

ON

ONCO.NEWS

INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

34

ANO X · JAN-JUN 2017



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

A CONSULTA DE ENFERMAGEM DE CONTROLO SINTOMÁTICO NÃO PRESENCIAL

Artigo de investigação sobre o papel da consulta de enfermagem na monitorização e controlo precoce dos efeitos secundários, promovendo assim a adesão ao regime terapêutico.

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: ÚLCERA POR PRESSÃO NA FACE IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Revisão sistemática da literatura com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem associadas à prevenção da úlcera por pressão da face no doente submetido a VNI.

NEUROPATIA PERIFÉRICA INDUZIDA PELA QUIMIOTERAPIA (NPIQ)

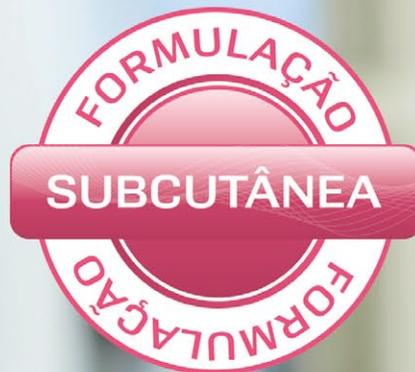
Estudo de investigação que teve como objetivo promover o diagnóstico precoce da NPIQ através da aplicação de um instrumento de avaliação da neurotoxicidade e respetivo registo de enfermagem em contexto de Hospital de Dia de Oncologia.

COMPORTAMENTOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE APÓS CANCRO

Revisão da literatura com vista a explorar o estado atual do conhecimento científico relativamente aos comportamentos de promoção de saúde em sobreviventes de cancro.



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 eritrodorrestesia 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.

VELCADE® (bortezomib)

Informações Essenciais Compatíveis com o Resumo das Características do Medicamento | VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável | Composição qualitativa e quantitativa: VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável - Cada frasco para injetáveis contém 3,5 mg de bortezomib (como éster borônico de manito). Após reconstituição, 1 ml de solução injetável por via subcutânea contém 2,5 mg de bortezomib. Após reconstituição, 1 ml de solução injetável por via intravenosa contém 1 mg de bortezomib. | **Forma Farmacéutica:** Pó para solução injetável. Massa em pó branco a esbranquiado. | **Indicações terapêuticas:** VELCADE® em monoterapia ou em combinação com doxorubicina lipossômica pegulada ou dexamestasona é indicado no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo em progressão que tenham recebido pelo menos 1 terapêutica prévia e que não sejam elegíveis para transplante de células estaminais hematopoiéticas. VELCADE® em associação com melalano e prednisona é indicado no tratamento de doentes adultos com mieloma múltiplo não tratados previamente e que não sejam elegíveis para quimioterapia em alta dose com transplante de células estaminais hematopoiéticas. VELCADE® em combinação com dexamestasona, ou com dexamestasona e balmidomida, é indicado para o tratamento de indução em doentes adultos com mieloma múltiplo não tratados previamente e que sejam elegíveis para quimioterapia em alta dose com transplante de células estaminais hematopoiéticas. VELCADE® em combinação com rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina e prednisona, é indicado para o tratamento de doentes adultos com linfoma de células do manto não tratados previamente, que não sejam elegíveis para transplante de células estaminais hematopoiéticas. | **Posologia:** O tratamento deve ser iniciado e administrado sob a supervisão de um médico qualificado e experiente no uso de agentes quimioterápicos. VELCADE® deve ser reconstituído por um profissional de saúde. VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável está disponível quer para administração intravenosa, quer para administração subcutânea. VELCADE® não deve ser administrado por outras vias. A administração intratecal resultou em morte. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. **Posologia para o tratamento do mieloma múltiplo em progressão (doentes que receberam pelo menos 1 terapêutica prévia):** **Monoterapia:** VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea, na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas, nos dias 1, 4, 8 e 11, num ciclo de tratamento de 21 dias. Este período de três semanas é considerado um ciclo de tratamento. É recomendado que os doentes recebam dois ciclos de VELCADE® após a confirmação de uma resposta completa. Doentes que respondam ao tratamento e que não tenham alcançado uma remissão completa devem receber um total de 8 ciclos de tratamento. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. Em caso de ajustes posológicos durante o tratamento e o reinício do tratamento para monoterapia, consultar o RCM completo. **Em caso de dor neuropática e/ou neuropatia periférica, consultar o RCM completo.** **Terapêutica de associação com doxorubicina lipossômica pegulada:** VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea, na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas, nos dias 1, 4, 8 e 11, num ciclo de tratamento de 21 dias. Este período de 3 semanas é considerado um ciclo de tratamento. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. No caso de ajustes posológicos durante o tratamento e o reinício do tratamento para associação com melalano e prednisona, consultar o RCM completo. **Terapêutica de associação com dexamestasona:** VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea, na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas nos dias 1, 4, 8 e 11, num ciclo de tratamento de 21 dias. Este período de 3 semanas é considerado um ciclo de tratamento. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. No caso de tratamento com VELCADE®, a dexamestasona é administrada oralmente, na dose de 20 mg, nos dias 1, 2, 4, 5, 8, 9, 11 e 12. Os doentes que alcançarem resposta ou estabilização da doença após 4 ciclos desta terapêutica de associação podem continuar a receber a mesma associação, num máximo de 4 ciclos adicionais. Para informações adicionais relacionadas com a dexamestasona, consultar o respetivo RCM. **Em caso de ajustes posológicos para a terapêutica de associação, em doentes com mieloma múltiplo progressivo, consultar o RCM completo.** **Posologia para doentes com mieloma múltiplo não tratados previamente e que não sejam elegíveis para transplante de células estaminais hematopoiéticas:** **Terapêutica de associação com melalano e prednisona:** VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea, em associação com melalano oral (ver RCM completo). Considera-se um ciclo de tratamento, um período de seis semanas. Nos ciclos 1-4, VELCADE® é administrado duas vezes por semana nos dias 1, 4, 8, 11, 22, 25, 29 e 32. Nos ciclos 5-9, VELCADE® é administrado uma vez por semana nos dias 1, 8, 22 e 29. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. Melalano e prednisona devem ser ambos administrados oralmente nos dias 1, 2, 3 e 4 da primeira semana de cada ciclo de tratamento com VELCADE®. São administrados nove ciclos desta combinação terapêutica. Em caso de ajustes posológicos durante o tratamento e reinício de tratamento para terapêutica em associação com melalano e prednisona, consultar o RCM completo. **Posologia para doentes com mieloma múltiplo não tratados previamente e que sejam elegíveis para transplante de células estaminais hematopoiéticas (terapêutica de indução):** **Terapêutica de associação com dexamestasona:** VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas nos dias 1, 4, 8 e 11, num ciclo de tratamento de 21 dias. Este período de três semanas é considerado um ciclo de tratamento. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. A dexamestasona é administrada por via oral numa dose de 40 mg nos dias 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 e 11 do ciclo de tratamento com VELCADE®. São administrados quatro ciclos de tratamento com esta terapêutica de associação. **Terapêutica de associação com dexamestasona e balmidomida:** VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas nos dias 1, 4, 8 e 11, num ciclo de tratamento de 28 dias. Este período de quatro semanas é considerado um ciclo de tratamento. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. A dexamestasona é administrada por via oral numa dose de 40 mg nos dias 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10 e 11 do ciclo de tratamento com VELCADE®. A balmidomida é administrada por via oral numa dose diária de 50 mg nos dias 1-14 e se tolerada, a dose é aumentada para 100 mg nos dias 15-28, podendo, a partir do ciclo 2, ser ainda aumentada para 200 mg por dia. São administrados quatro ciclos de tratamento com esta terapêutica de associação. É recomendado que os doentes com pelo menos resposta parcial recebam dois ciclos adicionais. Em caso de ajustes posológicos para doentes elegíveis para transplante, consultar o RCM completo. **Posologia para doentes com linfoma de células do manto (LDM):** VELCADE® não é utilizado previamente. **Terapêutica de associação com rituximab, ciclofosfamida, doxorubicina e prednisona (VR-CAP):** VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável é administrado por via intravenosa ou subcutânea na dose recomendada de 1,3 mg/m² de área de superfície corporal, duas vezes por semana, durante duas semanas nos dias 1, 4, 8 e 11, seguidas de um ciclo de 14 dias de 15-21. Este período de três semanas é considerado um ciclo de tratamento. São recomendados seis ciclos de VELCADE®, embora para os doentes com uma resposta documentada pela primeira vez no ciclo 6, devam ser administrados dois ciclos adicionais de VELCADE®. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. Os seguintes medicamentos são administrados por perfusão intravenosa no dia 1 de cada ciclo de tratamento de 3 semanas com VELCADE®: rituximab numa dose de 375 mg/m²; ciclofosfamida numa dose de 750 mg/m² e doxorubicina numa dose de 50 mg/m². A prednisona é administrada por via oral numa dose de 100 mg nos dias 1, 2, 3, 4 e 5 de cada ciclo de tratamento com VELCADE®. Em caso de ajustes de dose durante o tratamento de doentes com linfoma de células do manto não tratados previamente, consultar o RCM completo. Para informações relativas às populações especiais consultar o RCM completo. | **Modo de administração: VELCADE® 3,5 mg pó para solução injetável** - Via intravenosa: A solução reconstituída de VELCADE® 3,5 mg é administrada em bolus intravenoso durante 3,5 segundos através de um cateter periférico ou central intravenoso semilento por uma lavagem com uma solução isotónica de sódio a 9 mg/ml (0,9%) para injetáveis. Devem decorrer pelo menos 72 horas entre doses consecutivas de VELCADE®. **Via subcutânea:** A solução reconstituída de VELCADE® 3,5 mg é administrada subcutaneamente através das coxas (direita ou esquerda) ou axilas (direito ou esquerdo). A solução deve ser injetada subcutaneamente, sob um ângulo de 45-90°. Os locais de injeção sucessivos devem ser rotativos. Se ocorrerem reações nos locais de injeção após a injeção subcutânea de VELCADE®, recomenda-se administrar uma solução de VELCADE® menos concentrada (1 mg/ml em vez de 2,5 mg/ml) ou mudar para a injeção intravenosa. Quando VELCADE® é administrado em associação com outros medicamentos, consultar os respetivos RCMs para as respetivas instruções de administração. | **Contraindicações:** Hipersensibilidade ao bortezomib, boru ou a qualquer um dos excipientes; dor pulmonar aguda difusa infiltrativa e doença pericárdica. Quando VELCADE® é administrado em associação com outros medicamentos, deve consultar os respetivos RCMs para obter informação adicional sobre as contraindicações. | **Efeitos indesejáveis: Reações adversas em doentes com mieloma múltiplo tratados com VELCADE® como agente único ou em associação:** **Muito frequentes:** trombocitopenia, neutropenia, anemia, diminuição do apetite, neuropatia periférica, diarreia, náusea, sintomas associados a náuseas e vômitos, diarreia, obstrução do músculoesquelético, prurido, fadiga, astenia. **Frequentes:** Herpes zoster (incluindo infeção disseminada e oftálmica), pneumonia, Herpes simplex, infeção linfocítica, leucopenia, infetiva, desidratação, hipocalcemia, hiponatremia, valores anormais de glicemia anormal, hipocalcemia, anomalia enzimática, perturbações de humor e distúrbios, perturbação de ansiedade, perturbação e distúrbios do sono, neuropatia motora, perda de consciência (incluindo síncope), tonturas, dispepsia, letargia, cefaleia, olhos inchados, visão anormal, conjuntivite, verigos, hipotensão, hipotensão ortostática, hipertensão, dispnéia, estomatite, infeção do trato respiratório superior e inferior, tosse, hemorragia gastrointestinal (incluindo da mucosa), dispêpsia, estomatite, distensão abdominal, dor orofaríngea, dor abdominal (incluindo dor gastrointestinal e esplênica), afecções orais, flatulência, enzimas hepáticas anormais, erupção cutânea, prurido, eritema, pele seca, espasmos musculares, dores nas extremidades, fraqueza muscular, compromisso renal, edema (incluindo periférico), calafrios, dor, alterações nas mucosas, mal-estar, diminuição do peso. **Pouco frequentes:** Infeção, infeções bacterianas, infeções virais, sepsis (incluindo choque séptico), broncopneumonia, infeção pelo vírus do Herpes, meningite, cefaléia, herpes, brucelose (incluindo estafilocócica), hordéolo, influenza, celulite, infeções associadas a dispositivos, infeção cutânea, infeção nos ouvidos, infeção estafilocócica, infeção dentária, psitose, neutropenia febril, coagulopatia, leucocitose, infundiridemia, anemia hemolítica, hipersensibilidade, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, secreção inapropriada da hormona antidiurética, síndrome de lise tumoral, problemas de crescimento, hiponatremia, hipofosfatemia, hipercalcemia, hipercalemia, hipertermia, valores anormais de ácido úrico, Diabetes Mellitus, retenção de líquidos, perturbações mentais, alucinações, perturbação psicótica, confusão, injeção, tremor, neuropatia sensoriomotora periférica, disonímia, perda de coordenação e equilíbrio do cérebro, perda de memória (excluindo demência), encefalopatia, síndrome de encefalopatia posterior reversível, neurotoxicidade, perturbações convulsivas, neuropatia pós-herpética, perturbações na fala, síndrome das pernas inquietas, enxaqueca, cãibras, perturbações da audição, reflexos anormais, parosmia, hemorragia ocular, infeção das pálpebras, inflamação dos olhos, diplopia, olho seco, iritação ocular, dor ocular, aumento do lacrimejo, secreção ocular, discrasia (incluindo zumbidos), insuficiência auditiva (até à surdez), desconforto nos membros, tamponamento cardíaco, paineom cardiopulmonar, fibrilação cardíaca (incluindo anular), insuficiência cardíaca (incluindo ventrículo direito e esquerdo), arritmia, taquicardia, palpitações, angina de peito, pericardite (incluindo efusão pericárdica), cardiomiopatia, distensão ventricular, bradicardia, acidente vascular cerebral, trombose venosa profunda, hemorragia, tromboflebite (incluindo superficial), colapso circulatório (incluindo choque hipovolémico), febre, rubor, hematoma (incluindo perirrenal), diminuição da circulação periférica, vasculite, hiperémia ocular, embolismo pulmonar, derrame pleural, edema pulmonar (incluindo agudo), hemorragia alveolar pulmonar, broncoespasmo, doença pulmonar obstrutiva crónica, hipoxemia, congestão do trato respiratório, hipoxia, pleurisia, soluços, rinoréia, distonia, sibilos, pancreatite (incluindo crónica), hematemese, lábios inchados, obstrução gastrointestinal (incluindo obstrução do intestino delgado/íleo), desconforto abdominal, ulceração oral, enterite, gastrite, hemorragia gengival, refluxo gastroesofágico, colite (incluindo Clostridium difficile), colite isquémica, inflamação gastrointestinal, distúrgia, síndrome do cólon irritable, doença gastrointestinal não especificada, língua saburosa, perturbações da motilidade intestinal, perturbações da glândula salivar, hepatotoxicidade (incluindo afecções hepáticas), hepatite, colostesia, eritema multiforme, urticária, dermatose neutrofilica aguda febril, erupção cutânea tóxica, necrose epidérmica tóxica, síndrome de Stevens-Johnson, dermatite, alterações no cabelo, pelatugas, equimose, lesão cutânea, púrpura, massa cutânea, psoríase, hiperidrose, sudorese noturna, úlcera em decúbito, acne, vesículas, alterações na pigmentação, espasmos musculares, edema articular, aritmia, rigidez nas articulações, mioalgias, sensação de peso, insuficiência renal aguda, insuficiência renal crónica, infeção do trato urinário, sinais e sintomas do trato urinário, hematúria, retenção urinária, distúrbios na micção, proteinúria, azotémia, oligúria, polaquúria, hemorragia vaginal, dor genital, disfunção erétil, deterioração da saúde física geral, edema da face, reação no local da injeção, alterações nas mucosas, dor no peito, alterações na marcha, sensação de frio, extravasamento, complicações relacionadas com cateter, sensação de sede, desconforto no peito, sensação de alterações na temperatura corporal, dor no local da injeção, hemibrilindemia, alteração das análises proteicas, aumento de peso, alteração dos testes sanguíneos, aumento da proteína C reativa, queda, contusão; **Raros:** meningite (incluindo bacteriana), infeção pelo vírus de Epstein-Barr, herpes genital, amigdalite, mastoidite, síndrome de fadiga pós-viral, neoplasia maligna, leucemia plasmocitária, carcinoma das células reiais, massa, micose fúngica, neoplasia benigna, coagulação intravascular disseminada, trombotocitose, síndrome de hiperviscosidade, distúrbios das plaquetas não especificados, púrpura trombocitopénica, doenças do sangue não especificadas, diátese hemorrágica, infiltração linfocítica, choque anafilático, amiotrofia, reação mediada pelo complexo imune tipo II, hipotiroidismo, hiperparatireoidismo, acidose, desequilíbrio dos eletrólitos, sobrecarga de líquidos, hipotermia, hipercalcemia, hipovolemia, hiperfosfatemia, doença metabólica, deficiência do complexo vitamínico B, deficiência de vitamina B12, gota, aumento do apetite, intolerância ao álcool, ideação suicida, transtorno de adaptação, delírio, diminuição da libido, hemorragia cerebral, hemorragia intracraniana (incluindo subaracnoide), edema cerebral, ataque isquémico transitório, coma, desequilíbrio no sistema nervoso autónomo, neuropatia autonómica, paralisia cerebral, parésia, pré-síncope, síndrome do tronco cerebral, perturbações cerebrotensoriais, lesão da raiz nervosa, hiperatividade psicomotora, compressão da medula espinal, perturbações cognitivas, não especificadas, distúrgia motora, perturbações do sistema nervoso não especificadas, raiz múltipla, salivação excessiva, hipotonia, lesão da córnea, exoftalmia, retinite, esotropia, afecções oculares (incluindo pálpabras não especificadas, dacrioadenite adquirida, fotofobia, fotopsia, neuropatia ótica, diferentes graus de insuficiência visual (até à cegueira), neuropatia dos ouvidos, neurite vestibular, afecções do ouvido não especificadas, flutter auricular, entarde do miocárdio, bloqueio aurículo-ventricular, doença cardiovascular (incluindo choque cardiogénico), Torção de pontos, anemia instável, perturbação das válvulas cardíacas, insuficiência arterial coronária, paragem sinusal, embolismo periférico, linfedema, palidez, entorpelecção, vasodilatação, descoloração venosa, insuficiência venosa, falência respiratória, síndrome de dificuldade respiratória aguda, anemia, pneumotórax, atelectasia, hipertensão pulmonar, hemoptise, hiperinflatação, ortopneia, pneumonite, alcatose respiratória, taquipneia, fibrose pulmonar, perturbação brônquica, hipocápnia, doença pulmonar intersticial, infiltração pulmonar, sensação de aperto na garganta, garganta seca, aumento da secreção das vias aéreas superiores, garganta irritada, síndrome de tosse das vias aéreas superiores, pancreatite aguda, peritonite, edema da língua, acido, esofagite, queilite, inflamação focal, tumor do esfíncter anal, fecaloma, ulceração e perturbação gastrointestinal, hipertensão gengival, melancolia, secreção renal, vasculopatia orofaríngea, dor nos lábios, periodontite, fissura anal, alteração dos hábitos intestinais, prolapso, fezes anormais, falência hepática, hepatomegalia, síndrome Budd-Chiari, hepatite por citomegalovírus, hemorragia hepática, coléctase, reação cutânea, infiltração linfocítica de Lesser, síndrome de Eritrodactessia Palma-Plantar, hemorragia subcutânea, liveto reticular, endureção cutânea, pápulas, reações de fotossensibilização, seborreia, suores frios, afecções cutâneas não especificadas, eritema, úlcera cutânea, alterações nas unhas, rabdomiólise, síndrome de articulação temporomandibular, fistula, derrame articular, dor no maxilar inferior, afecções ósseas, infeções e inflamações musculoesqueléticas e do tecido conjuntivo, quisto sinovial, iritação da bexiga, perturbação testicular, prostatite, doenças da mama nas mulheres, sensibilidade epididímic, epididimite, dor pélvica, ulceração vulvar, episia, malformações gastrointestinais, tétose, morte (incluindo súbita), falência multigénica, hemorragia no local da injeção, hémia (incluindo no hato), cicatrização deficiente, inflamação, febre no local da injeção, sensibilidade, úlcera, irritabilidade, dor no peito não cardíaca, dor no local do cateter, sensação de corpo estranho, alteração dos gases sanguíneos, anomalias no electrocardiograma (incluindo prolongamento QT), Rácio Normalizado Internacional (INR) anormal, diminuição do pH gástrico, aumento da agregação plaquetária, aumento da tromboxina I, identificação e serologia viral, alteração da análise à urina, reação à transfusão, calafrios, fraturas, lesões na face, lesões nas articulações, quemaduras, laceração, dor relacionada com o procedimento, lesões por radiações, ataxia dos macróglós. **Reações adversas em doentes com Linfoma de Células do Manto e tratados com VR-CAP:** **Muito frequentes:** pneumonia, trombocitopenia, neutropenia febril, neutropenia, leucopenia, anemia, linfopenia, diminuição do apetite, neuropatia sensorial periférica, disestesia, neuralgia, sintomas associados a náuseas e vômitos, diarreia, estomatite, obstrução, alterações no cabelo, prurido, fadiga, astenia. **Frequentes:** sepsis (incluindo choque séptico), herpes zoster (incluindo disseminado e oftálmico), infeção pelo vírus Herpes, infeções bacterianas, infeção do trato respiratório inferior/superior, infeção linfocítica, Herpes Simplex, hipersensibilidade, hipocalcemia, valores anormais de glicemia, hiponatremia, Diabetes mellitus, retenção de líquidos, perturbações e distúrbios do sono, neuropatia, neuropatia motora, perda de consciência (incluindo síncope), encefalopatia, neuropatia sensoriomotora periférica, tonturas, dispepsia, neuropatia autonómica, discrasia (incluindo zumbidos), fibrilhação cardíaca (incluindo auricular), arritmia, insuficiência cardíaca (incluindo ventrículo direito e esquerdo), isquemia do miocárdio, distúrgia ventricular, hipertensão, hipotensão, hipotensão ortostática, dispnéia, tosse, soluços, hemorragia gastrointestinal (incluindo da mucosa), distensão abdominal, dispêpsia, dor orofaríngea, gastrite, ulceração oral, desconforto abdominal, diárgia, inflamação gastrointestinal, dor abdominal (incluindo dor gastrointestinal e esplênica), afecções orais, hepatotoxicidade (incluindo afecções hepáticas), prurido, dermatite, erupção cutânea, espasmos musculares, dor musculoesquelética, dores nas extremidades, dor no trato urinário, edema (incluindo periférico), calafrios, reação no local da injeção, mal-estar, hiperbilirrubinémia, alteração das análises proteicas, aumento de peso, diminuição do peso; **Pouco frequentes:** Hepatite B, infeção, broncopneumonia, pancreatopatia, reação analítica, síndrome de lise tumoral, desequilíbrio do sistema nervoso autónomo, desequilíbrio do sistema nervoso autónomo, verligens, insuficiência auditiva (até à e incluindo surdez), doença cardiovascular (incluindo choque cardiogénico), síndrome de desconforto respiratório agudo, embolismo pulmonar, pneumonia, hipertensão pulmonar, edema pulmonar (incluindo agudo), colite (incluindo Clostridium difficile), falência hepática. | **Titular da autorização de introdução no mercado JANSSEN-CILAG INTERNATIONAL NV, Turnhoutseweg, 30, B-2340 Beerse, Bélgica. Para mais informações, por favor, contactar o Representante Local do Titular de Autorização de Introdução no Mercado: Janssen-Cilag Farmacéutica, Lda, Estrada Consiglieri Pedroso, 69 A 2734 – 503 Barcarena. Medicamento de receita médica restrita, de utilização reservada a certos meios especializados. As informações apresentadas não dispensam a consulta do RCM completo. RCM resumido de VELCADE® pó para solução injetável, Versão 16, revisto em janeiro de 2016.**

