida na etapa do fim. Contudo, a investigação tem mostrado que os enfermeiros estão pouco preparados para prestar cuidados de qualidade em fim de vida, sobretudo em crianças (Malloy, Ferrell, Virani, Wilson, & Uman, 2006), pela relutância de uma morte precoce e contranatura, como já tem vindo a ser explícito, num Ser com uma vida imensa para ser vivida (Haddad, 2006). Esse fim de vida que, em sentido restrito, será o especialíssimo, pessoal e intransmissível processo em que termina a vida do organismo biológico (Osswald, 1999).

Assente em todo este contexto, o presente estudo teve como objetivos: descrever o significado atribuído pelos enfermeiros aos Cuidados Paliativos Pediátricos; descrever o significado atribuído pelos enfermeiros ao fim de vida; identificar os pensamentos verbalizados pelos enfermeiros que cuidam a criança em fim de vida e a família; identificar os sentimentos/emoções verbalizados(as) pelos enfermeiros que cuidam a criança em fim de vida e a família.

2. Material e métodos

Para este estudo, optámos por uma abordagem qualitativa, que permite o estudo da sociedade centrada no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências, e ao mundo em que elas vivem.

Tendo em conta o objetivo central desta investigação, em que pretendemos conhecer as implicações sentidas pelos enfermeiros no cuidar a criança em fim de vida e família numa unidade de Pediatria, recorremos a um estudo do tipo descritivo-exploratório. Desta forma, é possível compreender de forma pormenorizada o significado atribuído pelos entrevistados, porque permite observar, descrever e explorar aspetos de uma situação (Polit & Beck, 2011).

O presente estudo de investigação sucedeu-se em meio natural, no Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia Francisco Gentil do Porto (IPO-P).

O nosso universo é constituído por 35 enfermeiros que exercem funções no serviço de pediatria do IPO-P, que cuidam a criança em fim de vida e a família e que contactam diariamente com esta realidade. Partindo deste universo, foram entrevistados 11 enfermeiros, número que nos permitiu atingir a reincidência de informações ou saturação dos dados.

A recolha de dados foi efetuada com recurso a uma entrevista semiestruturada que constitui a principal fonte de informação. Neste sentido, foi elaborado um guião de entrevista com questões orientadoras, no qual tivemos por base o enquadramento teórico e os objetivos do estudo. Respeitando todos os requisitos éticos e metodológicos que as entrevistas requerem, elaborou-se o consentimento livre e informado do participante, garantimos ainda o anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos e utilizamos como forma de registo a gravação, com a finalidade de garantir a fidedignidade do autorrelato.

Com o intuito de não se perderem alguns aspetos considerados importantes, para análise e interpretação dos dados achamos oportuno fazer anotações, essencialmente no que concerne a gestos, posturas e expressões faciais.

As entrevistas decorreram sempre em ambiente calmo e não se tendo verificado, de uma forma geral interrupções, o que permitiu facilidades na recolha da informação.

Finalizada a recolha de informação, iniciámos a fase de tratamento e análise de dados. Para analisar as informações obtidas a partir das entrevistas, escolhemos a análise de conteúdo, que é um conjunto de técnicas de análise das comunicações baseado em procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, aufere indicadores (quantitativos ou não) propícios à dedução de conhecimentos contingentes às condições de receção e produção dessas mensagens (Bardin, 2009).

Após a sua efetivação, o primeiro passo foi a transcrição dessas entrevistas, uma vez que nos permitiu familiarizar com a informação obtida, provendo-se um código de identificação a cada entrevista (E1, E2, ..., E11). Depois de uma primeira leitura de cada entrevista, organizámo-las e ordenámo-las de forma a podermos trabalhá-las, permitindo esse processo a redução de dados, método indispensável a uma análise qualitativa (Bardin, 2009). De acordo com a representação efetuada e sempre tendo como base de apoio os excertos que obtemos, elaboramos uma matriz que reúne os componentes referentes aos

assuntos de todas as entrevistas, onde colocamos as respostas relativas a cada uma das questões colocadas.

As questões que constam do guião de entrevistas permitiram respostas dirigidas aos objetivos a que nos propusemos alcançar, refletindo cada um destes, uma dimensão. Para cada dimensão, a partir de um processo de categorização emergente (*bottom-up*), determinámos as respectivas categorias, o que contribui para simplificar a informação colhida.

As categorias designam-se como rubricas ou classes, que reúnem um conjunto unidades de registo, conjunto esse efetuado a partir das características comuns destes elementos (Bardin, 2009).

Definido o primeiro quadro de análise, que inclui as categorias (e subcategorias), voltaram-se a reler todos os materiais e a dar início à identificação/seleção das unidades de registo. À medida que se foram relendo as transcrições (das entrevistas), selecionaram-se partes de informação (unidades de registo) que se afiguraram relevantes, alocando-os às categorias e subcategorias correspondentes, dando corpo ao nosso quadro de análise final, cujos resultados passamos a apresentar.

3. Resultados e discussão

No que respeita a caracterização dos sujeitos de estudo, os 11 enfermeiros que aceitaram participar são todos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e 53 anos, sendo a média de idades de 37,2 anos.

Quanto às habilitações literárias, 9 enfermeiros têm estudos pós-graduados, sendo que 6 têm especializações em Saúde Infantil e Pediatria, 1 tem Mestrado em Oncologia e 1 Pós-graduação em Ciências Médico-Legais.

O tempo médio de experiência na unidade pediátrica de agudos do IPO-P é aproximadamente 10,5 anos, sendo que 8 enfermeiros trabalham em internamento e 3 em ambulatório. Relativamente à categoria profissional, 5 são enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, 1 é enfermeiro graduado e 5 são enfermeiros de nível 1.

A análise de conteúdo das entrevistas efetuadas aos enfermeiros permitiu-nos descrever 5 dimensões, a partir das quais se desenvolveram categorias e subsequentemente subcategorias, que nos ajudaram a compreender as implicações do cuidar a criança em fim de vida e família para os enfermeiros numa unidade de Pediatria (Tabela 1).

Tabela 1. Síntese dos resultados emergentes da análise de conteúdo.

DIMENSÕES	CATEGORIAS (n)	SUBCATEGORIAS (n)
	Tratar a criança de uma forma global (1)	
	Cuidados não curativos (8)	Criar laços afetivos (1) Término tratamento curativo (2) Cuidar face à morte (2) Cuidados à criança e família (3)
<i>Significado de Cuidados Paliativos Pediátricos</i>	Promover apoio emocional à criança e à família (2) Diagnóstico de necessidades familiares (1) Controlo de sintomatologia (5) Promover a qualidade de vida (6) Cuidados em fim de vida (3)	
	Promover conforto (4)	Ambiente confortável (2) Momentos de lazer (1) Concretização de sonhos (1)
<i>Significado de Fim de Vida</i>	Falta de controlo da doença (3) Doença irreversível (1) Decisão de não reanimar (1) Morte orgânica/física (6)	
<i>Pensamentos emergentes</i>	Não-aceitação da morte (4) Gratificação de memórias (5) Consciência da responsabilidade profissional (5)	
<i>Sentimentos/ Emoções verbalizados(as)</i>	Desconforto (1) Sofrimento (2) Injustiça (1) Impotência (4) Saudade (3) Alívio (5) Revolta (2) Frustração (2) Angústia (1) Mágoa (1) Medo (3) Ansiedade (2) Tristeza (2) Desgaste emocional (2)	

n – número de respostas

Os resultados serão apresentados e discutidos com foco na resposta aos objetivos do estudo, estreitamente relacionados com as dimensões emergentes da análise de conteúdo.

Significado de cuidados paliativos pediátricos

No sentido de conhecermos o significado de CPP atribuído pelos enfermeiros entrevistados, realizamos uma análise de conteúdo às suas respostas. Dessa análise emergiram 8 categorias e de 2 destas, 7 subcategorias. Assim, o significado de CPP para os enfermeiros prende-se essencialmente com cuidados não curativos e em fim de vida, promoção da qualidade de vida e conforto, controlo de sintomatologia, apoio emocional à criança e à família, diagnóstico de necessidades familiares e o tratamento da criança de uma forma global. Relativamente à “categoria cuidados não curativos”, os enfermeiros vêem estes cuidados como o cuidar da criança e família face a uma morte iminente, bem como o término dos tratamentos curativos e a criação de laços afetivos. Já no que diz respeito à categoria “promover o conforto”, entendem-na como a promoção de um ambiente confortável, de momentos de lazer e a concretização de sonhos. Na tabela 2 elencamos exemplos de expressões apresentadas pelos entrevistados, que dão corpo a esta dimensão. De forma geral a construção do significado de CPP feita pelos respondentes vai de certo modo ao encontro dos achados na literatura (WHO, 1998; American Academy of Pediatrics, 2000; Goldman et al 2003; Feudtner et al., 2011).