Ref 1, San Miguel JF et al. Persistent Overall Survival Benefit and No Increased Risk of Second Malignancies With Bortezomib-Melphalan-Prednisone Versus Melphalan-Prednisone in Patients With Previously Untreated Multiple Myeloma. J Clin Oncol 2012; 30. DOI: 10.1200/JCO.2012.41.6180. | Material promocional elaborado em fevereiro de 2016 | PHPT/VEL/0915/0007(1)

Janssen-Cilag Farmacéutica, Lda.

Estrada Consiglieri Pedroso, 69 A - Queluz de Baixo | 2734-503 Barcarena

www.janssen.pt

Sociedade por quotas | Matriculada na Conservatória do Registo Comercial de Oeiras, sob n.º 10576

Capital Social €2.693.508,64 | N.º Contribuinte 500 189 412

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson



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.

MEMBRO



PARCERIA



Índice

05

NORMAS DE PUBLICAÇÃO E REVISÃO

06

EDITORIAL

M. Jorge Freitas,
Director da revista ON

07

PONTO DE VISTA

“O desafio maior é fazer bem tudo aquilo que se faz”
Paulo Marques

ARTIGOS

08

A CONSULTA DE ENFERMAGEM DE CONTROLO SINTOMÁTICO NÃO PRESENCIAL

Ana Paguia, Tânia Saraiva, Duarte Costa

16

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: ÚLCERA POR PRESSÃO NA FACE - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Cristina Grilo, Sílvia Alminhas

26

NEUROPATIA PERIFÉRICA INDUZIDA PELA QUIMIOTERAPIA (NPIQ)

Sandra Ponte, M.^a Teresa Récio

30

COMPORTAMENTOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE APÓS CANCRO

Nuno Miguel Peixoto, Tiago André Peixoto

DIRETOR / DIRECTOR:

M. Jorge Freitas Almeida, RN, MSc

Especialista em Enfermagem Comunitária, Mestrado em Bioética, PG Gestão Serviços 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, Porto, 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

Bruno Magalhães, MSc, RN

Escola Superior Enfermagem SM, Porto, Portugal

Eunice Sá

Escola Superior Enfermagem Lisboa, Lisboa, Portugal

Esmeralda Barreira, MSc, PhD

Mestrado em Psicologia e Mestrado em Counselling
Docente na Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal

Maria Deolinda Dias Pereira, MSc

Especialista Enfermagem Médico-cirúrgica, Lisboa, Portugal
Mestrado em Ciências de Enfermagem

Ana Leonor Ribeiro, Professora, PhD

Escola Superior Enfermagem Porto, Porto, Portugal

Luís Batalha, Professor, PhD

Doutoramento em Ciências da Saúde, ramo Biologia Humana
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

Isabel Maria Tarico Bico Correia, Professora, MSc

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

Clara Costa Oliveira, Professora, PhD

Investigadora de pesquisa em Realidade, Exclusão e Cidadania na Terceira Idade - UNISC (Brasil)
Centro de Estudos Humanísticos da Universidade do Minho, Universidade Minho, Braga, Portugal

Ingrid Felix Modesto, RN

Especialista em Oncologia
Hospital Sirio Libanês, S. Paulo, Brasil

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, L.da., Porto

PERIODICIDADE E IMPRESSÃO / PERIODICITY AND PRINTING

Bimestral. Impressão: Norgráfica, L.da.