Tabela 2. Significado de cuidados paliativos pediátricos.

UNIDADES DE REGISTO
<i>[Exemplos de transcrições] (Código da entrevista)</i>
["... tratar a criança de uma forma global, personalizada num período ao qual, no fim de vida..." (E1)
["... são todo o tipo de cuidados que se presta à criança e à família mais chegada..." (E3)
["...são os cuidados que não são cuidados curativos..." (E5)
["... a partir do momento em que se perspetiva que há um diagnóstico de doença oncológica..." (E4)
["...dar o apoio emocional necessário à família e à criança em fim de vida..." (E2)
["...investigar se aqueles pais estão capazes ou não, ou se querem que o filho morra cá ou em casa..." (E2)
["...melhor controlo da dor... controlo de sintomas localizados..." (E7)
["Vamos associar uma qualidade de vida ao fim da vida..." (E8)
["Significa prestar os cuidados em fim de vida à criança..." (E9)
["...tentar acalma-la, dar-lhe um ambiente tranquilo, para que ela esteja em paz..." (E3)
["...dar o máximo...o tentar proporcionar momentos de lazer..." (E10)
["...de acordo com as circunstâncias que sempre sonhou; tentar organizar a vida da criança..." (E10)

Significado de fim de vida

Após a análise de conteúdo efetuada para as respostas dadas no âmbito da dimensão “significado de fim de vida”, pudemos registar o levantamento de 3 categorias, assente essencialmente na ideia de morte orgânica/física (Osswald,1999), falta de controlo e irreversibilidade da doença e decisão de não reanimar. Apresentamos na tabela 3 alguns exemplos de expressões utilizadas pelos enfermeiros para descrever o conceito de fim de vida.

Tabela 3. Significado de fim de vida.

UNIDADES DE REGISTO
<i>[Exemplos de transcrições] (Código da entrevista)</i>
["Todo aquele período em que temos uma criança ao qual a doença não está a ser possível controlar..." (E1)
["...apesar de tudo o que se possa fazer (...) a doença vence, é uma luta desigual..." (E8)
["...é iminente ou há a noção que a criança não vai ultrapassar essa dificuldade..." (E1)
["...é definido de acordo com o serviço, a criança e a família o tratar a criança e a decisão de não reanimar." (E1)
["...para mim fim de vida é a nível corporal e não espiritual (...) só acaba com a cessação dos sinais vitais." (E2)
["Para mim o fim de vida, unicamente é o desaparecimento do corpo físico (...) eu acho que o corpo desaparece, mas a vida continua..." (E3)
["... é o fim da vida física (...) Sinto que vai partir um corpo e eu tento trabalhar ao máximo o espírito..." (E6)

Pensamentos emergentes no cuidar em fim de vida a criança e a família

Naturalmente que o processo de fim de vida na criança e família cria distintos pensamentos nos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros que estão envolvidos neste ato do cuidar, 24h sobre 24h.

Atendendo aos relatos sobre os pensamentos que emergem nos enfermeiros face à criança em fim de vida e a família, sucedem 3 categorias: a não-aceitação da morte, *gratificação de memórias* e consciência da responsabilidade profissional.

Com base nos discursos registados (Tabela 4), prevalece a ideia de que é memorável e bom recordar, falar e reviver a criança e a família, mesmo até após a perda; é verbalizado que há uma gratificação de memórias. Apesar de no ato de cuidar em fim de vida existir muito sofrimento nos próprios enfermeiros, que se repercute na não-aceitação da morte destas crianças, percecionado como um processo doloroso, contranatura, também se retiram daí bons momentos peculiares dessa vivência com a criança e a família (Haddad, 2006).

Porém, neste conexo de pensamentos expressos, também se destaca a consciência da responsabilidade profissional. Esta consciência dos seus atos provém do sentido de proporcionar os melhores cuidados durante o internamento, com base no “ideal moral” da enfermagem assegurar a dignidade humana e a qualidade de vida à criança e à família (Watson, 2002).

Tabela 4. Pensamentos emergentes no cuidar em fim de vida a criança e a família.

UNIDADES DE REGISTO
<i>[Exemplos de transcrições] (Código da entrevista)</i>
["...é contranatura uma criança morrer, não é normal; o término da vida é aos 80/90 anos, nunca é aos 3/4 anos."] (E2)
["É uma etapa que se chega que é muitas vezes dolorosa e difícil de aceitar..."] (E4)
["... muito gratificante para mim é, sobretudo quando passado seja lá o tempo que for, os pais aparecem cá e nos vem dar um beijo, um sorriso, um abraço..."] (E3)
["Isso também depois se torna gratificante, sentir que conseguimos cumprir a vontade deles."] (E8)
["Para nós é gratificante, é bom, é muito bom ver o sorriso de uma criança (...) não tem ideia da alegria que é vê-los todos contentes..."] (E10)
["...é continuar a tratar o melhor que posso e sei, investindo e estudando mais, no sentido de dar o melhor à criança e à família..."] (E1)
["O fazer bem à família e no fundo até ao próprio profissional. Acaba por estar, o papel desempenhado... as tuas competências foram bem utilizadas."] (E6)
["...o que me passa sempre pela cabeça tentar fazer o melhor que posso, prestar os melhores cuidados que consigo e fazer de tudo que está ao meu alcance pela criança e acompanhante..."] (E9)

Sentimentos/Emoções no cuidar em fim de vida a criança e a família

Nesta dimensão, é oportuno destacar que este comprometimento partilhado no próprio cuidado é delicado e demonstrado pelos enfermeiros do nosso estudo de forma implícita pela expressão de vários(as) sentimentos/emoções descritos(as) (Tabela 5) por cada um dos participantes: desconforto, revolta, angústia, mágoa, tristeza, frustração, saudade, medo, sofrimento, injustiça, impotência, ansiedade, desgaste emocional e alívio.

Estes(as) sentimentos/emoções comprovam o preceituado na literatura por vários autores, que afirmam que os profissionais, no confronto com a realidade de sofrimento, morte e doença terminal, podem deparar-se com situações de *stress*, experimentando reações emocionais e sentimentais de impotência, culpa, frustração, medo, ansiedade, angústia, insegurança ou revolta, negação, raiva e depressão (Marques et al., 1991; Contro et al., 2004; Malloy et al., 2006; Haddad, 2006; Sapeta & Lopes, 2007).

Sobre este prisma, destacamos o sentimento de alívio, como sinónimo de fim do sofrimento dos enfermeiros. Este facto espelha que os profissionais de enfermagem afirmam aceitar a morte quando significa o fim do sofrimento da criança e da família, bem como relatam o processo de morte e morrer das crianças/adolescentes (Zorzo, 2004). Evidenciamos também, nos nossos resultados, o sentimento de impotência, manifesto na certeza de que está fora do alcance, destes profissionais de saúde, viabilizar a cura, como que a competência técnica seja outorgada ao fracasso pela impossibilidade de combater a evolução da doença. Quando há o confronto com a morte de crianças a sensação de perda, o desespero e mesmo o fracasso, são a antítese de todas as suas expectativas (Poles & Bouso, 2004).

Importa salientar ainda que foi referenciado no nosso estudo a tentativa de projeção destas vivências na vida pessoal, que devido ao seu papel de pais, reportam estas vivências para os seus, e essa é também uma forma de

Tabela 5. Sentimentos/Emoções no cuidar em fim de vida a criança e a família.

UNIDADES DE REGISTO
<i>[Exemplos de transcrições] (Código da entrevista)</i>
["Claro que sentimos desconforto..."] (E2)
["...como lidamos com uma criança que morre, é revoltante..."] (E2)
["...angústia é o que sinto..."] (E10)
["Sinto mágoa..."] (E4)
["Uma tristeza muito grande..."] (E11)
["Frustração é o primeiro..."] (E8)
["...fica aquela saudade, fica aquele lugar vazio..."] (E3)
["...tenho receio de como vou encarar a situação do fim..."] (E9)
["...medo pela família... e nós ao fim ao cabo também não sabemos como vão reagir..."] (E11)
["Nós estamos todos a sofrer muito com aquela perda..."] (E7)
["Sinto toda a injustiça...e entender na minha cabeça porque que esta criança teve que passar por esta fase toda..."] (E10)
["...por isso nos sentimos impotentes. Sentimo-nos muito pequeninos..."] (E10)
["... é o sentimento de impotência que está presente também..."] (E11)
["Isso para mim gera muita ansiedade."] (E5)
["...emocionalmente isto é um desgaste muito grande..."] (E7)
["...sinto alívio porque sinto que finalmente chegou a paz para a criança..."] (E3)
["...depois é uma sensação de saudade e de alívio ao mesmo tempo."] (E6)

desgaste emocional para os enfermeiros. O enfermeiro é, também ele, um Ser biopsicossocial, pelo que saber gerir a complexidade e variedade de sentimentos humanos requer um desafio constante porque transpõe o plano profissional e atinge o plano pessoal.

Cada Enfermeiro é único na forma de cuidar, agir e de ser diante do processo de fim de vida, pois os sentimentos que cada um tem sobre a doença e a morte determinam a forma como vive e conseqüentemente como irá encarar o cuidado no derradeiro momento da partida.

4. Conclusão

Os cuidados de saúde, cada vez mais progressistas no plano tecnológico, persistem em apoderar-se como “imortais”, assumindo-se a incurabilidade como um fracasso. Muitas vezes, a corrida descomedida da procura dessa tal cura utópica pode criar dilemas mais éticos que técnicos. Esta perpetuação injustificada de terapêuticas fúteis e desajustadas fomenta escusadamente condições de desmesurado sofrimento físico, psicológico, familiar e social. A incurabilidade de uma doença, projetada sobre a vida de uma criança, defronta-se como um caminho traçado por perdas, alteração do quotidiano, declínio estrutural da família e vivência da iminência da morte. Neste contexto, os CPP deverão assumir-se como um imperativo ético, organizacional e um direito humano.

Perante tal imperativo, podemos concluir que os enfermeiros que participaram no presente estudo revelam conhecimentos teóricos quanto aos princípios e filosofia destes cuidados, no entanto a transposição dessa teoria para o quotidiano clínico, apesar de exequível, é ainda circunstancial e justificada pela consciência de quem assume esse cuidado. Por sua vez, o significado de fim de vida na sensibilidade dos enfermeiros é maioritariamente remediada para a morte orgânica, apesar de alguns lhe atribuírem um carisma espiritual.

Relativamente à problemática em estudo, conclui-se que esta vivência desperta nestes profissionais de enfermagem um conexo amplo de sentimentos/emoções e pensamentos singulares, intrínsecos a uma relação terapêutica, significativamente marcante. Os sentimentos/emoções mais reconhecidos são o medo, impotência, saudade e paradoxalmente alívio, este último como forma de extinguir todo o sofrimento projetado pela doença, o que espelha a complexidade desta problemática. Quanto aos

pensamentos, os enfermeiros atribuíram especial importância às recordações memoráveis da relação empática que estabelecem com a criança e a família, sendo estas apelidadas como gratificantes. Evidenciaram também a consciência da responsabilidade profissional em prol do bem da criança e família, adequado à sua condição e necessidades sentidas em fim de vida, como um valor de dever cumprido.

Pese embora as conclusões apresentadas respondam aos objetivos do nosso estudo, importa considerar algumas limitações da sua realização, nomeadamente no que diz respeito às estratégias metodológicas utilizadas. Com efeito, não foi possível fazer generalizações dos resultados que apenas dizem respeito aos sujeitos que aceitaram participar neste estudo. Julgamos, no entanto, que as escolhas metodológicas não invalidam a importância dos resultados obtidos, dado o carácter descritivo-exploratório e pertinente dos mesmos, abrindo a perspectiva para o desenvolvimento de novos percursos de investigação.

Por último, considerámos que este estudo contribuiu para uma melhor compreensão das implicações do cuidar em fim de vida à criança e família numa unidade de Pediatria, assumindo-se como foco de reflexão e de sensibilização para atitudes mais ajustadas na prática clínica em contexto de tratamento agudo de doenças.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências bibliográficas

1. American Academy of Pediatrics (2000). Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care. Palliative care for children. *Pediatrics*, 106, 351-357.
2. Bardin, L. (2009). Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70.
3. Contro, N.A., Larson J., Scofield S., Sourkes B. & Cohen H.J. (2004). Hospital staff and family perspectives regarding quality of pediatric palliative care. *Pediatrics*, 114(5), 1248-52.
4. Coutinho, C.P. (2011). Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. Coimbra: Almedina.
5. Feudtner, C., Kang, T.I., Hexem, K.R., Friedrichsdorf, S.J., Osenga, K., Siden, H., Friebert, S.E., Hays, R.M., Dussel, V. & Wolfe, J. (2011). Pediatric palliative care patients: a prospective multicenter cohort study. *Pediatrics*, 127(6), 1094-1101.
6. Field, M., & Behrman, R. (2003). When children die: improving palliative and end-of-life care for children and their families. Washington DC: National Academies Press.
7. Goldman, A., Frager, G. & Pomietto, M. (2003). Pain and palliative care. In Schechter, N.L., Berde, C.B. & Yaster, M., Pain in infants, children, and adolescents. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
8. Gwyther, L., & Cohen, J. (2009). Introduction to Palliative Care, In: Legal Aspects of Palliative Care, Hospice palliative Care Association of South Africa, 2-6. Retrieved from http://www.osf.org.za/File_Uploads/docs/Legal_Aspects_of_Palliative_CareEntire_book.pdf.
9. Gwyther, L.; Brennan, F.; Harding, R. (2009). Advancing palliative care as a human right. *Journal Pain Symptom Manager*, 38, 767-774.
10. Haddad, D.R.S. (2006). A morte e o processo de morrer de crianças em terapia intensiva pediátrica: vivência do enfermeiro (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
11. Knapp, C., Woodworth, L., Wright, M., Downing, J., Drake, R., Fowler-Kerry, S., Hain, R. & Marston, J. (2011). Pediatric Palliative Care Provision Around the World: A Systematic Review. *Pediatric Blood Cancer*, 57, 361-368.
12. Lenton, S., Goldman, A., Eaton N. & Southall, D. (2006). Development and Epidemiology. In Goldman, A., Hain, R. & Liben, S. (eds.), *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. Oxford: University Press.
13. Malloy, P., Ferrell, B., Virani, R., Wilson, K., & Uman, G. (2006). Palliative care education for pediatric nurses. *Pediatric Nursing*, 32(6), 555-61.
14. Marques, A., Santos, G., Firmino, H., Santos, Z., Vale, L., Abrantes, P., Barata, P., Moniz, M., Amaral, A., Galvão, M., Clemente, V., Pissarra, A., Albuquerque, G., & Morais, I. (1991). Reações emocionais à doença grave: Como lidar. Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.
15. Osswald, W. (1999). A Morte Anunciada. *Cadernos de Bioética*, 21.
16. Poles K, & Bouso R (2004). A enfermeira e a família no processo de morte da criança: evidências do conhecimento. *Revista Sociedade Brasileira Enfermeiros Pediatras*, 4(1), 11-18.
17. Polit, D. F. & Beck, C. T (2011). Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem (7ª Ed.). Porto Alegre: Artmed.
18. Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro – doente. *Revista Referência*, 4, 35-57.
19. Vilelas, J. (2009). Investigação. O Processo de Construção do Conhecimento. Lisboa: Edições Sílabo.
20. Watson, J. (2002). Enfermagem: ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Loures: Lusociência.
21. Wolfe, J., Klar, N., Grier, H., Duncan, J., Salem-Schatz, S., Emanuel, E. & Weeks, J.C. (2000). Understanding of prognosis among parents of children who died of cancer: impact on treatment goals and integration of palliative care. *JAMA*, 284(19), 2469-2475.
22. World Health Organization (1998). *Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children*. Geneva: Author
23. Zorzo, J. 2004. O processo de morte e morrer da criança e do adolescente: vivências dos profissionais de enfermagem (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

OBSTIPAÇÃO INDUZIDA PELOS OPIÓIDES EM DOENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS

Daniela Dias

Enfermeira, Fundação Champalimaud
daniela.dias@fundacaochampalimaud.pt

Juliana Santos

Enfermeira, IPO Porto
enf.juliana.santos@gmail.com

Carina Raposo

Enfermeira, Centro Hospitalar do Porto
karyraposo@gmail.com

Luís Batalha

Professor-coordenador,
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
batalha@esenfc.pt

Ana Leonor Ribeiro

Professora-coordenadora,
Escola Superior de Enfermagem do Porto
ana@esenfc.pt

Ana Cristina Ferreira

Enfermeira, IPO Coimbra
tina.ferreira.pt@gmail.com

RESUMO: Os opióides são o *gold-standard* para o tratamento da dor oncológica, mas alguns dos seus efeitos adversos podem comprometer o seu potencial terapêutico, como é o caso da obstipação. Esta alteração do padrão de eliminação caracteriza-se por uma redução dos movimentos intestinais, aumento do esforço nos movimentos intestinais, sensação de evacuação retal incompleta ou consistência dura das fezes.