TIRAGEM E DEPÓSITO LEGAL / PRINT RUN AND LEGAL DEPOSIT

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

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

. 20 Euros para Portugal e para Organizações portuguesas (price valid only for Portugal)

. 60 Euros para Organizações Internacionais (price valid only for 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 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).

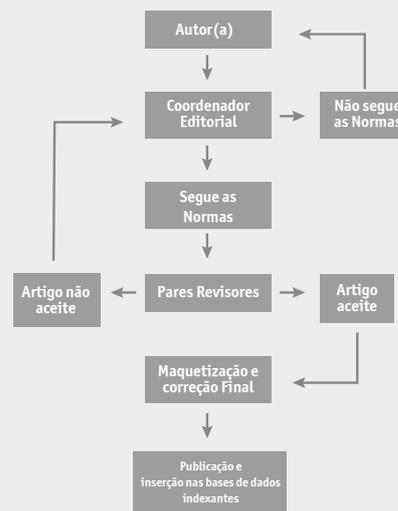
12 Os quadros e figuras devem ser apresentados e inseridos no texto. Os gráficos deverão ser apresentados como original. Todos devem estar numerados ao longo do texto.

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 Publicação
da revista ON

Depois da reformulação completa do nosso portal web e com a mudança para a plataforma PT, iniciámos uma nova era da revista Onco.News, denominada agora ON - Revista Oficial da Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa.

Esta mudança passa por uma modificação na capa, pela introdução de informação relevante relativamente às normas pelas quais se rege e, fundamentalmente, pela sua passagem a bianual, passando a conter apenas artigos científicos, de revisão e de opinião.

Criámos uma secção onde recebemos reflexões sobre áreas importantes da prática clínica, factos importante ligados à oncologia ou outros; é um espaço aberto à opinião. Retirámos toda a informação sobre a atividade da Associação. Com esta mudança pretendemos aproximar a revista ON das normas de indexação da ScieLo (Scientific Electronic Library Online), base de dados que pretendemos vir a integrar no curto prazo. Agora a revista ON passa a ser lançada em Janeiro e em Junho de cada ano civil.

Relativamente à revista ON 34, temos a primeira publicação da secção “Ponto de vista”, uma nova secção, aberta aos membros da Associação, e a publicação de 4 artigos. O primeiro aborda a consulta de enfermagem na área específica do controlo sintomático, através de uma revisão da literatura. O segundo, também com base numa revisão sistemática da literatura, versa sobre as úlceras de pressão na face do doente com venti-

lação não invasiva. O terceiro artigo relata um estudo de investigação sobre a neuropatia periférica induzida pela quimioterapia numa amostra de 146 doentes em tratamento ativo com QT. O quarto incide sobre o comportamento de promoção de saúde após uma doença oncológica, num artigo exploratório sobre os comportamentos de saúde dos sobreviventes.

Espero que gostem da remodelação deste projeto, do novo formato. O objectivo último é conseguir aproximar mais a revista ON dos nossos associados e de toda a comunidade científica que nos procura, promovendo assim a evolução da enfermagem oncológica como uma área especializada dentro da enfermagem geral. Remodelámos a Comissão Científica e de Redatores, aumentando o leque de análise e revisão científica, tanto a nível nacional como internacional.

Resta-me reforçar a informação já amplamente divulgada, da nossa próxima Reunião Nacional, a decorrer já nos dias 1 a 3 de Junho. Contamos com o envio de Abstracts, sendo estes um bom “projecto” de futuras publicações de qualidade. Encontramo-nos em Viseu para a AEOP 10 e aí podemos conversar mais sobre esta nova cara da ON. A todos, boas leituras!

M. Jorge Freitas
Diretor Publicação da revista ON



PAULO MARQUES

PhD, RN, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

paulomarques@esenf.pt

O desafio maior é fazer bem tudo aquilo que se faz

PONTO DE VISTA

As últimas décadas têm sido pródigas em desenvolvimentos substanciais na enfermagem portuguesa. Nalguns casos, pode-se até afirmar que o ensino, a investigação e a prestação de cuidados são hoje diametralmente diferentes do que já foram. Emergiram importantes dimensões muito associadas ao papel autónomo do enfermeiro, que têm sido fruto da consciencialização de que é através do conhecimento disciplinar que a enfermagem poderá acrescentar algo de útil e diferente aos cidadãos, tendo também como consequência uma maior visibilidade social. Importa, todavia, não menosprezar os restantes aspetos, tendo presente a necessidade de uma frequente reflexão e procura da melhor evidência.

A este propósito, faz sentido analisar um dos procedimentos de enfermagem mais frequentemente usados nos diferentes contextos da prática clínica, isto é, o que diz respeito à alimentação entérica pela sonda nasogástrica (SNG)¹. De facto, há hoje um número significativo de pessoas que, por via das transformações socioeconómicas, do aumento da esperança média de vida e dos recursos existentes, nalguns casos facilitadores, regressam a suas casas após um evento de saúde que lhes causou uma alteração para pior e potencialmente crónica, na condição de saúde. O que implica, nalgumas situações,

uma SNG para alimentação. E em não poucos casos, serão cuidadores, familiares ou não, que irão ficar responsáveis por intervenções para as quais não estão formalmente habilitados², recebendo para isso uma formação *ad hoc*, ministrada por enfermeiros³.

Dito isso, importaria dissecar o problema sobre diversos pontos de vista, sempre numa lógica de segurança do cliente. Em primeiro lugar, pergunta-se acerca da adequação de formar não-profissionais para a realização de técnicas complexas que envolvam riscos significativos⁴; mas também sobre o conteúdo do que é ensinado. A esse propósito, não restam dúvidas de que a grande preocupação com a alimentação pela SNG decorre da aspiração do conteúdo para a árvore brônquica, podendo levar a pneumonia e, no limite, à morte.

As indicações nacionais da ACSS (Veiga et al., 2011) seguem a melhor evidência científica (NHS, 2015), que aponta o método do pH como o mais adequado⁵ para a confirmação da localização da sonda, ainda que o mais frequentemente utilizado seja o auscultatório (por dificuldades de obtenção de suco gástrico), e nenhum dos dois seja absolutamente eficaz. Neste método, pretende-se ouvir um assobio⁶ na região do epigastro com a ajuda de um estetoscópio, o que muitas vezes é ineficaz e por isso não recomendado (NHS,

2015; Milsom et al., 2015; Boeykens et al., 2014). Daí que releve fortemente questionar acerca de um outro método, borbulhante por palpação⁷ (Sekino et., 2012), insuficientemente estudado, mas que parece ter adquirido contornos de boa prática, sabe-se lá porque razões. A boa defesa dos doentes faz-se, ou não, por coisas destas.

1. Para efeito da intenção aqui presente, é redundante abordar a entubação.
2. Basicamente, estes cuidadores não são enfermeiros, que são os profissionais com as competências adequadas à realização daquela técnica.
3. Não é propósito desta reflexão discutir acerca das condições da pessoa que despoletem o *trigger* para a disponibilização da informação.
4. Será adequado sob o ponto de vista estratégico?
5. A medida padrão é o RX, mas a sua utilização apresenta muitas limitações, sendo pouco prática.
6. "Whoosh test".
7. "Bubbling".

Referências Bibliográficas

- Veiga B, et al. Manual de Normas de Enfermagem – Procedimentos Técnicos. 2.ª ed. Lisboa 2011. [Em linha]. [Consult. Maio 2017]. Disponível em: < <http://forumenfermagem.org/dossier-tecnico/documentos/orientacoes-tecnicas/nacionais/manual-de-procedimentos-tecnicos-de-enfermagem-acss> >.
- Sergeant A, Mitchell M. Nasogastric Tube Insertion and Maintenance Policy, v. 2. [Em linha]. [Consult. Maio 2017]. Disponível em: < <http://www.southernhealth.nhs.uk/EasySiteWeb/getresource.axd?AssetID=42323> >.
- Milsom SA, Sweeting JA, Sheahan H, Haemmerle E, Windsor JA. Naso-enteric tube placement: a review of methods to confirm tip location, global applicability and requirements. *World J Surg.* 2015;39(9):2243-52. doi: 10.1007/s00268-015-3077-6.
- Boeykens K, Steeman E, Duysburgh I. Reliability of pH measurement and the auscultatory method to confirm the position of a nasogastric tube. *Int J Nurs Stud.* 2014;51(11):1427-33. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.03.004.
- Sekino M, Yoshitomi O, Nakamura T, Makita T, Sumikawa K. A new technique for post-pyloric feeding tube placement by palpation in lean critically ill patients. *Anaesth Intensive Care.* 2012;40(1):154-8.

A CONSULTA DE ENFERMAGEM DE CONTROLO SINTOMÁTICO NÃO PRESENCIAL

Ana Pagueia

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Hospital de Dia de Oncologia, C.H.S., Hospital de S. Bernardo, Setúbal.
ana_pagueia@sapo.pt

Tânia Saraiva

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Hospital de Dia de Oncologia, C.H. Hospital de S. Bernardo, Setúbal.
taniamsaraiva@gmail.com

Duarte Costa

Enfermeira Chefe, Especialista em Enfermagem Comunitária, Hospital de Dia de Oncologia, C. H. Hospital de S. Bernardo, Setúbal
duarte.costa@saude-min.pt

RESUMO: Um dos problemas centrais do sistema de saúde é o abandono ou o incumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, sendo esta uma das causas principais de insucesso terapêutico.

Neste sentido, a equipa de enfermagem do Serviço de Oncologia implementou a consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial, 48h após a 1.^a consulta de enfermagem ao doente que inicia Quimioterapia e 48h após consulta de enfermagem não programada.

Objetivos: Monitorizar e controlar precocemente os efeitos secundários; promover a adesão ao regime medicamentoso e contribuir para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

De forma a ser possível mensurar os resultados obtidos nesta consulta, elaborou-se o projeto “A consulta de Enfermagem não presencial - Uma estratégia para a adesão ao regime medicamentoso”, que permitiu a sistematização da avaliação dos efeitos secundários e da adesão ao regime medicamentoso, bem como a validação do ensino. Decorreu de Novembro de 2015 até Fevereiro de 2016. Operacionalização: Escala MAT, elaboração de instrumento de registo e checklist de validação do ensino realizado na consulta de enfermagem presencial.

Resultados: Nível de adesão elevado (média 5,6) nos doentes que iniciaram tratamento, com a aplicação da escala MAT. Sintomatologia descontrolada 48h após 1.^o tratamento de Quimioterapia em 74% dos 186 doentes avaliados.

Conclusão: A monitorização sistemática dos efeitos secundários e a validação do ensino permite estabelecer intervenções de enfermagem mais eficazes e personalizadas, traduzindo-se numa melhor adesão, contribuindo para a melhoria da qualidade e da visibilidade dos cuidados.

Neste sentido, considerando a percentagem de doentes com sintomatologia descontrolada e que, de acordo com a literatura, poderá ser um motivo para diminuição da adesão ao regime medicamentoso, esta consulta apresenta vantagens pela sua rapidez de resposta e acompanhamento do doente, o que permite um melhor planeamento das intervenções de enfermagem, promovendo assim uma modificação positiva no comportamento de adesão.

PALAVRAS-CHAVE: Consulta de enfermagem; Controlo sintomático; Adesão; Regime medicamentoso.

ABSTRACT: *One of the main problems with health care is the abandonment and neglect of medical treatments prescribed by health professionals, this being one of the major causes of therapeutic failure. Concerned about this problem, the nursing team of the Oncology Service decided to implement a nursing consultation for non-presence symptomatic control within 48 hours after the first nursing consultation to the patient that begins chemotherapy and 48 hours after unscheduled consultation.*

Objectives: *To monitor and to control the secondary effects; to promote patient compliance to the medication regimen and to help to improve access to health care.*

In order to make possible the measurement of the results achieved in this consultation, a project, "Non-presence nursing consultation - a strategy for patient compliance to the medication regimen", was developed. This project led to a systemization of the assessment of the secondary effects and the compliance to the medication regimen, as well as the validation of the teaching. It was carried out between November 2015 and February 2016.

Operationalization: MAT scale, recording tool elaboration and checklist validation of the teaching carried out in non-presence nursing consultation.

Results: *High level of compliance (an average of 5, 6) of the patients that started treatment, with the application of the MAT scale. Uncontrolled symptomatology 48 hours after the first chemotherapy treatment in 74% of 186 patients assessed.*

Conclusion: *The systematic monitoring of the secondary effects and the validation of the teaching allows us to establish more effecting nursing interventions, including a better compliance and contributing to the increase of quality and visibility of medical care.*

On this point, given the proportion of patients with uncontrolled symptomatology, and the fact that, according to the medical literature, it may be a reason for a reduction of the adherence to the treatment, this consultation presents a number of advantages for its rapid response as well as patient follow-up, which allows for a better planning of nursing interventions, thus promoting a positive change in the adhesion performance.

Keywords: *Nursing consultation; Systematic control; Adhesion; Medical regimen.*

1. Introdução

O enfermeiro tem um papel preponderante nos cuidados à pessoa com doença crónica, nomeadamente na implementação de políticas de saúde e no envolvimento da comunidade. Estes profissionais têm sido pioneiros no que respeita à educação para a saúde doente/comunidade, ao envolver-se na tríade doente/família/comunidade, estabelecendo uma relação de parceria, em particular na promoção da continuidade dos cuidados e adesão à terapêutica a longo prazo. (International Council of Nurses, ICN, 2010).