A sua prevenção e tratamento requerem uma rigorosa avaliação dos doentes em risco e um completo entendimento da sua etiologia. Esta avaliação carece de uma colheita de dados sobre a história clínica do doente, com foco no nível de atividade física, hábitos alimentares, capacidade de mastigação e deglutição, problemas médicos subjacentes e mudanças nos hábitos intestinais e características das fezes. Requer igualmente um exame físico da cavidade oral, região abdominal e anorretal.

Perante um quadro de obstipação induzida pelos opióides (OIO), são implementadas medidas de âmbito farmacológico (com efeito laxante, e/ou inibidores dos recetores opióides intestinais, sem perda de eficácia analgésica, e rotação de opióides) e não farmacológico, como medidas de higiene alimentar, educação intestinal e massagem abdominal.

Neste artigo pretende-se fazer um enquadramento teórico sobre a OIO e apresentar medidas de prevenção e tratamento que visem a melhoria dos cuidados prestados e consequentemente melhorem a qualidade de vida de quem cuidamos.

PALAVRAS-CHAVE: Obstipação; opióides; eliminação intestinal; dor; cancro.

ABSTRACT: *Opioids are gold-standard for the treatment of cancer pain, but some of its adverse effects may compromise its therapeutic potential, such as constipation. This change in elimination pattern is characterized by reduced bowel movements, increased effort in bowel movements, incomplete rectal evacuation sensation, or hard stool consistency. The prevention and treatment of constipation requires a rigorous assessment, mainly in patients at risk and a complete understanding of its aetiology. The assessment requires data collection patient's clinical history, focusing on the level of physical activity,*

eating habits, chewing and swallowing ability, underlying medical problems and changes in bowel habits and stool characteristics. It also requires an accurate physical examination (oral cavity, abdominal region and anorectal).

In the presence of opioid-induced constipation, pharmacological measures (with laxative effect and / or inhibitors of intestinal opioid receptors, without loss of analgesic efficacy and opioid rotation) and non-pharmacological measures (food hygiene measures, bowel education and abdominal massage).

In this article we intend to make a theoretical framework of OIO and present prevention and control measures aimed at improving the care provided by nurses and consequently a better quality of life for those we care for.

KEYWORDS: *Constipation; opioids; intestinal elimination; pain; cancer.*

1. Introdução

Segundo um estudo epidemiológico português publicado em 2012¹, 36,7% da população portuguesa sofre de dor crónica. De acordo com uma revisão sistemática da literatura, a prevalência de dor oncológica varia entre 9,3% após o tratamento curativo; 55,0% durante o tratamento anticancerígeno; e 66,4% em doença avançada, metastática ou terminal³⁵. Um outro artigo apresentou dados sobre a utilização de opióides em Portugal por 4,37% da população no tratamento da dor crónica, correspondendo a 4,20% a opióides fracos e 0,17% a opióides fortes². Embora os opióides sejam o *gold-standard* para o tratamento da dor, quando analgésicos como o paracetamol e os anti-inflamatórios não esteróides (AINE's) não conseguem um controlo adequado³, os efeitos adversos comprometem o seu potencial terapêutico. O trato gastrointestinal (GI) é um local com significativos efeitos adversos relacionados com opióides devido à presença de recetores opióides, cuja ativação exógena interrompe a motilidade e secreção GI, inibindo a função normal⁴. A ação dos opióides provoca efeitos adversos incómodos, como náuseas e vômitos, sendo o mais comum a obstipação, mas também sedação, depressão respiratória, miose, euforia e disforia, hipotensão e retenção urinária. De facto, aproximadamente 80% dos doentes sob terapêutica opióide experimentam pelo menos um efeito adverso⁵, que pode resultar em não-adesão ou má gestão terapêutica, afetando o controlo da dor.

Os enfermeiros desempenham um papel importante na identificação, avaliação e gestão da obstipação pelo que pretendemos com este artigo facultar conhecimentos que permitam aos enfermeiros identificar e avaliar a OIO e assim contribuir para a gestão do seu tratamento.

2. Definição e diagnóstico

A obstipação não é definida e entendida da mesma forma pelos doentes e profissionais de saúde. Por consenso de um grupo multidisciplinar sobre tratamentos emergentes em neurogastroenterologia, a OIO é definida como uma mudança dos hábitos intestinais basais ao iniciar tratamento com opióides, sendo caracterizada por qualquer um dos seguintes critérios: redução da frequência do movimento intestinal, desenvolvimento ou aumento do esforço nos movimentos intestinais, sensação de evacuação retal incompleta ou consistência de fezes mais duras⁶.

Importa distinguir vários tipos de obstipação: primária, secundária e iatrogénica. A obstipação primária resulta de fatores extrínsecos que afetam a função intestinal, tais como uma inadequada ingestão de fibras e líquidos, reduzida atividade física e falta de tempo e/ou privacidade para a defecação⁷. Qualquer um destes fatores pode levar à diminuição da motilidade intestinal e aumentar o tempo de trânsito da matéria fecal, potenciando a reabsorção de água e tornando as fezes duras. A obstipação secundária resulta de alterações patológicas, tais como oclusão intes-

tinal parcial, compressão da medula espinhal a um nível que afeta a função intestinal e efeitos metabólicos como hipercalcemia e hipocalcemia⁷. Por exemplo, a diabetes pode causar neuropatia que resulta em obstipação. A obstipação induzida iatrogenicamente é causada pela administração de agentes farmacológicos. Embora os opióides sejam os principais responsáveis, outros fármacos podem estar implicados, tais como os antiácidos, anticolinérgicos, anti-histamínicos, bloqueadores de canais de cálcio, suplementos de ferro e antidepressivos tricíclicos⁷.

Quando não há evidências de doença orgânica, a obstipação é considerada funcional. Este tipo de obstipação é definida pelos critérios de ROME III⁵, que se mantiveram na versão ROME IV⁸ e que se caracteriza pela presença de três critérios nos últimos três meses e com o início de sintomas pelo menos seis meses antes do diagnóstico:

1. Tem que incluir dois ou mais dos seguintes:
 - Esforço durante pelo menos 25% das defecações;
 - Fezes nodulares ou duras em pelo menos 25% das defecações;
 - Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações;
 - Sensação de obstrução/bloqueio anorretal em pelo menos 25% das defecações;
 - Manobras manuais para facilitar em pelo menos 25% das defecações;
 - Menos de três defecações por semana.
2. É raro ocorrerem fezes soltas sem o uso de laxantes.
3. Critérios insuficientes para o diagnóstico da síndrome de cólon irritável.

A OIO é o sintoma mais reconhecido da síndrome denominada por desordem gastrointestinal induzida por opióides, que engloba outros sintomas como dismotilidade esofágica, náusea, vômito, atraso no esvaziamento gástrico, atraso nos movimentos intestinais, distensão abdominal, fezes secas e duras, flatulência, evacuação dolorosa, aumento da pressão no esfíncter anal, aparecimento de fissuras anais e hemorroides⁹. A OIO é muitas vezes subavaliada e subtratada pelos profissionais de saúde, deixando os doentes sem tratamento adequado e eficaz, acarretando mal-estar e sofrimento desnecessários.

Na literatura podemos identificar barreiras ao correto diagnóstico de OIO⁶. Estas barreiras são: (1) falta de consciencialização dos clínicos sobre a OIO em doentes em tratamento com opióides; (2) não questionar o doente sobre a obstipação; (3) vergonha dos doentes em referir os seus sintomas; (4) ausência de critérios diagnósticos universais da OIO; (5) dificuldade na triagem de doentes com base nos critérios de Roma III; (6) ausência de um protocolo para o tratamento da OIO.

A prevenção e tratamento da obstipação requerem um completo entendimento da etiologia e uma completa avaliação. Os doentes em risco, nomeadamente sob terapêutica com opióides, têm de ser questionados especificamente sobre sua função intestinal. Nesta avaliação, os profissionais de saúde devem recolher uma história clínica completa do doente, que inclui: (1) nível de atividade diária, incluindo a participação em exercícios regulares, (2) preferências e desajustes alimentares, (3) quantidade de fibra e ingestão de líquidos, (4) capacidade para mastigar e engolir, (5) medicamentos atuais, incluindo medicamentos de venda livre, (6) problemas médicos subjacentes e (7) mudanças recentes nas características das fezes e hábitos intestinais, por exemplo, dor na evacuação, alteração no padrão ou tamanho das fezes, diarreia alternada com obstipação acompanhada de dor abdominal ou desconforto, aparecimento de sangue vivo ou fezes escuras¹⁰.

A avaliação requer paralelamente um exame físico que inclui a cavidade oral, região abdominal e anorretal.¹¹ No exame da cavidade oral, verificar a dentição, para garantir que a mastigação não seja comprometida, e avaliação da mucosa para identificação de lesões que interferiram na mastigação, degustação e deglutição. No exame abdominal avaliar: (1) inspeção – o volume, distensão ou protuberâncias. Quando há distensão, considerar a possibilidade de obesidade, ascite, flatos, ou massa tumoral. Se descartadas, considerar a possibilidade de presença de fezes; (2) auscultação – verificar presença de ruídos intestinais hiperativos ou sons intestinais ausentes. Se não houver ruídos, ouvir de forma contínua por cinco minutos antes de estabelecer a ausência de ruídos intestinais. Ruídos intestinais ausentes podem indicar íleo paralítico, ao passo que o aumento pode indicar diarreia iminente; (3) Percussão – avaliar timpanismo; (4) palpação – detetar sensibilidade abdominal e resistência muscular associada à obstipação

crónica. O exame anorretal pode revelar um reto cheio de fezes, sugerindo obstipação. O exame endoscópico do ânus e do reto pode revelar não só uma massa fecal impactada, mas igualmente fissuras, hemorroides, ulceração ou úlceras retais.¹¹

Ainda no diagnóstico, o profissional de saúde deve fazer uso de escalas ou instrumentos padronizados como a Escala de Bristol (que permite avaliar a forma do conteúdo fecal), ou outros instrumentos como o Questionário de Avaliação da Obstipação Induzida pelos Opióides (Bowel Function Index - BFI), já traduzido e validado para a língua e cultura portuguesa¹², que avalia 3 itens numa escala de 0 (sem problemas) a 100 (problema mais grave possível): facilidade de defecação, sensação de evacuação incompleta e avaliação pessoal do doente da sua obstipação.

Em doentes oncológicos, a obstipação pode ter uma etiologia multifatorial, no entanto, a sua incidência aumenta aquando da prescrição de opióides (87%). Cerca de 63% dos doentes em cuidados paliativos necessitam diariamente de laxantes, mesmo não fazendo medicação opióide¹³. Para além da hipótese de obstipação, há que considerar e avaliar a possibilidade de uma oclusão ou subocclusão intestinal, relacionada com compressão nervosa do trato gastrointestinal, com progressão de doença, ou um efeito adverso de medicamentos (opióides, anticolinérgicos, anti-histamínicos, antidepressivos, suplementos de cálcio e ferro, antiácidos que contenham alumínio). Estes doentes habitualmente apresentam uma inadequada ingestão de líquidos e de fibras, assim como diminuição da atividade física, que contribui para a obstipação.

Entre os doentes crónicos em tratamento com opióides, as taxas de obstipação rondam os 40% a 90%^{14,5}. Esta complicação afeta a qualidade de vida dos doentes e pode levar a não adesão ou má gestão terapêutica. Bell et al¹⁵, ao analisar a prevalência, gravidade e impacto da OIO em 322 doentes com consumo diário de opióides, descobriram que 81% dos doentes relataram obstipação e que a maioria destes relataram pelo menos um impacto negativo moderado sobre a qualidade de vida e atividades da vida diária e que um terço dos doentes omitiu doses, diminuiu a dosagem ou parou de tomar opióides para melhorar a sua função intestinal.

3. Fisiopatologia

A motilidade intestinal normal, que resulta em dejeções frequentes com eliminação de fezes pastosas sem esforço excessivo, depende do equilíbrio entre três processos fisiológicos: coordenação dos movimentos peristálticos; transporte molecular pela mucosa intestinal e presença de reflexos de dejeção. A coordenação dos movimentos peristálticos depende da atividade contrátil coordenada das células musculares lisas, do estímulo neural (sistema nervoso autónomo) e de diferentes interações hormonais.

Os recetores opióides envolvidos na função gastrointestinal (GI) são classificados em três classes: μ , κ e δ . Os recetores κ e δ encontram-se principalmente no estômago e no cólon proximal, enquanto os recetores μ existem amplamente ao longo do trato GI. A OIO desenvolve-se predominantemente como resultado da ativação de recetores entéricos de opióides μ , o que conduz a uma diminuição na libertação de neurotransmissores a partir de nervos entéricos. Em contraste com as náuseas e vómitos associados aos opióides, a tolerância à OIO raramente se desenvolve¹⁶. Devido à sua distribuição ubíqua no trato GI, os recetores opióides μ medeiam numerosos efeitos nas funções intestinais quando ativados por agentes exógenos como os opióides, e estes efeitos podem produzir uma variedade de sintomas conhecidos como síndrome disfuncional intestinal¹⁷. Por exemplo, a ativação de recetores opióides μ provoca contrações esofágicas não peristálticas, diminui a motilidade e esvaziamento gástrico, e aumenta o tónus do esfíncter pilórico; diminui as secreções GI, biliar e pancreáticas; inibe a propulsão no intestino grosso e delgado; aumenta a amplitude das contrações segmentares não-propulsivas no intestino delgado; aumenta a absorção de água a partir do conteúdo intestinal; aumenta o tónus do esfíncter anal; e constriange o esfíncter de Oddi¹⁰. Assim, a ativação de recetores opióides μ na área alvo pode induzir disfagia, gastroparesia, íleo ou pseudo-obstrução intestinal secundária e OIO. Este mecanismo definido causa a OIO, em contraste com a obstipação funcional, que envolve vários fatores contribuintes¹⁸.

4. Opções de tratamento

Na recolha de informação sobre o doente, é crucial procurar na sua medicação a existência de fármacos que podem contribuir para a obstipação. Em alguns casos, pode ser possível substituir um medicamento por outro menos obstipante.

O tratamento da OIO inclui o uso de medidas preventivas da obstipação primária. No entanto, podem ser insuficientes quando a obstipação é iatrogénica. Outras estratégias envolvem o uso de vários agentes farmacológicos, tanto orais como retais. A escolha da estratégia depende da causa subjacente da obstipação e sua gravidade bem como das características individuais de cada doente.

4.1. Tratamento não farmacológico

As intervenções não farmacológicas são úteis para uso nos estádios iniciais da OIO. Esses métodos não-farmacológicos para alívio da obstipação incluem modificações no estilo de vida, como uma dieta saudável e exercício regular, hidratação aumentada, realização de enemas de água e regime intestinal¹⁹. Por exemplo, os doentes devem ser instruídos para responder prontamente quando sentem necessidade de evacuar. Para um regime de treino intestinal, os doentes devem ser instruídos e incentivados a adotar um horário específico, idealmente no início da manhã, para a evacuação. Tendo ainda em conta que o reflexo gastrocólico desencadeia a necessidade de evacuar após a ingestão de alimentos, os doentes devem ser instruídos para evacuar no período após as refeições. Pode também ser útil para os doentes em tratamento prolongado com opióides manter um registo diário dos seus hábitos intestinais¹⁹.

A massagem abdominal contribui para aliviar a obstipação por estimulação dos movimentos intestinais, melhorando assim, o desconforto abdominal ao doente sem efeitos adversos. Um estudo recente de Turan & Asti²⁰ mostrou que doentes com obstipação pós-operatória e receberam massagem intestinal referiam sintomas reduzidos de obstipação, aumento da produção de fezes e melhoria da qualidade de vida, sem efeitos adversos significativos. Um outro estudo²¹ mostrou que, a massagem abdominal foi útil para diminuir a gravidade dos sintomas de obstipação, embora sem diminuição do uso de laxante.

Outra das estratégias simples e útil é o relaxamento do músculo pubo-retal que facilita a saída de fezes. Este relaxamento obtém-se colocando um apoio para os pés, (banco pequeno, uma caixa de sapatos, ou balde), permitindo a elevação dos joelhos, acima da linha do quadril.

Antes de iniciar um tratamento com opióides, o doente deve ser esclarecido da possibilidade de alteração do seu padrão de eliminação intestinal como o aparecimento de obstipação. Estes podem ser incapazes de distinguir a OIO da obstipação primária, e podem ficar frustrados ou preocupados quando os medicamentos e medidas usuais, como o aumento da ingestão de fibras são ineficazes. Em 2013, entrevistas realizadas a 12 doentes oncológicos com OIO, revelaram que estes sofriam de pensamentos erróneos acerca da sua obstipação, incluindo a ideia de que uma melhor nutrição iria resolver a sua condição ou que a obstipação indicava um pior prognóstico²².

4.2. Rotação de opióides

A rotação de opióides – mudança de um medicamento opióide para outro – tem sido defendida como um potencial tratamento de primeira linha para OIO¹⁹. Esta medida requer que os clínicos calculem a dose equianalgésica do fármaco para outro com a mesma potência de analgesia. No entanto, esta medida pode influenciar o controlo eficaz da dor, pois depende da resposta da pessoa ao novo fármaco.