De acordo com Delgado e Lima (2001, p.81) citando Gallagher, Viscoli, & Horwitz (1993), um dos problemas centrais do sistema de saúde é o abandono ou o incumprimento dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. *"A não adesão aos tratamentos constitui provavelmente a mais importante causa de insucesso das terapêuticas, intro-*

duzindo disfunções no sistema de saúde através do aumento da morbilidade e da mortalidade".

Considerando que a consulta de enfermagem tem como principal objetivo capacitar o doente / cuidador para o autocuidado e para a promoção da saúde ao longo do ciclo vital, torna-se então fundamental intervir nos fatores que promovem a adesão ao regime medicamentoso.

Neste sentido, a equipa de enfermagem do Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E, implementou a consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial, 48 h após a 1.^a consulta de enfermagem ao doente que inicia Quimioterapia e 48h após consulta de enfermagem não programada.

Esta consulta tem como principais objetivos monitorizar e controlar precocemente os efeitos secundários, promover a adesão ao regime medicamentoso e contribuir para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

Embora seja visível na prática clínica a importância desta consulta, sentiu-se a necessidade de utilizar instrumentos que permitissem a mensuração dos resultados produzidos pela mesma, ou seja, um sistema de registos de enfermagem que integre sistematicamente, entre outros dados, as necessidades de cuidados ao doente, as intervenções de enfermagem e os resultados sensíveis das mesmas.

Assim, elaborou-se o projeto *“A consulta de Enfermagem não presencial – Uma estratégia de adesão ao regime medicamentoso”*, que permitiu a sistematização da avaliação dos efeitos secundários e da adesão ao regime medicamentoso, bem como a validação do ensino realizado ao doente/cuidador em consulta presencial, permitindo um melhor planeamento das intervenções de enfermagem e promovendo assim uma modificação positiva no comportamento de adesão. A colheita de dados decorreu de Novembro de 2015 até Fevereiro de 2016.

2. Enquadramento teórico

Adesão ao regime medicamentoso

A World Health Organization – WHO (2003) considera que existe adesão quando o comportamento de uma pessoa, na toma da medicação, no cumprimento de uma dieta e/ou nas mudanças no estilo de vida corresponde às recomendações prescritas pelo profissional de saúde.

De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2006, p.81), a adesão ao tratamento como fenómeno de enfermagem é uma volição com as seguintes características:

“... acção auto-iniciada para promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções ou comportamentos. Cumpre o regime de tratamento, toma os medicamentos como prescrito, muda o comportamento para melhorar sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento (frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) e a não adesão é não seguir ou não estar de acordo com o regime terapêutico”.

Henriques (2011), citando Lehane & McCarthy (2009), refere que a adesão ao regime medicamentoso prescrito está directamente relacionada com o acréscimo

de resultados positivos na saúde, na segurança e na qualidade de vida das pessoas. Na óptica dos sistemas de saúde, a adesão está associada a ganhos económicos, através de poupança directa e indirecta, uma vez que reduz a utilização de serviços de saúde. Na perspectiva dos profissionais de saúde, a adesão ao regime medicamentoso pode significar maior eficácia do tratamento recomendado e negociado, que por sua vez pode melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida do doente.

A WHO (2003) identificou 5 grupos de factores relacionados com a adesão terapêutica, tal como indicado na Figura 1.



Figura 1. Factores relacionados com a adesão terapêutica (WHO, 2003).

De acordo com Henriques (2011, p.27) *“a razão da não adesão à medicação é difícil de definir de forma absoluta, pois depende dum conjunto considerável de factores, da sua prevalência em cada pessoa e da forma como ela consegue controlar a interligação entre eles, como lida com eles e de que ajudas dispõe para lidar com eles”.*

A WHO (2003) identifica 10 prediados que contribuem para a não adesão: o baixo estatuto socioeconómico, a pobreza, o analfabetismo e o baixo nível de escolaridade, o desemprego, a distância aos serviços de saúde, o custo elevado do transporte ou da medicação, as características da doença, alterações ambientais, a cultura e as crenças acerca da doença e do tratamento e disfunções.

Tendo em conta todos os factores que contribuem para a adesão ou não adesão ao regime medicamentoso, o enfermeiro tem competências para capacitar o doente para

a auto-gestão, através do ensino/educação do doente e cuidador, sendo imprescindível a sua monitorização.

Segundo o Internacional Council of Nurses (ICN), a adesão ao tratamento e o auto-cuidado são fenómenos prioritários na saúde das pessoas (ICN, 2010). É da competência do enfermeiro estabelecer com as pessoas/cuidadores parcerias que promovam a adesão ao regime medicamentoso.

Desta forma, o enfermeiro assume um papel fundamental no cuidar do doente oncológico, uma vez que possui competências que lhe permite cuidar da pessoa, família e comunidade na sua globalidade.

Consulta de Enfermagem

Num serviço de Oncologia a consulta de enfermagem assume um papel essencial no que respeita ao cuidar nesta fase do ciclo vital do doente/cuidador, uma vez que permite despistar e controlar os efeitos secundários dos tratamentos, promovendo a qualidade de vida do doente e a adesão ao regime medicamentoso.

No mesmo sentido, Andrade e Pereira (2005) referem que a consulta de enfermagem tem como objectivo ajudar o indivíduo, numa determinada fase do ciclo vital, a atingir a máxima independência na realização das actividades de vida.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012, p.1), que cita o Ministério de Saúde, a Consulta de Enfermagem é:

“uma actividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas e saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar plano de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respectiva reformulação das intervenções de enfermagem.”

A Direcção Geral de Saúde, define consulta de enfermagem como sendo uma intervenção que visa a realização de uma avaliação, que estabelece um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de auto cuidado.

A Enfermagem, enquanto profissão, tem um reconhecido papel nos cuidados ao doente portador de doença crónica, na implementação de políticas de saúde e no envolvimento com a comunidade, nomeadamente *“os enfermeiros têm estado na linha da frente da prática em termos de: facultar informações e educação ao doente; estabelecer relações com os doentes, cuidadores e comunidades; disponibilizar continui-*

dade de cuidados; utilizar tecnologia para fazer avançar a prestação dos cuidados, apoiar a adesão a terapêuticas a longo prazo; e promover a prática colaborativa” (ICN, 2010, p.41).

Na consulta de enfermagem pretende-se também promover o autocuidado e, de acordo com a teoria defendida por Orem (2001), a manutenção da vida, do bem-estar e do desenvolvimento do ser humano estão associados à capacidade deste para cuidar de si próprio. Ao longo do ciclo vital, a pessoa vai adquirindo e desenvolvendo capacidades de autonomia que lhe permitem agir no sentido do cuidado a si mesmo.

Quando surge no indivíduo uma situação de doença ou qualquer outra que coloque em risco a sua capacidade de autocuidado existe sempre um processo de transição que necessita de ser gerido pelo próprio. Neste sentido, o foco central da enfermagem é facilitar as transições de vida dos doentes, família e cuidadores ajudando-os a identificar as mudanças impostas pela situação e a procurar novas possibilidades, facilitando assim o processo de aprendizagem de novos conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades e competências. (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

Um processo de transição saudável implica, por um lado, uma avaliação dos padrões de resposta (estratégias de *coping*) e, por outro, a avaliação dos indicadores de resultado (avaliação das capacidades adquiridas).

Neste sentido, o Serviço de Oncologia do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E desenvolve uma consulta de enfermagem que abrange as seguintes áreas de intervenção: consulta de enfermagem ao doente que inicia programa terapêutico; consulta programada de controlo sintomático; consulta não programada de controlo sintomático; consulta de follow-up; consulta não presencial - atendimento telefónico do doente oncológico.

Consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial

A consulta de enfermagem não presencial permite o acompanhamento sistematizado e alargado telefonicamente, possibilitando ao doente alcançar o seu máximo potencial de saúde, prevenindo complicações, promovendo a adesão ao regime medicamentoso e contribuindo para a maximização do bem-estar do mesmo.

De acordo com o parecer 102/2009 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros, a consulta de enfermagem por via telefónica permite uma monitoriza-

ção sistemática, contribui para a rapidez na resposta, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, possibilitando assim uma maior equidade, nomeadamente para utentes que vivem em zonas isoladas ou longe do hospital.

Pretende-se que o enfermeiro esteja mais presente no decurso da doença e no processo de reabilitação, realizando diagnósticos de enfermagem precoces das complicações dos tratamentos e/ou recaídas e que consiga responder em tempo útil a possíveis complicações, diminuindo assim a ansiedade e angústia que são fatores que influenciam substancialmente a qualidade de vida do doente oncológico e os custos em saúde.

De acordo com o mesmo parecer do Conselho Jurisdicional da OE (parecer 102/2009), a prática diária aponta ainda que a consulta telefónica permite uma extensão da relação previamente estabelecida entre enfermeiro e cliente. A consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial, em 2012, incluía apenas a recepção de chamadas, no âmbito do controlo sintomático ao doente oncológico em tratamento de quimioterapia/radioterapia. Estas chamadas foram registadas numa folha de cálculo Excel criada para o efeito. Neste contexto, registaram-se um total de 527 consultas durante o ano de 2012, sendo que **58%** dos motivos de atendimento telefónico poderiam influenciar a adesão ao regime medicamentoso, tal como se pode observar na figura seguinte.

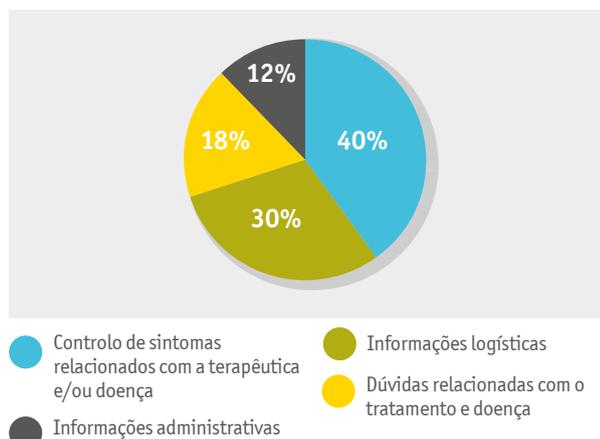


Figura 2. Motivos de atendimento telefónico no ano 2012.

Paralelamente a estes dados, foi possível, durante as consultas de controlo sintomático, através do relato do doente e dos sintomas apresentados, verificar um défice de

conhecimento acerca do esquema terapêutico e da medicação de suporte instituída, o que levou, em muitos casos, à não adesão ao regime medicamentoso.

Segundo Henriques (2011), citando Griffiths (2006), a adesão ao regime medicamentoso é influenciada por factores relacionados com a terapêutica, tais como a complexidade, a duração do tratamento e os efeitos secundários. Neste sentido, em 2013 implementou-se a consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial 48h após o 1.º tratamento de Quimioterapia e 48h após consulta de enfermagem não programada. Aquela é realizada de acordo com o fluxograma abaixo apresentado (Figura 3). Esta consulta tem como objetivos monitorizar, controlando precocemente os efeitos secundários, promover a adesão ao regime medicamentoso e contribuir para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde.

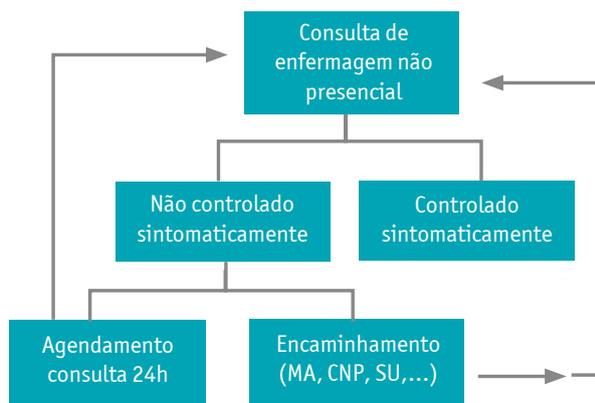


Figura 3. Fluxograma da consulta de enfermagem não presencial.

Esta consulta permite validar e reforçar os ensinamentos efetuados em consulta presencial, esclarecer dúvidas relacionadas com a doença e com o tratamento e realizar encaminhamentos para a consulta de enfermagem não programada, médico assistente ou outros serviços sempre que necessário.

Embora fosse visível na prática clínica a importância desta consulta, sentiu-se a necessidade de utilizar instrumentos que permitissem a mensuração dos resultados produzidos pela mesma.

Assim, elaborou-se o projeto “*A consulta de Enfermagem não presencial – Uma estratégia de adesão ao regime medicamentoso*”, que permitiu a sistematização da avalia-

ção dos efeitos secundários e da adesão do regime medicamentoso, bem como a validação do ensino. A colheita de dados decorreu de Novembro de 2015 até Fevereiro de 2016.

3. Material e métodos

Este projeto teve como objetivos a sistematização da avaliação da adesão do regime medicamentoso do doente, a sistematização da avaliação dos efeitos secundários, a validação do ensino e a promoção da acessibilidade aos Cuidados de Saúde.

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

A MAT é uma escala de Likert que segundo os autores que a validaram para a população Portuguesa, Delgado e Lima (2001), tem como objetivo permitir aos profissionais de saúde caracterizar o comportamento dos doentes face à sua adesão aos tratamentos, possibilitando definir estratégias mais adequadas junto ao doente. De acordo com Delgado e Lima (2001, p.81), *“a MAT apresentou uma boa consistência interna na condição de resposta na forma de escala de Likert. Em termos de validade concorrente, a medida de adesão apresentou correlações elevadas em qualquer condição de resposta.”*

Delgado e Lima (2001) consideram existir adesão ao regime medicamentoso se os doentes apresentarem um score total igual ou superior a 5, aquando a aplicação da MAT.

Elaboração de instrumento de registo e checklist de validação do ensino realizado na consulta de enfermagem presencial

Este instrumento foi desenvolvido com o objetivo de uniformizar o procedimento do enfermeiro que realiza consulta, sistematizar os registos de enfermagem, permitir a validação do ensino realizado em consulta presencial e a avaliação da adesão ao regime medicamentoso (Figura 4). Foi testado na consulta de enfermagem durante o mês de Outubro de 2015, sendo avaliado e implementado em Novembro do mesmo ano.

4. Resultados e discussão

A aplicação da MAT permitiu-nos caracterizar o comportamento dos doentes face à sua adesão aos tratamentos. Os doentes incluídos neste projecto apresentaram um

Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.
Hospital da São Romão
Hospital Oncológico Santiago do Outeiro

SERVICHO DE ONCOLOGIA

Folha de Registo da Consulta de Enfermagem não presencial 48h após Quimioterapia e 48h após consulta de enfermagem não programada

48h pós QT
48h pós CNP
Controlo Sintomático

DATA: ___/___/___ N.º ciclo: _____ Protocolo de Quimioterapia: _____

Legenda: S - Sim
N - Não
NA - Não se aplica

Sintomatologia descontrolada	Avaliação	Intervenção	Checklist de validação do ensino
Fadiga			Verificada a identificação do doente (Nome completo/n.º de processo);
Náuseas			Validados conhecimentos do doente/cuidador sobre o programa terapêutico;
Vómitos			Validados conhecimentos do doente/cuidador sobre a terapêutica de suporte instituída;
Anorexia			Validados os conhecimentos do doente/cuidador sobre os cuidados específicos para o seu tratamento;
Alteração do paladar			Reforço o ensino ao doente/cuidador sobre os cuidados;
Mucosite			
Diarreia			
Obstipação			
Dispneia			
Rash			
Unhas			
Dor			
Parastésias			
Ansiedade			
Outros			

Encaminhamento: CNP Médico Assistente Outro

O doente cumpriu o plano terapêutico proposto na última consulta? Sim Não Não se aplica

Se não cumpriu, motivo? Recusa Esquecimento Falta de medicação

Déficite de conhecimento Outro

Há necessidade de aplicação do algoritmo de controlo sintomático? Sim Não

Se sim, data próxima consulta ___/___/___ Enfermeiro/a: _____
N.º ordem: _____

Figura 4. Folha de Registo da Consulta de Enfermagem não presencial 48h após Quimioterapia e 48h após consulta de enfermagem não programada.

nível de adesão elevado (média de 5,6) no dia que iniciaram tratamento.

Tal como descrito na literatura, outros factores influenciam a adesão ao regime medicamentoso, nomeadamente a sintomatologia descontrolada. Na consulta não presencial foi possível verificar que 74% dos doentes já apresentavam sintomatologia descontrolada (Figuras 5 e 6).

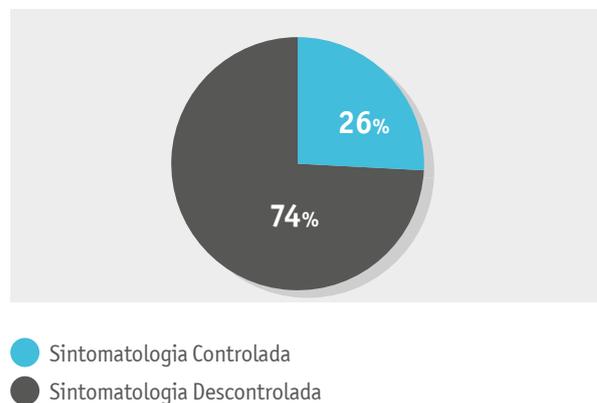


Figura 5. Percentagem de doentes avaliados sintomaticamente em consulta 48h após Quimioterapia.

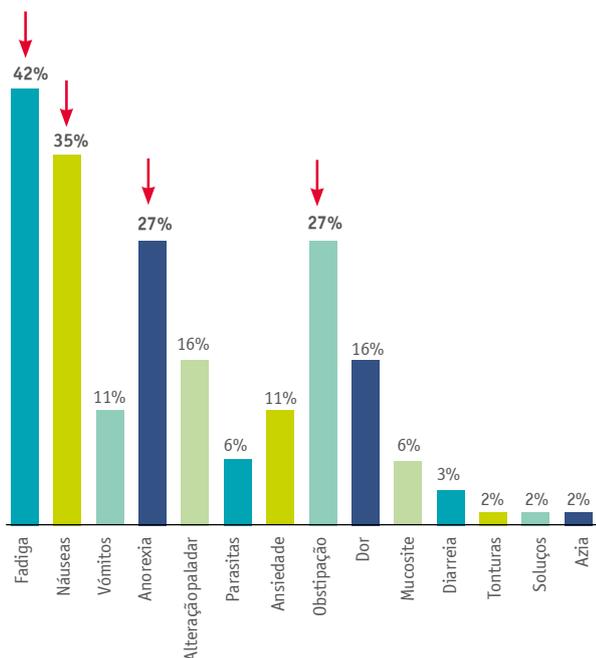


Figura 6. Percentagem de doentes com sintomatologia descontrolada avaliada em consulta 48h após Quimioterapia.

Durante a colheita de dados em 93% das consultas realizadas não houve necessidade de realizar encaminhamento para outro profissional/serviço intra-hospitalar, conforme apresentado na Figura 7. Foi possível através dos cuidados de enfermagem, no âmbito desta consulta, dar resposta às necessidades da maioria dos doentes e verificar que 98% dos doentes cumpriram o plano terapêutico definido (Figura 8).

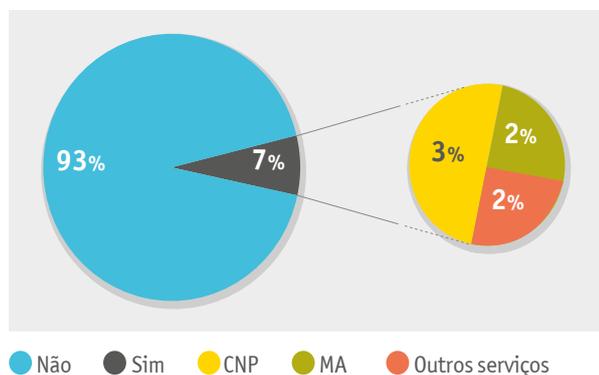
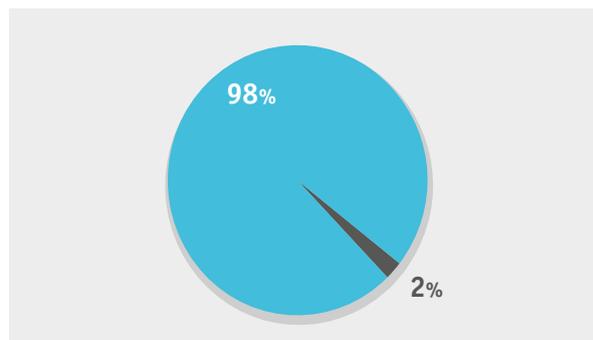


Figura 7. Percentagem de necessidade de encaminhamentos.



● Cumpriu o plano ● Não cumpriu o plano

Figura 8. Percentagem de doentes que cumpriram o plano terapêutico definido.

5. Conclusão

A complexidade da patologia oncológica e dos tratamentos a ela inerentes impõem aos profissionais de saúde uma avaliação constante do risco da não adesão ao regime medicamentoso, na qual o enfermeiro, de acordo com as suas competências específicas, assume um papel fundamental.

A consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial do serviço de Oncologia tem contribuído para um melhor controlo sintomático dos doentes e uma melhor gestão do regime medicamentoso, uma vez que permite dar continuidade ao ensino realizado em consulta de enfermagem presencial, diminuindo assim a probabilidade da exacerbação dos efeitos secundários provocados pelos tratamentos de Quimioterapia.

A monitorização sistemática destes efeitos secundários e a validação do ensino permitem estabelecer intervenções de enfermagem mais eficazes e personalizadas, traduzindo-se numa melhor adesão, contribuindo ainda para a melhoria da qualidade e da visibilidade dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, considerando a percentagem de doentes com sintomatologia descontrolada e que, de acordo com a literatura, poderá ser um motivo para diminuição da adesão ao regime medicamentoso, esta consulta apresenta vantagens pela sua rapidez de resposta e acompanhamento do doente o que permite um melhor planeamento das intervenções de enfermagem, promovendo assim uma modificação positiva no comportamento de adesão.

Esta consulta permite ainda uma maior aproximação da equipa de enfermagem ao doente, contribui para que este se sinta menos angustiado e mais acompanhado no seu processo de doença, o que possibilita uma maior eficácia das intervenções de enfermagem, prevenindo as recorrências não programadas que acarretam custos quer a nível de recursos humanos quer a nível de consumo clínico e de transportes.

Referências bibliográficas

1. ANDRADE, F. e Pereira, L. (2005) – Contributo da consulta de enfermagem na educação do idoso diabético. NURSING. Nº 196. Fevereiro 2005. Pg10-13;
2. CIPE (2006) – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem Versão 1.0. ICN. Ordem dos Enfermeiros. 2006
3. DELGADO, A.B. & Lima, M.L. (2001) - Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. Psicologia, Saúde & Doenças. Departamento de Psicologia Social e das Organizações, ISCTE – Lisboa, 2001; 2 (2): 81-100;
4. HENRIQUES, M.A.P. (2011) – Adesão ao regime Medicamentoso em idosos na comunidade Eficácia das intervenções de enfermagem. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Lisboa. Lisboa;
5. INTERNATIONAL NURSES COUNCIL (2010) - Servir a comunidade e garantir a qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica -Lisboa. O.E ISBN 978-989-96021-9-9. 102 p;
6. MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.] (2010) - Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. In MELEIS, Afaf I. - Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer, ISBN 978-0-8261-0535-6. p. 52-65;
7. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2012); Parecer nº 3/2012. Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil Especializada. Mesa do colégio de especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, acedido em Agosto de 2013, disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_3_2012_Consulta_de_Enfermagem_Especializada.pdf;
8. ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009) – Parecer Conselho Jurisdicional – 102/2009: Consulta de Enfermagem por via telefónica, acedido a 15 de Fevereiro de 2013, disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/CJ_Documentos/Parecer_102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf;
9. WHO - World Health Organization (2003) - Adherence to long-term therapies. Evidence for action. WHO. (Cap. XIII, pp. 107-114), acedido em 15 de Fevereiro de 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>;

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA: ÚLCERA POR PRESSÃO NA FACE - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Cristina Grilo

Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Serviço de Urgência, Hospital do Espírito Santo, Évora
cristmgrilo@gmail.com

Sílvia Alminhas

Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica.
Serviço de Urgência, Hospital do Espírito Santo, Évora. Professora Adjunta Convidada
na Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus – Universidade de Évora
silviaalminhas@gmail.com

RESUMO: A ventilação não invasiva (VNI) representa uma grande evolução na abordagem da insuficiência respiratória. As intervenções de enfermagem durante a VNI são muitas vezes um desafio para a equipa pois a adaptação dos cuidados é centrada na individualidade de cada pessoa. Com base no conhecimento científico disponível verifica-se que surgem complicações associadas à VNI, sendo a mais grave relacionada à interface - Úlcera por pressão. A intervenção de enfermagem direciona-se na avaliação e planeamento da ação com o doente respeitando as linhas de orientação para a prática clínica. Com o objetivo de identificar as intervenções de enfermagem associadas à prevenção de úlcera por pressão da face no doente submetido a VNI foi elaborada uma revisão sistemática da literatura. Para a elaboração deste artigo foram selecionados 8 artigos de texto integral com intervalo temporal de janeiro de 2011 a março de 2016 a partir das bases de dados eletrónicas CINAHL (The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Nursing & Allied Health Collection e MEDLINE. Foi utilizado o método PI[C]O e selecionados 8 artigos num total de 150. A VNI tem assumido particular importância como estratégia de tratamento da pessoa com patologia respiratória e deve basear-se na existência de alguma perspetiva de reversibilidade ou, no caso de doentes oncológicos em fase terminal, no conforto do doente com melhoria da dispneia e manutenção da autonomia. A úlcera por pressão da face surge como a complicação mais grave e recorrente em todos os estudos. Cabe ao enfermeiro priorizar uma avaliação e vigilância contínua, o ajustar da máscara, a alternância do tipo de máscara, a escolha do modelo e tamanho adequado, a aplicação de uma pressão adequada, o reposicionamento, a higiene e a hidratação da pele. A intervenção de enfermagem é decisiva na prevenção e minimização das complicações, promovendo cuidados seguros e de qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Ventilação Não Invasiva; Intervenções de Enfermagem; Máscara/Interface; Pele.

ABSTRACT: *The non-invasive ventilation (NIV) represents a major evolution in the approach of respiratory failure. The nursing interventions during NIV are often a challenge for the team, since the care adaptation is focused in the individuality of each and every person. Based on available scientific knowledge there are complications associated with NIV, being the one related with interface - pressure ulcer the most serious. The nursing interventions are directed to the patient evaluation and action planning respecting the guidelines for clinical practice. With the goal of identifying the nursing interventions associated with the prevention of the face pressure ulcer in the patient undergoing NIV was developed a systematic review of the literature. For the development of this article were selected 8 full-text articles with time interval from January 2011 to March 2016 from the electronic databases CINAHL (The Cumulative Index to Nursing*

and Allied Health Literature), Nursing & Allied Health Collection, and MEDLINE. We used the method PICJO and selected 8 articles from a total of 150. The NIV has taken on a particular importance as a strategy in the treatment of the patient with respiratory pathologies and it should be based on whether there is a prospect of reversibility or, in case of end stage cancer patients, in patient's comfort including dyspnoea improvement and maintaining autonomy. The ulcer due to face pressure emerges as the most serious y recurrent complication in every study. Nurses should prioritize an evaluation and a continuous surveillance, the fit of the mask, switching between mask types, the choice of model and proper sizing, the application of the right amount of pressure, the repositioning, the hygiene and skin hydration. The nursing intervention is decisive in preventing and minimizing the complications, promoting safe and quality care.