Em teoria, esta é uma abordagem sólida, porque certos opióides podem ser menos propensos a induzir obstipação quando comparados com outros. No entanto esta abordagem carece de evidência para orientar tais rotações. De notar que o fentanilo transdérmico, buprenorfina transdérmica, tapentadol, e oxicodona de libertação controlada podem ser menos obstipantes comparativamente com outros opióides^{23,24,25}. É de salientar que a OIO não parece estar correlacionada com a dose de opióide, por isso a redução da dose não é recomendada.

4.3. Laxantes

Os laxantes são frequentemente recomendados para todos os tipos de obstipação, mas há pouca evidência para apoiar o seu uso em doentes com OIO⁸. No entanto, é prática corrente a sua utilização profilática para a terapêutica opióide.

Os laxantes aumentam o número de movimentos intestinais, mas por outro lado, não aliviam a sensação de evacuação incompleta. A combinação de dois laxantes com mecanismos de ação diferentes é recomendada²⁶ – um estimulante de peristaltismo e um emoliente. Estimulantes GI, como sene ou bisacodil, aumentam as contrações musculares mediadas por um reflexo entérico. Os amaciadores de fezes actuam através de um dos três mecanismos: (1) surfatantes, tais como o docusato, que são emulsionantes que facilitam a adição de gordura e água nas fezes; (2) lubrificantes, como óleo mineral, que retardam a absorção de água das fezes no cólon, suavizando assim as fezes; (3) osmóticos, tais como lactulose ou polietilenoglicol (PEG), que puxam a água para o cólon, hidratando as fezes.

A recomendação geral é combinar a administração oral de agentes osmóticos, geralmente lactulose ou macrogol, que têm um efeito osmótico no cólon com estimulantes dos neurónios no plexo mioentérico e submucoso no cólon, que reduzem a absorção de água e eletrólitos do conteúdo intraluminal, como o sene, bisacodil e picosulfato de sódio²⁷. No entanto, estes fármacos exibem eficácia limitada, podendo causar efeitos adversos e requerem um consumo regular²⁸. Outros grupos de laxantes são os lubrificantes fecais (parafina líquida) e amaciadores de fezes (docusato de sódio), mas são geralmente ineficazes quando administrados isoladamente²⁹. Os amaciadores de fezes facilitam a mistura de gorduras e água nas fezes e são mais úteis em doentes com fezes duras e secas. Mas, por si só têm demonstrado ser de pequeno benefício em doentes com obstipação significativa e, portanto, são frequentemente combinados com laxantes estimulantes para aumentar a eficácia³⁰. Os laxantes estimulantes, tais como o sene e a cascara, estimulam diretamente o plexo mioentérico no intestino, o que por sua vez aumenta as secreções intestinais e o peristaltismo. A utilização de agentes formadores de massa (expansores de volume fecal), tais como sementes de fibra, farelo, metilcelulose e *psyllium*,

tem um papel limitado em doentes com doença avançada, uma vez que é necessário co-administrar fluidos suficientes (pelo menos 2 litros por dia) para evitar a obstrução intestinal através do desenvolvimento de massa viscosa no intestino^{25,26}. O óleo de rícino não é recomendado devido ao seu súbito efeito estimulante na motilidade intestinal e ao risco de desenvolver fortes cólicas abdominais²⁴.

Quando os laxantes orais são ineficazes, considera-se o tratamento retal. A dose de laxantes orais deve ser titulada para conseguir o movimento intestinal, a menos que apareçam efeitos adversos. Se houver mais de 3 dias desde o último movimento intestinal, medidas retais devem ser adicionadas ao regime terapêutico oral, como por exemplo, bisacodil 10 mg e glicerina 4 g ou um micro-enema. As medidas retais podem ser administradas isoladamente nos pacientes que não conseguem deglutir laxantes orais e sofrem de náuseas e vômitos e úteis em doentes com compressão da medula espinhal²⁴.

A prescrição de laxantes pode ser influenciada por questões de mercado, efeitos adversos, eficácia, custo, adesão, e é muito variável a sua utilização na prática clínica. Neste sentido, o profissional de saúde deve conhecer a fisiopatologia da OIO e os mecanismos de ação dos diferentes tipos de laxantes, deve ainda ter em consideração as preferências dos doentes, as vias de administração e o início do tempo de ação.

Se durante o exame anorretal, se verificar a presença de fecalomas, deve ser realizada evacuação manual dos mesmos (sob analgesia local e/ou sedação) e ponderar o uso de enemas de água tépida e/ou parafina líquida em situações de impactação alta.

A tabela 1 apresenta os laxantes disponíveis, doses recomendadas, tempo de ação e considerações na sua administração.

Tabela 1. Tipos de laxantes, doses recomendadas, tempo de ação e considerações na administração.

CLASSE LAXANTES	DOSE INICIAL	TEMPO DE AÇÃO	CONSIDERAÇÕES DE ADMINISTRAÇÃO		
<i>Osmóticos</i>	Leite magnésia	25-50 ml/dia	1-6 h	Podem ocorrer distúrbios de fluidos e eletrólitos. Usar com precaução em doentes com doença cardiovascular e insuficiência renal (neste caso usar macrogol)	
	Macrogol	1-3 saquetas/dia	1-3 dias	Requerem ingestão de líquidos abundantes. Aumentam o conteúdo de água nas fezes, estimulando a atividade propulsiva intestinal. Efeito adverso: Flatulência, câibras, distensão abdominal Contra indicado na obstrução intestinal	
	Lactulose	30ml/dia	48h	Flatulência e desconforto abdominal como efeitos adversos Contra indicado na obstrução intestinal	
	Sorbitol	microenema			
<i>Emolientes ou lubrificantes</i>	Supositórios de glicerina	1/dia	15-60min	Aumenta a água no lúmen intestinal Bom quando combinado com estimulante de peristaltismo.	
	Parafina líquida	10-30ml/dia	1-3 dias		
	Docusato de sódio		24-48 h		
<i>Expansores de volume fecal</i>	Ispagula		12-72 horas	Aumentam a massa fecal e diminuem a consistência. Necessidade de ingerir grande quantidade de líquidos	
	Metilcelulose				
<i>Estimulantes do peristaltismo</i>	Bisacodilo	Começar com 10-20g à noite e se necessário passar a 20mg tid	6-12h (comprimidos)	Podem ser utilizados num tempo prolongado. Útil na obstipação induzida por opióides. Estimulam o plexo mientérico para induzir o peristaltismo	
		Supositório: 1-2/dia	15min-1h (supositório)		
	Sene	Começar com 1-2 comp à noite ou bid	6-12h		Dose excessiva pode provocar cólica Supositório pode induzir irritação local
	Picosulfato de sódio	10mg à noite Dose máxima/dia 30mg	6-12h		

4.4. Agentes farmacológicos: PAMORA

A OIO pode manter-se apesar do uso concomitante de laxantes com mecanismos de ação diferentes. Os agentes farmacológicos PAMORA (pheripherally acting mu opioid receptor antagonist) atuam periféricamente inibindo seletivamente os recetores opióides no intestino, diminuindo os efeitos da obstipação, sem afetar a eficácia da analgesia no SNC, representam um avanço importante no tratamento da OIO³⁴.

A naloxona é um PAMORA que tem sido estudado como tratamento de OIO em baixas doses e titulada lentamente escalada. A literatura mostra que doses entre 25-50 mg por dia aumentam significativamente a fre-

quência dos movimentos espontâneos do intestino⁸. No entanto tem sido verificado a sua interferência no controlo da dor em diferentes níveis de dose, pelo que não é recomendado o seu uso diário.^{31,34} A naloxona quando combinado com oxicodona reduz o tempo médio do trânsito intestinal em cerca de 2,1 horas. Existe uma formulação de oxicodona de ação prolongada combinada com naloxona (proporção 2:1) que permite tratar a dor e minimizar o risco de OIO. Pode ser uma opção limitada pois tem dose máxima diária de oxicodona 80/naloxona 40 mg³¹.

A metilnaltrexona tem apenas ação periférica, não atravessa a barreira hematoencefálica e por isso não tem

efeitos no SNC. Tem alta afinidade nos recetores μ , permitindo o trânsito intestinal e analgesia. Numa dose de 0,15 mg/kg ocorreu um aumento dos movimentos intestinais em 62% dos doentes, aproximadamente 4 horas após a administração de metilnaltrexona.³³ A administração subcutânea de metilnaltrexona encontra-se aprovada para o tratamento de OIO em doentes paliativos em fase avançada de doença e adultos com dor crónica que não estejam em cuidados paliativos.^{31,34} Deve-se ter especial atenção aos doentes com perfuração intestinal e perturbações na barreira hematoencefálica^{31,32,30}.