KEYWORDS: *Non-invasive Ventilation, Nursing Interventions, Mask / Interface; Skin.*

1. Introdução

A ventilação não invasiva (VNI) desempenha um papel importante no tratamento da insuficiência respiratória aguda e crônica, sendo uma estratégia terapêutica eficaz no alívio da dispneia, na diminuição do trabalho respiratório e na eficácia da troca de gases; gerindo o desconforto respiratório em situações de emergência tanto no hospital como na comunidade. Com consequentes benefícios a nível da taxa de entubação, do tempo de internamento e da mortalidade hospitalar. Não obstante, já se demonstrou que a VNI falha em 40-60% dos casos de insuficiência respiratória aguda por problemas relacionados com a interface, sendo um dos efeitos adversos mais comuns, responsável por 50-100% de todas as complicações da VNI, nomeadamente no desenvolvimento de úlceras por pressão.¹

Neste sentido, surge este artigo de revisão da literatura onde se pretende identificar práticas e aprofundar conhecimentos relacionados com as intervenções de enfermagem ao doente com VNI para prevenção de úlceras por pressão associadas à interface. Na verdade, a escolha deste tema resulta do facto de, cada vez mais, muitos doentes críticos, que cuidamos diariamente, serem sujeitos a VNI para correção da sua insuficiência respiratória, contudo, a nossa preocupação major direciona-se para o desenvolvimento de úlceras por pressão associada a interface aplicado. A VNI é um método de ventilação relativamente novo que utiliza uma máscara, em vez de um tubo endotraqueal, para a administração de ventilação a pressão positiva. Neste método a interface usada entre o ventilador e o doente pode ser de vários tipos. No que concerne

às suas complicações, são entendidas como fenómenos adversos que podem surgir motivados pela aplicação da técnica, bem como pela situação do doente. A ulceração nasal é a complicação mais comum, podendo ser facilitada por fatores como o ajuste inadequado da máscara ou condições específicas do doente. O seu aparecimento não implica necessariamente o cessar da técnica, mas sim uma atuação eficaz e segura, de modo a atuar na sua prevenção, quer pelos resultados que acarreta para o doente e para o sistema de saúde. Por fim, é importante frisar que, na prestação de cuidados ao doente submetido a VNI, é o enfermeiro que realiza os cuidados necessários à adaptação à mesma e que mais intervenções executa junto do mesmo, o que constitui uma oportunidade de serem estes a contribuir para a redução das taxas de incidência de úlcera por pressão associadas à interface.

2. Material e Métodos

Com a finalidade de sistematizar o conhecimento atual existente sobre as intervenções de enfermagem associadas aos cuidados na prevenção de úlcera por pressão da face no doente submetido a ventilação não invasiva, foi efetuada uma revisão sistemática da literatura, que consiste em realizar um exame crítico a um conjunto de publicações pertinentes para o domínio da investigação. Assim, será possível verificar as informações num conjunto de estudos já realizados, nos quais se podem identificar elementos semelhantes e divergentes e refletir sobre os mesmos.² Esta revisão de literatura permitiu responder à seguinte questão central: “Em relação aos cuidados que previnem o aparecimento de úlcera por pressão no doente adulto a fazer VNI

(P), em termos de cuidados de enfermagem (I), quais as intervenções utilizadas na prevenção (O)?”

A questão deste artigo foi realizada segundo o método PI[C]OD (Participantes, Intervenções, Comparações, Resultados/Outcomes e Desenho do Estudo). Para alcançar o objetivo delineado foram associadas as seguintes palavras-chave como descritores da pesquisa, sendo elas: “Ventilação não invasiva”; “Intervenções de enfermagem”; “Máscara/interface” e “Pele”. Por conseguinte, ao se definir o objeto alvo de estudo e ao se pretender uma compreensão mais ampla deste fenómeno foi feita uma pesquisa, via EBSCO, nas bases de dados eletrónicas CINAHL (The Cumulative Index of Nursing and Allied Health), Nursing & Allied Health Collection e MEDLINE. As palavras-chave utilizadas foram, com a respectiva orientação: [(Non invasive ventilation” OR “Positive Pressure Ventilation” OR “Skin” OR “Mask” OR “Interfaces” AND “Nursing”)]. As palavras foram procuradas em texto integral retrospectivamente de janeiro 2011 a março 2016. Foram selecionados 8 artigos num total de 150 artigos. Como critérios de inclusão foram considerados os artigos direciona-

dos para o domínio da VNI, nomeadamente na prevenção de úlcera por pressão, com recurso a metodologia qualitativa/quantitativa ou revisão sistemática da literatura que descrevessem os resultados decorrentes das intervenções de enfermagem. Relativamente aos critérios de exclusão, foram considerados os que apresentavam metodologia não relacionada diretamente com a temática. Foram ainda excluídos todos os artigos da área pediátrica.

Face ao exposto, a presente revisão de literatura pretende identificar quais as intervenções para prevenção de úlceras por pressão da face no doente adulto associado à VNI, com base em evidências científicas.

Para avaliarmos os níveis de evidência utilizamos seis níveis: Nível I: revisões sistemáticas (meta-análises/linhas de orientação para a prática clínica com base em revisões sistemáticas), Nível II: estudo experimental, Nível III: estudos quase-experimentais, Nível IV: estudos não experimentais, Nível V: estudo qualitativo/revisões sistemáticas da literatura sem meta-análise, Nível VI: opiniões de autoridades respeitadas/painéis de consenso.³

Na tabela 1 encontram-se os artigos analisados.

Tabela 1. Artigos analisados neste trabalho de revisão bibliográfica.

TÍTULO	AUTORES/ANO	MÉTODO/ NÍVEL DE EVIDÊNCIA	PARTICIPANTES	OBJETIVO
<i>The total face mask is more comfortable than the oronasal mask in noninvasive ventilation but is not associated with improved outcome.</i>	Chacur FH, Vilella Felipe LM, Fernandes CG, Lazzarini LC. 2011	Estudo randomizado Nível II	Participaram no estudo 60 indivíduos aleatoriamente.	Descrever as vantagens da utilização da máscara facial total
Resultados: Comparação dos dois grupos. Um grupo com a máscara de facial total (FT) e outro com máscara oronasal (ON). Os doentes toleraram melhor a máscara FT por um período de tempo mais longo quando comparada com a máscara ON. A máscara FT era mais confortável, permitindo aos doentes tolerar VNI mais tempo e reduzindo complicações tais como irritação ocular e necrose da pele. A aplicação de penso hidrocolóide previne o desconforto e irritação local.				
<i>A case series of skin necrosis following use of non invasive ventilation pressure masks.</i>	Ahmad Z, Venus M, Kisku W, Rayatt SS. 2012	Estudo comparativo Nível IV	Dois indivíduos, em que um doente fez 72 horas de VNI e outro fez 12 dias de VNI contínuo	Descrever as complicações da utilização contínua de máscaras durante a VNI contínuo
Resultados: Apesar das contínuas melhorias no design das máscaras, o insucesso depende da escolha do tipo de máscara e do tamanho da mesma. É descrito a inexperiência clínica e a falta de vigilância destes doentes. De acordo com as diretrizes recomenda-se períodos até 6-8 horas. No que diz respeito a necrose por pressão, é conhecido que pressão de 35 mmHg exercida pela máscara durante 2 horas é suficiente para causar isquemia. Máscaras com silicone nasal reduzem a taxa de lesões nasais significativamente e diminuem a gravidade das mesmas.				
<i>Noninvasive Ventilation Intolerance: Characteristics, Predictors, and Outcomes</i>	Liu J, Duan J, Bai L, Zhou L. 2016	Estudo prospetivo e observacional Nível II	Participaram neste estudo um total de 961 indivíduos que experienciam VNI com duração superior a duas horas diárias.	Verificar se a intolerância é uma das razões de fracasso da ventilação não invasiva
Resultados: Este estudo mostra uma intolerância de 5,2% à ventilação não invasiva em indivíduos com utilização de máscara oronasal. Sendo os indivíduos mais jovens, com frequência cardíaca e respiratória mais altas propensos a essa intolerância. Eles não mostraram nenhuma melhoria a nível da pressão arterial média, frequência cardíaca ou frequência respiratória após 1 a 2 horas de ventilação não invasiva. Além disso, eram mais propensos ao desenvolvimento de lesões por pressão a nível da pirâmide nasal e a experienciar a entubação mais precocemente.				

Tabela 1 (continuação)

TÍTULO	AUTORES/ANO	MÉTODO/ NÍVEL DE EVIDENCIA	PARTICIPANTES	OBJETIVO
<i>Treatment-related risk factors for development of skin breakdown in subjects with acute respiratory failure undergoing noninvasive ventilation or CPAP</i>	Yamaguti WP, Moderno EV, Yamashita SY, Gomes TG, Maida AL, Kondo CS, de Salles IC, de Brito CM. 2014	Estudo transversal comparativo Nível II	375 indivíduos com idades superiores a 18 anos e com insuficiência respiratória aguda submetidos a VNI ou CPAP participaram no estudo.	Determinar a frequência de lesões da pele e identificar potenciais fatores relacionados com o tratamento - desenvolvimento em adultos com insuficiência respiratória aguda submetidos a VNI vs CPAP
Resultados: Em doentes com Insuficiente Respiratória Aguda submetidos a VNI vs CPAP, uso de máscara oronasal superior a 26 h foi associada ao desenvolvimento de lesões da pele.				
<i>CPAP interface: satisfaction and side effects</i>	Bachour A, Vitikainen P, Virkkula P, Maasilta P. 2013	Estudo comparativo Nível II	Participaram no estudo 730 indivíduos, tendo sido aplicado um questionário de satisfação com escalas analógicas visuais	Avaliar satisfação face aos cuidados prestados do doente submetido a VNI com pressão positiva contínua nas vias aéreas vias aéreas (CPAP) e interfaces
Resultados: A maioria dos doentes considera a utilização do interface de CPAP, ainda que com distúrbios (lesões da pele) um índice de satisfação bom e sem diferenças entre marcas.				
<i>Pressure Ulcer Incidence in Patients Wearing Nasal-Oral Versus Full-Face Noninvasive Ventilation Masks</i>	Schallom M, Cracchiolo L, Falker A, Foster J, Hager J, Morehouse T, Watts P, Weems L, Kollef M. 2015	Estudo quantitativo com amostra de conveniência Nível II	Total de 200 indivíduos, um grupo de 100 indivíduos usou máscara facial total e outro grupo de 100 usou máscara oronasal.	Observar a incidência localização e estadió da úlcera de pressão no doente com máscara oronasal e máscara facial total
Resultados: A utilização de uma máscara facial total distribui a pressão numa área de superfície maior o que resultou em número significativamente menor de úlceras de pressão e mais conforto para os doentes. Avaliação da pele sob VNI a cada 12 horas e sempre que a máscara é removida pode levar à identificação precoce de alterações na pele. A máscara facial total é uma alternativa razoável as tradicionais máscaras nasais - oral, para diminuir a incidência de úlceras por pressão relacionadas com a ventilação não invasiva.				
<i>Facial pressure zones of an oronasal interface for noninvasive ventilation: a computer model analysis</i>	Barros LS, Talaia P, Drummond M, Natal-Jorge R. 2014	Estudo experimental com recurso a modelo geométrico digital da face humana Nível II	Modelo computacional tridimensional (3D).	Estudar os efeitos de uma interface oronasal durante a ventilação não invasiva usando um modelo computacional tridimensional com a capacidade de simular e avaliar os principais pontos de pressão na face humana.
Resultados: Os resultados da simulação computacional indicam que, em doentes submetidos à ventilação não invasiva com uma oronasal, a probabilidade de ocorrência de lesões cutâneas é maior na ponte nasal e nas áreas paranasais. Esta metodologia pode aumentar a aplicabilidade na investigação biomecânica das interfaces de ventilação não invasiva, fornecendo informações necessárias para a escolha de uma oronasal que minimize o risco de lesão na pele.				
<i>Continuous noninvasive ventilation delivered by a novel total face mask: a case series report</i>	Belchior I, Gonçalves MR, Winck JC. 2012	Estudo de caso Nível VI	Estudo de caso com quatro indivíduos, três deles com Esclerose Múltipla e um com status pós-extubação.	Comparar a eficácia NIV entre máscara facial total e outras máscaras em termos de ventilação alveolar em doentes neuro musculares
Resultados: A máscara facial total é uma interface útil e eficaz para doentes que não toleram uma máscara nasal ou oronasal. No estudo nenhum doente relatou efeitos colaterais esperados a partir desta interface, tais como irritação nos olhos ou secura, a distensão gástrica, ou claustrofobia. Além disso, não fez obstruir o campo de visão do doente e permite algum grau de comunicação. Os locais mais comuns de atrito são a pirâmide nasal, o lábio superior, evitar um ajuste excessivo. A alternância da interface pode reduzir o risco de danos na pele, alterando a distribuição de pressão e fricção.				

3. Resultados e Discussão

A análise e reflexão sobre os artigos selecionados contribuiu para dar resposta à pergunta de partida deste estudo, pois, explícita ou implicitamente, todos eles abordavam as intervenções de enfermagem relacionadas à prevenção de úlcera por pressão associada à interface aplicada no doente submetido a VNI. Neste contexto, a VNI assume cada vez mais uma maior relevância tanto nos estudos científicos desenvolvidos como na prática clínica, que a sustentam como sendo uma opção terapêutica segura e eficiente, sem recurso a métodos invasivos da via aérea. Neste sentido, o enfermeiro tem um papel crucial no seio da equipa pluridisciplinar e na monitorização do doente hospitalizado submetido a VNI, pelo que a este se exige uma prática profissional baseada na evidência e em linhas de orientação (*guidelines*) que elevem os cuidados prestados ao doente a um nível de excelência.

Nesta linha de pensamento, as complicações da VNI são entendidas como fenómenos adversos que podem surgir motivados pela aplicação da técnica, bem como pela situação do doente, que no caso de situações extremas permanece muito controverso, devendo ter-se em conta aspetos éticos, legais e a vontade expressa do doente e da família. A utilização da VNI deve basear-se na existência de alguma perspetiva de reversibilidade ou, no caso de doentes oncológicos em fase terminal, no conforto do doente com melhoria da dispneia e manutenção da autonomia.

O aparecimento de complicações não implica necessariamente o cessar da técnica, mas sim uma atuação eficaz e segura, de modo a atuar na prevenção e tratamento. Embora diferenciadas, as complicações mais frequentes relacionam-se com as máscaras, com a pressão e as fugas de ar, ocorrendo em praticamente 100% dos doentes nalguma fase do tratamento.⁴ No que respeita as máscaras, vários são os estudos em que o objetivo é determinar qual efetivamente é mais confortável, qual é melhor tolerada, qual diminui o risco de úlcera, tendo em conta que cada indivíduo apresenta uma fisionomia e características próprias que vão determinar e condicionar a sua resposta.⁵ Existe autores que reforçam que a máscara facial total é mais confortável, permitindo aos doentes tolerar VNI mais tempo e reduzindo complicações como congestão ocular e necrose da pele. Na mesma perspetiva de análise, as máscaras quando comparadas as faciais e as oronasais num outro estudo realizado para avaliar o conforto e a incidência de

úlcera por pressão, apontam uma diferença significativa, já que 20% dos indivíduos que usam a máscara oronasal apresentam úlcera por pressão e simultaneamente registam um índice de menor conforto, enquanto as faciais representam 2% de incidência de úlcera por pressão com maior índice de conforto.⁶ Justificando que a máscara facial tem potencial de maior redistribuição de pressão e que o reposicionamento e a alternância com interrupções de 10 minutos quando tolerado promovem o fluxo de sangue tecidual.

Numa investigação efetuada a indivíduos internados em unidades de cuidados intensivos e submetidos a VNI, a intolerância à VNI surge nos indivíduos mais jovens, respondendo com frequências cardíacas e respiratórias mais elevadas.⁷ A intolerância demarcou-se sobretudo a nível do desconforto causado pelas interfaces orofaciais aplicadas (diferentes marcas), com um registo de 5,2% de intolerância à VNI, enquanto que estudos anteriores^{8,9} relatam taxas de intolerância à VNI de 11,4-15% em indivíduos que utilizaram unicamente um tipo de máscara oronasal. Contudo, o achado interessante deste estudo⁷ foi que todos os indivíduos com intolerância à VNI foram submetidos à ventilação invasiva independentemente do grau de insuficiência respiratória. No que diz respeito as complicações mais evidenciadas no estudo, são descritas as fugas de ar ao redor da máscara que podem desempenhar um papel importante na intolerância à VNI e a utilização de máscara orofacial como mais propensa ao desenvolvimento de úlcera por pressão a nível da pirâmide nasal. Neste sentido, recomendam que as precintas sejam apertadas tão confortavelmente quanto possível para o doente, uma vez que o ventilador compensa parte das fugas de ar e que o doente seja posicionado a 30-45°, proporcionando maior conforto e evitando a aspiração. Os efeitos adversos das interfaces evidenciam que relativamente à necrose por pressão, é conhecido que pressão de 35 mmHg exercida pela máscara durante 2 horas é suficiente para causar isquemia. E sugerem a utilização de máscaras com silicone nasal pois reduzem a taxa de lesões nasais significativamente e diminuem a gravidade das mesmas.¹⁰ Assim, é básica a necessidade de avaliação e monitorização da pele durante o uso de VNI. Note-se que a escolha da interface é crucial para uma boa adaptação e conforto do doente e para uma VNI eficaz. É por isso um fator determinante do sucesso da VNI. Comprovam este fato um estudo realizado e atestado que o sucesso da VNI é altamente dependente sobre a eficácia

e o conforto da interface. As máscaras nasais e faciais são as mais utilizadas na VNI e são constituídas por duas partes: uma almofada insuflável/autoinsuflável ou de gel que fica em contacto direto com a face do doente e o suporte da máscara com dois a cinco pontos de fixação onde prendem os fixadores elásticos (British Thoracic Society Standards of Care Committee, 2002). Desta forma, a tolerância do doente depende do tipo, tamanho e do modelo de máscara. O ajuste adequado é essencial para o sucesso da técnica. A máscara ideal deve ser confortável, estável, de aplicação fácil, rápida e barata. Para tal, existem vários tamanhos de máscaras com vista a minimizar fugas, a claustrofobia, o desconforto do doente e o traumatismo da pele, diretrizes apresentadas em 2002 pelo British Thoracic Society Standards of Care Committee.

Como já referido, a interface escolhida é uma das principais determinantes do sucesso da VNI, principalmente porque afeta negativamente o conforto do doente. Com esta premissa efetuaram um estudo experimental com recurso a modelo geométrico digital da face humana, com o intuito de estudar os efeitos de uma interface oronasal durante a ventilação não invasiva usando um modelo computacional tridimensional com a capacidade de simular e avaliar os principais pontos de pressão na face humana. Os resultados da simulação computacional indicam que, em doentes submetidos à VNI com uma oronasal, a probabilidade de ocorrência de lesões cutâneas é maior na ponte nasal e nas áreas paranasais. Esta metodologia pode aumentar a aplicabilidade na investigação biomecânica das interfaces de VNI, fornecendo informações necessárias para a escolha de uma máscara oronasal que minimize o risco de lesão na pele.¹² Este estudo vem de encontro às conclusões⁷ no que diz respeito à escolha da interface, a qual desempenha um papel importante nas complicações da VNI, tais como vazamento de ar, claustrofobia, eritema facial, erupção acneiforme, danos à pele e irritação ocular. Os locais mais comuns de atrito e dano à pele são a ponte nasal e o lábio superior (máscara nasal), a mucosa nasal (almofadas nasais) e as axilas (capacete). Na opinião dos autores, é justificável a criação de um modelo mais objetivo para auxiliar na escolha da interface de VNI dependendo do cenário, das circunstâncias do doente ou mesmo dos materiais usados. Para tal, programas promissores e a evolução dos modelos computacionais ao longo das últimas décadas contribuíram significativamente para o desenvol-

vimento de produtos médicos, criando uma ligação entre a engenharia mecânica e a prática clínica. Os principais achados do presente estudo foram os seguintes: a probabilidade de ocorrência de úlcera por pressão foi maior na ponte nasal e na região paranasal; houve um significativo aumento de pressão no ponto de contato entre a membrana da máscara e o nariz; e a variação da profundidade dos tecidos moles teve um impacto direto na quantidade de pressão aplicada. Os achados deste estudo estão de acordo com a literatura relativamente à área em que tipicamente ocorrem as lesões cutâneas (a ponte nasal).

A ulceração da ponte nasal é uma complicação relativamente comum da VNI. Encontra-se em até 10% dos doentes a ela submetidos, ocorrendo a necrose da pele geralmente em virtude da excessiva pressão de ajuste da máscara, que resulta em perfusão tecidual inadequada. Para a sua prevenção é fundamental a existência de uma equipa de enfermeiros com experiência, motivação e formação que assegure o sucesso da técnica. De acordo com os autores, as intervenções de enfermagem incidem sobretudo no reduzir a pressão da máscara na face, assim como usar máscaras alternativas, cremes protetores e hidratantes, em que a lavagem diária da face e máscara é fundamental. A monitorização do doente é essencial no que se refere a pele frágil, má perfusão, idade. Referenciamos também a aplicação de almofadas e suportes cutâneos. Proteções transparentes colocadas sobre os pontos de pressão da face ajudam a minimizar as fugas de ar e a prevenir a necrose cutânea provocada pela máscara (placas hidrocolóides finas). Neste contexto é importante eleger cuidadosamente o material, adequar o tamanho da máscara e retirá-la por períodos intermitentes, desde que a situação do doente o permita.¹³ Por sua vez, as *guidelines* internacionais contemplam que durante a realização do procedimento sejam considerados vários aspetos fundamentais para o êxito do tratamento, tais como a segurança, a higiene/prevenção da infeção e os registos de enfermagem. Faça-se notar que a experiência dos enfermeiros desempenha um papel fulcral para o sucesso do tratamento com a VNI. Segundo o estudo em doentes com Insuficiente Respiratória Aguda (IRA) submetidos a VNI vs CPAP, o uso de máscara oronasal com duração superior a 26 horas foi associada ao desenvolvimento de lesões da pele, sendo que o objetivo do presente estudo foi determinar a frequência dessas lesões e potenciais fatores relacionados com o seu tratamento -

desenvolvimento em adultos com IRA submetidos a VNI vs CPAP.¹⁴ Entre os efeitos adversos relacionados com a máscara de ventilação, a úlcera de pressão, que ocorre no local de contacto da máscara, mesmo apenas com algumas horas de ventilação, é uma complicação frequente. No presente estudo, observou-se que a prevalência da fase I da úlcera por pressão foi de 13,1% e a de fase II foi 1,3% numa amostra de indivíduos com IRA submetidos a VNI. Uma possível explicação para a diferença nos resultados observados, por comparação com estudos anteriores, é que, no atual, em todos os indivíduos que receberam VNI com máscara oronasal, foi aplicado especialmente material de proteção dérmica, reduzindo provavelmente a prevalência de lesões na população envolvida. Os autores relatam ainda que outros fatores podem intervir, como a diferença de diagnóstico, de interface, a duração da VNI (aguda vs crónica) e idade. Contudo, a incidência de desconforto máscara e a intolerância podem ser uma das principais razões para o insucesso da VNI. No entanto, é mencionado que o desenvolvimento de úlceras por pressão pode ser outro agravante que aumenta a intolerância do doente à máscara. Na maioria dos casos, esta pode ser solucionada com um ajuste simples da máscara ou mudança da interface. Por esta razão, estão disponíveis diferentes tipos de máscaras, para superar este problema. Em estudos de investigação anteriores, um dos fatores de risco identificado para o desenvolvimento de úlceras de pressão refere-se ao tempo de aplicação da máscara, verificando-se que a aplicação de pressão constante durante 1-2 horas é suficiente para causar danos nos tecidos e morte celular. Isto porque a pressão da máscara contra a face excede a pressão capilar da pele, prejudicando a perfusão tecidual, o que pode causar úlcera por pressão. É referido ainda que, apesar desses fatores, o modo ventilatório e o nível de pressão aplicada não pareceu influenciar a ocorrência de úlcera por pressão na população em estudo, uma vez que a máscara foi devidamente instalada.

É importante reforçar que este estudo é limitado à investigação de fatores de risco relacionados com o tratamento. Outros fatores relacionados ao doente, tais como o estado nutricional, diabetes, outras comorbilidades, hidratação, medicamentos e doenças de pele, não foram investigados. Assim, as implicações para a prática decorrentes destes resultados estão focadas na identificação da frequência de úlcera por pressão e associadas a fatores de

risco relacionados com o tratamento e o seu desenvolvimento no sentido de contribuir para uma utilização mais segura desta modalidade de tratamento. Adicionalmente, a capacidade de proporcionar um maior conforto ao doente, reduzindo as lesões de pele, pode permitir que a VNI seja utilizada com sucesso na prática clínica.

Considerando que a maior prevalência da úlcera por pressão está associada ao uso de máscara oronasal em indivíduos com longos períodos de VNI ou CPAP, os autores recomendam que máscara facial total pode ser utilizada em indivíduos conectados à VNI ou CPAP. Outra estratégia que pode ser empregue é a periódica rotação de interfaces, alternando-se a utilização de máscara oronasal com facial total. Relativamente à satisfação dos doentes, foi realizado um estudo que ressalta que a maioria dos doentes considera a utilização da interface de CPAP, ainda que com distúrbios (lesões da pele), com um índice de satisfação bom e sem diferenças entre marcas.¹⁵ Note-se que a grande meta deste estudo foi avaliar a satisfação face aos cuidados prestados ao doente submetido a VNI com CPAP e interfaces. Nesta perspetiva, os autores relatam que não houve diferenças estatisticamente significativas em relação ao tipo e marca da interface, experiência de interface anterior, idade ou sexo do doente. Contudo, do total dos doentes englobados este estudo, 20% relataram que a interface do CPAP causa lesões de pele menores, sendo o seu local mais comum nos lados laterais do nariz (32% dos casos), seguido pela ponte nasal (23%) e a parte inferior da área nasal (21%). Todavia, concluíram que os doentes CPAP estavam satisfeitos com suas interfaces apesar da presença de vários inconvenientes (mal ajustadas, volumosas ou instáveis).

A identificação precoce desses fatores pode contribuir para evitar o desenvolvimento de úlceras por pressão, otimizando, assim, a qualidade do atendimento fornecido aos doentes.

De acordo com Ordem dos Enfermeiros (OE), as competências clínicas a desenvolver pelos enfermeiros para dar resposta às necessidades sentidas pelas pessoas organizam-se com base no desenvolvimento da disciplina e na evidência produzida na enfermagem, o que permite aumentar e padronizar boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade. A qualidade em saúde, segundo os padrões de qualidade da OE, é um atributo reconhecido como uma necessidade e exigência na perspe-

tiva de vários intervenientes: doentes, prestadores de cuidados, gestores e políticos.¹⁶ A qualidade está em permanente evolução e as vias para uma melhor qualidade implicam a reflexão sobre determinadas práticas, para que elas possam evoluir. E cada prestador de cuidados pode agir de modo a criar qualidade, tanto pelo modo como orienta a sua prática quanto pela intenção que põe nela.¹⁶ Ou seja, podemos utilizar os recursos disponíveis para ajudar a pessoa a alcançar a saúde.