Existem outros PAMORA's que têm surgido com bons resultados na literatura, mas que não estão disponíveis em Portugal. Naloxegol é um derivado de polietilenoglicol de naloxona tendo sido autorizado na Europa no entanto não está a ser comercializado em Portugal. Tem uma reduzida capacidade para atravessar a barreira hematoencefálica, não antagonizando os efeitos dos opióides e portanto não interfere no efeito sobre a analgesia. Os resultados dos estudos mostram que melhora os movimentos intestinais durante o período de tratamento a partir da primeira semana com um laxante em simultâneo, melhorando a consistência das fezes e diminuindo o esforço defecatório. Deve ser usado com precaução em doentes com insuficiência renal. Só está aprovado pela FDA em doentes com dor crónica não oncológica numa dose de 12,5 ou 25 mg uma vez ao dia por via oral e na União Europeia (UE) para o tratamento de OIO em doentes adultos que tiveram uma resposta inadequada aos laxantes.^{31,32} O Alvimopan foi aprovado pela FDA em maio de 2008 como PAMORA e compartilha o mesmo mecanismo de ação que a metilnaltrexona. Está indicado no tratamento do íleo paralítico pós-operatório. Em doentes com OIO, um estudo demonstrou o seu uso em comparação com placebo durante 6 semanas. Aumentou significativamente a frequência de movimentos intestinais espontâneos, mostrando uma diminuição no esforço para evacuar, na consistência de fezes e na sensação de evacuação incompleta. No entanto, alvimopan não foi aprovado pela FDA para o tratamento da OIO devido a relatos de eventos cardiovasculares adversos.³¹ A Prucaloprida é um agonista de serotonina altamente seletivo que estimula a motilidade gástro-intestinal. Está indicada para o trata-

mento sintomático da obstipação crónica refratária, sendo a dose recomendada de 2 mg uma vez ao dia. A eficácia da prucaloprida foi estabelecida com placebo em doentes com dor crónica não oncológica com OIO³¹.

5. Conclusão

Apesar dos analgésicos opióides fazerem parte dos fármacos mais eficazes no tratamento da dor moderada a severa, o seu uso prolongado pode estar associado a efeitos adversos significativos, nas quais se inclui a obstipação. Este sintoma é um efeito GI adverso reconhecido, mas esquecido. A OIO tem um impacto negativo na qualidade de vida dos doentes e a sua má gestão pode levar à suspensão do tratamento. A abordagem à pessoa com dor em tratamento com opióides tem como pilar a educação, desde o primeiro dia, para medidas de prevenção e tratamento da obstipação.

Os enfermeiros como membros da equipa de saúde assumem o principal papel na educação, nas mudanças de estilo de vida, na supervisão da prescrição profilática de laxantes, adesão aos tratamentos, e monitorização da eficácia dos tratamentos e conforto do doente. A literatura desenvolvida sobre a prevenção e tratamento da OIO continua escassa em doentes com dor persistente e de causa oncológica, o que acarreta uma responsabilidade acrescida no incremento de investigação nesta área específica e partilha de conhecimento.

Referências bibliográficas

1. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. (2012) Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study on its prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. *The Journal Of Pain*, vol 13, no 8, 773-783.
2. Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM. (2013) A population-based study on chronic pain and the use of opioids in Portugal. *PAIN*[®], vol 154, nº12, 2844-2852.
3. World Health Organization (1996). *Cancer Pain Relief*, 2nd ed. Geneva.
4. Holzer P. (2007). Treatment of opioid-induced gut dysfunction. *Expert Opinion on Investigational Drugs*, 16, 181-94.
5. Kalso E, Edwards JE, Moore RA, McQuay HJ. (2004). Opioids in chronic non-cancer pain: systematic review of efficacy and safety. *Pain*, vol. 112, no. 3, 372-380.
6. Camilleri M, Drossman DA, Becker G, Webster LR, Davies AN, Mawe, GM. (2014). Emerging Treatments in neurogastroenterology: a multidisciplinary working group consensus statement on opioid-induced constipation. *Neurogastroenterol Motility*, 26(10), 1386-1395.

7. Cimprich B. (1958). Symptom management: constipation. *Cancer Nurs*, vol.8, 39-43.
8. Simren, M., Palsson, O. S., & Whitehead, W. E. (2017). Update on Rome IV criteria for colorectal disorders: implications for clinical practice. *Current Gastroenterology Reports*, 19(4), 15. <http://doi.org/10.1007/s11894-017-0554-0>
9. Joseph V. Pergolizzi Jr. Md. (2015). Opioid-induced constipation: treating the patient holistically. *Pain Medicine News*. Disponível online em http://www.painmedicineweb.com/download/OIC_PMN0815_WM.pdf. Acedido em 5/03/2017.
10. Susan C. McMillan. (2004). Assessing and managing opiate-induced constipation in adults with cancer. *Cancer Control*, Vol. 11, nº 3, Supplement 1, 3-9.
11. Fallon M, O'Neill, B (1997). ABC of palliative care. Constipation and diarrhea. *BMJ: British Medical Journal*, 315(7118), 1293-1296.
12. Dueñas M, Mendonça L, Sampaio R, Gouvêas C, Oliveira D, Castro-Lopes JM, Azevedo L.F. (2017). Reliability and validity of the Bowel Function Index for evaluating opioid-induced constipation: translation, cultural adaptation and validation of the Portuguese version (BFI-P). *Current Medical Research And Opinion*. Vol. 33, 3. Disponível em <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03007995.2016.1273204>
13. Sykes, N. (1998). The treatment of morphine-induced constipation. *European Journal of Palliative Care*, 5(1), 12-5.
14. Bell T, Annunziata K, Leslie JB. (2009). Opioid-induced constipation negatively impacts pain management and health-related quality of life: findings from the National Health and Wellness Survey. *Journal of Opioid Management*, 5, 137-144.
15. Bell TJ, Panchal SJ, Miaskowski C, Bolge SC, Milanova T, Williamson R. (2009). The prevalence, severity, and impact of opioid-induced bowel dysfunction: results of a US and European Patient Survey (PROBE 1). *Pain Medicine*, 10: 35-42.
16. Swegle JM, Logemann C. (2006). Management of common opioid-induced adverse effects. *American Family Physician*, Oct 15; 74(8):1347-54.
17. M. (2001). Incidence, prevalence, and management of opioid bowel dysfunction. *The American Journal of Surgery*, 182(5A Suppl):11S-18S.
18. Alame AM, Bahna H.(2012). Evaluation of constipation. *Clinics in Colon and Rectal Surgery*, 25(1):5-11.
19. Dorn S, Lembo A, Cremonini F (2014). Opioid-induced bowel dysfunction: epidemiology, pathophysiology, diagnosis, and initial therapeutic approach. *The American Journal of Gastroenterology*, 2(1), 31-37.
20. Turan N, Altı TA. (2016) The effect of abdominal massage on constipation and quality of life. *Gastroenterology Nursing*, 39:48-59.
21. Lämås K, Lindholm L, Stenlund H, Engström B, Jacobsson C. (2009) Effects of abdominal massage in management of constipation - A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46:759-767.
22. Dhingra L, et al. (2013) A qualitative study to explore psychological distress and illness burden associated with opioid-induced constipation in cancer patients with advanced disease. *Palliative Medicine*, 27(5):447-456.
23. Hadley G, Derry S, Moore RA, Wiffen PJ. (2013) Transdermal fentanyl for cancer pain. *Cochrane Database Systematic Review*. Oct 5;(10):CD010270.
24. Davis MP (2012). Twelve reasons for considering buprenorphine as a frontline analgesic in the management of pain. *The Journal Supportive Oncology*, 10(6):209-219.
25. Merchant S, et al. (2013). Composite measure to assess efficacy/gastrointestinal tolerability of tapentadol ER versus Oxycodone CR for chronic pain: pooled analysis of randomized studies. *Journal of Opioid Management*, 9(1):51-61.
26. Goodheart C, Leavitt S. (2006). Managing opioid-induced constipation in ambulatory-care patients. Disponível em http://paincommunity.org/blog/wp-content/uploads/Managing_Opioid-Induced_Constipation.pdf
27. Leppert, W. (2012). The impact of opioid analgesics on the gastrointestinal tract function and the current management possibilities. *Contemporary Oncology*, 16(2), 125-131.
28. Larkin PJ, Sykes NP, Centeno C, et al (2008) The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliative Medicine*, 22:796-807.
29. Mancini I, Bruera E. Constipation. In: Ripamonti C, Bruera E, editors. *Gastrointestinal symptoms in advanced cancer patients*. Oxford: Oxford University Press; 2004. pp. 193-206.
30. Zdanowicz MM (2016) Treatment of opioid-induced constipation: a therapeutic update. *Journal of Advanced Practices in Nursing*, 1:118. Vol 1, no 3.
31. Camilleri et al. Opioid-induced constipation: advances and clinical guidance. *Therapeutic Advances in Chronic Disease*, vol 7, no 2, 2016: pp 121-134.
32. Prichard, D., Norton C., Bharucha, A. Management of opioid-induced constipation. *British Journal of Nursing*, Vol 25, no 10, 2016; pp. 4-11
33. Thomas et al. Methylnaltrexone for opioid-induced constipation in advanced illness *The New England Journal of Medicine*; vol 358, no 22, 2008: pp 2332-43
34. Pergolizzi Jr. et al. Peripherally acting μ -opioid receptor antagonists as treatment options for constipation in noncancer pain patients on chronic opioid therapy - Patient Preference and Adherence 2017:11 107-119.
35. Van den Beuken-van Everdingen, Marieke H.J. et al. Update on prevalence of pain in patients with cancer: systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*. 2016 Jun;51(6):1070-1090.e9.

KEYTRUDA[®]
(pembrolizumab) injetável para perfusão



**COMPARTICIPAÇÃO
APROVADA**

KEYTRUDA[®] (pembrolizumab) O PRIMEIRO ANTI-PD1 COM REEMBOLSO APROVADO PELO INFARMED para o tratamento do melanoma avançado*

▼ Este medicamento está sujeito a monitorização adicional. Isto irá permitir a rápida identificação de nova informação de segurança. Pede-se aos profissionais de saúde que notifiquem quaisquer suspeitas de reações adversas.

Nome do medicamento - KEYTRUDA[®] 50 mg pó para concentrado para solução para perfusão; KEYTRUDA 25 mg/ml concentrado para solução para perfusão. **Composição quantitativa e qualitativa** – Um frasco para injetáveis de pó contém 50 mg de pembrolizumab, após reconstituição, 1 ml de concentrado contém 25 mg de pembrolizumab. Um frasco para injetáveis de 4 ml de concentrado contém 100 mg de pembrolizumab; cada ml de concentrado contém 25 mg de pembrolizumab. Pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado, antirreceptor PD-1. **Indicações terapêuticas** – KEYTRUDA em monoterapia indicado, em adultos, para o tratamento do melanoma avançado (irressecável ou metastático), primeira linha de carcinoma de células não-pequenas (CPCNP) metastático cujos tumores expressam PD-L1 com TPS \geq 50% (sem mutações tumorais positivas EGFR ou ALK), CPCNP localmente avançado ou metastático com um TPS \geq 1% e que receberam pelo menos um esquema de tratamento prévio com quimioterapia (doentes com mutações tumorais positivas EGFR ou ALK devem também ter recebido terapêutica alvo). **Posologia e modo de administração** – 200 mg para CPCNP não previamente tratado com quimioterapia; 2 mg/kg para CPCNP previamente tratado com quimioterapia ou para melanoma, administração por via intravenosa, durante um período de 30 minutos a cada 3 semanas. Os doentes devem ser tratados com KEYTRUDA até progressão da doença ou toxicidade inaceitável. Doentes com CPCNP devem ser selecionados para o tratamento com base na expressão de PD-L1 no tumor, confirmada por um teste validado. **Contraindicações** – Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes. **Efeitos indesejáveis** – **Advertências e precauções especiais de utilização** – Pembrolizumab mais frequentemente associado com reações adversas relacionadas com o sistema imunitário, que podem afectar mais que um órgão ou sistema simultaneamente; segurança avaliada em 2953 doentes com melanoma avançado ou CPCNP sendo as reações adversas mais frequentes fadiga, erupção cutânea, prurido, diarreia, náuseas e artralgia, maioria Grau 1 – 2; reações adversas mais graves foram imunitárias ou relacionadas com perfusão. KEYTRUDA deve ser interrompido definitivamente se toxicidade de Grau 4, exceto para endocrinopatias controladas com hormonas de substituição, se a dose de corticosteroides não puder ser reduzida para \leq 10 mg de prednisona/dia ou equivalente em 12 semanas, toxicidade relacionada com o tratamento não diminuir para Grau 0-1 em 12 semanas após última dose ou ocorrer segunda vez acontecimento de Grau \geq 3. Pneumonia: Grau 2 suspender; Grau 3-4, ou recorrente, interromper definitivamente; Colite, Grau 2 ou 3 suspender, Grau 4 interromper definitivamente; Nefrite Grau 2 com creatinina $>$ 1,5 – 3x LSN suspender, Grau \geq 3 com creatinina \geq 3 vezes o LSN interromper definitivamente; Endocrinopatias, Hipofisite sintomática, Diabetes tipo 1 com hiperglicemia Grau \geq 3 ou cetoacidose, Hipertiroidismo de Grau \geq 3 - suspender; Endocrinopatia de Grau 3 ou Grau 4 interromper tratamento, só se melhorar para Grau 2 ou inferior, controlada com substituição hormonal pode ser considerada continuação com pembrolizumab após redução de corticosteroides; Hipotiroidismo gerido com terapêutica de substituição sem interrupção do tratamento. Hepatite: suspender se AST ou ALT $>$ 3 - 5 x LSN ou bilirrubina total $>$ 1,5- 3 x LSN (Grau 2); interromper definitivamente AST ou ALT $>$ 5 x LSN ou bilirrubina total $>$ 3 vezes o LSN (Grau \geq 3), metástases hepáticas com aumento Grau 2 de AST ou ALT, hepatite com aumentos da AST ou da ALT \geq 50% durante \geq 1 semana; Reações relacionadas com a perfusão: Grau 3 ou 4 interromper definitivamente. KEYTRUDA sem ajuste posológico para doentes idosos, compromisso renal ligeiro ou moderado ou compromisso hepático ligeiro; não estudado em doentes pediátricos, compromisso renal grave, compromisso hepático moderado ou grave. Dados limitados de segurança e eficácia em doentes com melanoma ocular. **Interações medicamentosas e outras formas de interação** – Não foram realizados estudos de interação medicamentosa, não sendo esperadas quaisquer interações medicamentosas metabólicas por pembrolizumab ser eliminado por catabolismo. Evitar o uso de corticosteroides sistémicos ou outros imunossuppressores antes de iniciar pembrolizumab; podem ser usados corticosteroides sistémicos ou outros imunossuppressores após início de pembrolizumab para tratar reações adversas imunitárias. Não existem dados sobre a utilização de pembrolizumab em mulheres grávidas ou excreção no leite materno. Pembrolizumab não deve ser utilizado durante a gravidez. Titular de Autorização de Introdução no Mercado (AIM): Merck Sharp & Dohme Limited, Hertford Road, Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Reino Unido. **Data da Revisão do texto:** 02/2017. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. Para mais informações contactar o titular da AIM ou o seu representante local.

* tratamento de doentes não previamente tratados, com melanoma irressecável ou metastático, sem mutação BRAF (BRAF wild-type), com um bom estado de performance [Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) de 0 ou 1], e que não apresentem metástases cerebrais ativas. Relatório de Avaliação Prévia do Medicamento para Uso Humano em Meio Hospitalar, Pembrolizumab - Data do relatório: 13/03/2017



Quinta da Fonte, 19 - Edifício Vasco da Gama, 2770-192 Paço de Arcos | NIPC 500 191 360

Copyright © 2017 Merck Sharp & Dohme Corp., uma subsidiária de Merck & Co., Inc., Kenilworth, NJ, EUA. | Todos os direitos reservados.

Medicamento sujeito a receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. | Para mais informações contactar o titular de AIM ou seu representante local Merck Sharp & Dohme, Lda. RCM KEYTRUDA disponível a pedido. | Antes de prescrever KEYTRUDA, consulte o Resumo as Características do Medicamento.

ONCO-1216560-0000 04/2017



INOVAÇÃO, MAIS DO QUE ESTAR À FRENTE, É ESTAR AO SEU LADO

Porque a inovação sempre nos acompanhou, na Pfizer sabemos qual a melhor forma de a partilhar.

Aqui, ao seu lado.

Pfizer Oncology



A TRABALHAR EM CONJUNTO PARA UM MUNDO MAIS SAUDÁVEL®

Pfizer Biofarmacêutica, Sociedade Unipessoal, Lda.

Lagoas Park, Edifício 10, 2740-271 Porto Salvo, Portugal - NIPC 513 300 376 – Capital Social 1.005.000 euros