Neste âmbito, vislumbra-se o papel do enfermeiro: identificar, planear, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem ao doente com VNI, envolvendo a família/cuidador nesse cuidar, numa perspetiva de continuidade. Por último, reforçamos que a vigilância do doente que inicia VNI é crucial para o sucesso e segurança da técnica, devendo ser particularmente apertada no período inicial. Na patologia respiratória aguda, na maioria dos casos não é a técnica contínua, necessitando de ajustes frequentes por parte dos profissionais tanto na parametrização como na interface. As intervenções de enfermagem durante a VNI são muitas vezes um desafio para a equipa pois a adaptação dos cuidados é centrada na individualidade de cada pessoa. Assim, o planeamento das intervenções de enfermagem bem como o estabelecimento de prioridades deve ser feito de acordo com a situação clínica do indivíduo. Na prática, as intervenções desenvolvidas são em conformidade com a experiência adquirida da equipa. Explicar ao doente os procedimentos de forma que o mesmo compreenda e demonstrar a importância da sua colaboração são fatores que promovem a confiança e incute segurança no mesmo. A dispneia, a dor e o desconforto devem ser minimizados ou eliminados. Assim como a ansiedade, a intolerância à interface e a assincronia com o ventilador devem ser identificados precocemente, monitorizados e reavaliados.¹⁸

Neste contexto é basilar a existência de um sistema de registos de enfermagem onde constem de forma sistematizada as necessidades que o indivíduo apresenta, as intervenções de enfermagem planeadas e os resultados obtidos por meio da implementação dessas intervenções. Na prática, ao longo dos tempos temos assistido à procura constante do saber e do aperfeiçoamento da humanidade. Julgamos que nos dias de hoje nos questionamos sobretudo sobre o saber, as suas formas de atualização e sobre as condições essenciais para o desenvolver. Apesar de cada indivíduo viver esta busca de saber ao seu próprio ritmo,

torna-se necessário que ele se prepare e desenvolva no sentido de uma adequada adaptação à evolução social, dado o elevado nível de competências exigido nos dias de hoje – daí a importância da formação ao longo da nossa vida. Na profissão de Enfermagem, para além da formação de base, é requerido que cada profissional, no decurso das suas atividades, procure o aperfeiçoamento das suas habilidades e o aumento dos seus conhecimentos empíricos.

4. CONCLUSÃO

Nos últimos tempos a VNI tem assumido particular importância como estratégia de tratamento da pessoa com patologia respiratória, colocando um novo desafio à Enfermagem, onde o enfermeiro deve assumir uma postura preocupada em evidenciar o seu cuidar como elemento-chave, desenvolvendo um atendimento/acompanhamento de qualidade às necessidades do doente e família/cuidador, enfatizando o seu papel fulcral. Neste sentido, esta revisão sistemática da literatura permitiu-nos identificar intervenções específicas em doentes submetidos a VNI.

Foi possível compreender a importância da intervenção de enfermagem no que se refere a prevenção de úlcera por pressão, que é efetivamente a complicação mais grave e recorrente em todos os estudos analisados, relacionada com a utilização da interface. As intervenções definidas e presentes nos estudos, que podem responder à questão inicial, passam por perceber atempadamente e minimizar as complicações. A ação do enfermeiro passa por priorizar uma avaliação inicial da pele, antes de iniciar VNI, e posteriormente uma vigilância contínua. Procedimentos essenciais são o ajuste da máscara, a alternância do tipo de máscara, a escolha do modelo e tamanho adequado, a aplicação de uma pressão adequada que não ultrapasse a pressão dos capilares cutâneos, o reposicionamento, a higiene e a hidratação da pele. Sobre a utilização de penso não há consenso relativamente ao mais adequado, sendo que o uso de apósitos hidrocolóides finos ou filme de poliuretano não evita a úlcera de pressão na totalidade, mas figura como a medida preventiva mais utilizada. A máscara facial total é apontada como uma alternativa nestes casos, para permitir a continuação da utilização da VNI de forma a facilitar a recuperação das lesões. Esta revisão permite-nos perceber que o doente em VNI exige grande disponibilidade e dedicação. Advoga-se, por isso, que seja instituída por profissionais treinados e conhecedores da técnica de forma a

otimizar os recursos. Deve notar-se que é muito escassa a investigação portuguesa no que se refere às intervenções de enfermagem relativamente à monitorização de úlcera por pressão da face no doente submetido à VNI. Além disso, verifica-se que os enfermeiros ainda demonstram falta de conhecimento baseado em evidência científica no âmbito da sua prática, sendo essencial o desenvolvimento de práticas de investigação em enfermagem, de modo a que se incrementem as recomendações para a prática clínica que possam promover a qualidade dos cuidados de enfermagem. Por fim, é importante frisar que esta revisão sistemática foi um excelente contributo para a nossa prática de enfermagem na medida em que aumentou significativamente o nosso conhecimento em determinados aspetos, permitindo fundamentar as nossas intervenções com base em evidências científicas.

Referências bibliográficas

- Landoni, G. (2012). Noninvasive ventilation after cardiac and thoracic surgery in adults patients: a review. *Journal of Cardiothoracic and vascular anesthesia*, 26.
- Fortin, M. (2009) - Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta.
- Melnyk, B. M. & Fineout-Overholt, E. (2011). Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Soares, A. (2014). Intervenções de Enfermagem ao Cliente Submetido a Ventilação Não-Invasiva no Serviço de Ur-gência. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Setúbal. Portugal.
- Chacur, F.; Vilella F.; Fernandes, C. & Lazzarini, L. (2011). The total face mask is more comfortable than the oronasal mask in noninvasive ventilation but is not associated with improved outcome. *Respiration; International Review Of Thoracic Diseases*, 82(5), 426-430. doi:10.1159/000324441. Available from: CINAHL Complete Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=104703195&lang=pt-br&site=ehost-live> (9 mar 2016)
- Schallom, M. et al (2015). Pressure Ulcer Incidence in Patients Wearing Nasal-Oral Versus Full-Face Noninvasive Ventilation Masks. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 24(4), 349-356. doi:10.4037/ajcc2015386. Available from: MEDLINE Complete; Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26134336&lang=pt-br&site=ehost-live> (9 mar 2016).
- Liu, J.; Duan J., Linfu Bai, M. & Zhou, L. (2016). Noninvasive Ventilation Intolerance: Characteristics, Predictors, and Outcomes. *Respiratory Care*. March; 61(3). DOI: 10.4187/respcare.04220. Available from: MEDLINE Complete Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=26715769&lang=pt-br&site=ehost-live> (9 mar 2016).
- Kwok, H.; McCormack, J.; Cece, R.; Houtchens, J. & Hill, N. (2003). Controlled trial of oronasal versus nasal mask ventilation in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med*; 31(2):468-473.
- Fernandez-Vivas, M.; Caturla-Such, J.; Gonzalez de la Rosa, J.; Acosta-Escribano, J.; Alvarez-Sanchez, B. & Canovas-Robles, J. (2003). Noninvasive pressure support versus proportional assist ventilation in acute respiratory failure. *Intensive Care Med*; 29(7):1126-1133.
- Ahmad, Z. ; Venus, M.; Kisku, W. & Rayatt, S. (2013). A case series of skin necrosis following use of non invasive ventilation pressure masks. *International Wound Journal*, 10(1), 87-90. doi:10.1111/j.1742-481X.2012.00948.x. Available from: MEDLINE Complete Disponível: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22432901&lang=pt-br&site=ehost-live> (9 mar 2016)
- Belchior, I.; Gonçalves, M. & Winck, J. (2012). Continuous noninvasive ventilation delivered by a novel total face mask: a case series report. *Respiratory Care*, 57(3), 449-453. doi:10.4187/respcare.01275. Available from: MEDLINE Complete Disponível: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=21968352&lang=pt-br&site=ehost-live> (9 mar 2016).
- Souto Barros, L.; Talaia, P.; Drummond, M & Natal-Jorge, R. (2014). Facial pressure zones of an oronasal interface for noninvasive ventilation: a computer model analysis. *Jornal Brasileiro De Pneumologia: Publicação Oficial Da Sociedade Brasileira De Pneumologia E Tisiologia*, 40(6), 652-657. doi:10.1590/S1806-37132014000600009 Available from: MEDLINE Complete; Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=25610506&lang=pt-br&site=ehost-live> (9 mar 2016).
- Mourisco, S. (2006). Complicações da Ventilação Mecânica Não-Invasiva. *Nursing*. Lisboa. - ISSN 0871-6196. Outubro, 16(214); 49-50
- Wellington, P.; Yamaguti, P.; Moderno, E.; Yamashita, S.; Gomes, T.; Maida, A.; Kondo, C.; Salles, I. & Brito, C. (2014). Treatment-Related Risk Factors for Development of Skin Breakdown in Subjects With Acute Respiratory Failure Undergoing Non Invasive Ventilation or CPAP. *Respir Care*; 59(10):1530—1536. DOI: 10.4187/respcare.02942. Available from: MEDLINE Complete Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=24894664&lang=pt-br&site=ehost-live> (9 mar 2016)
- Bachour, A.; Vitikainen, P.; Virkkula, P. & Maasilta, P. (2013). CPAP interface: satisfaction and side effects. *Sleep Breath*, July, 17(2):667–672, DOI 10.1007/s11325-012-0740-0. Available from: MEDLINE Complete Disponível: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mdc&AN=22763499&lang=pt-br&site=ehost-live> (9 mar 2016).
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Concetual, Enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em enfermagem - pensamento e ação na perspetiva do cuidar. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-20-7
- Gonçalves, R. (2011). Cuidados de enfermagem com a interface. In António M Esquinas Princípios da ventilação mecânica não invasiva. Gasin Medica Grupo Air Products: 435-442.



AEOP 10

Conferência Nacional de Enfermagem Oncológica

2-3 JUNHO, 2017 | VISEU, PORTUGAL | **HOTEL MONTEBELO VISEU**



Associação de
Enfermagem
Oncológica
Portuguesa

NEUROPATIA PERIFÉRICA INDUZIDA PELA QUIMIOTERAPIA (NPIQ)

Sandra Ponte

Enfermeira Chefe. Hospital de Dia de Oncologia,
Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental –
Hospital de S. Francisco Xavier, Lisboa.
smponte@chlo.min-saude.pt

M.^a Teresa Récio

Enfermeira Coordenadora. Centro Hospitalar
de Lisboa Ocidental – Hospital de S. Francisco
Xavier, Lisboa

RESUMO: A Neuropatia Periférica Induzida pela Quimioterapia (NPIQ) é uma disfunção dos neurónios decorrente da administração de citotóxicos neurotóxicos. Temos com objectivo promover o diagnóstico precoce da NPIQ, através da aplicação de um instrumento de avaliação da neurotoxicidade e respetivo registo de enfermagem em Hospital de Dia. O estudo trata de uma análise dos registos efetuados no processo clínico electrónico em sessão de hospital de dia, no primeiro semestre de 2016. A nossa amostra foi constituída por 146 doentes sob tratamento com oxaliplatina, paclitaxel e bortezomib. Os resultados demonstram que existem lacunas de registo relativamente à inexistência de sintomatologia, mas quando esta informação é registada constata-se que a sintomatologia predominante são parestesias de grau 1 nas mãos e grau 2 nos pés, sendo a dor um sinal frequente. Os enfermeiros devem desenvolver conhecimentos, competências, capacidades e aptidões que lhes permitam adoptar medidas face à promoção da gestão e adesão ao regime terapêutico, à capacitação para o auto-cuidado da pessoa e sua readaptação funcional. Devem ainda melhorar o registo das suas intervenções, para uma melhor continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

PALAVRAS-CHAVE: Neuropatia Periférica; Quimioterapia.

ABSTRACT: *Chemotherapy-Induced Peripheral Neuropathy (NPIQ) is a dysfunction of neurons due to the administration of neurotoxic cytotoxic. We aim to promote the early diagnosis of NPIQ through the application of an instrument for neurotoxicity evaluation and its nursing record in Day Hospital. The study deals with an analysis of the records made in the electronic clinical process in a day hospital session in the first 2016. Our sample consisted of 146 patients receiving oxaliplatin, paclitaxel and bortezomib. The results show that there are gaps in the registry regarding the absence of symptomatology, but when this information is recorded it is observed that the predominant symptomatology is paresthesia's of grade 1 in the hands and grade 2 in the feet, being the pain a frequent signal. Nurses must develop knowledge, skills, and abilities that allow them to adopt measures to promote the management and adherence to the therapeutic regime, the training for the self-care of the person and their functional re-adaptation. They also must improve the registration of their interventions for better continuity and quality of care.*

KEYWORDS: *Neuropathy; Chemotherapy.*

1. Introdução

A Neuropatia Periférica Induzida pela Quimioterapia (NPIQ) é um efeito secundário decorrente da administração de citotóxicos neurotóxicos. É provocada pela disfunção dos neurónios periféricos sensoriais, motores e autónomos. A detecção precoce da NPIQ vai determinar o seu impacto, pois esta quando surge interfere com as capacidades da execução das atividades de vida diária (AVD's) e das atividades instrumentais da vida diária (AIVD's) e influencia a adesão ao tratamento, pelo que a sua identificação precoce e monitorização sistemática são de extrema importância para a promoção da qualidade de vida do doente oncológico.

O enfermeiro é o profissional de saúde que mais contacta com o doente em todas as fases do seu tratamento, pelo que deve estar preparado para desenvolver e aplicar os seus conhecimentos, educar o doente para que este esteja atento aos primeiros sinais e sintomas, assim como acompanhá-lo nessa avaliação e monitorização, identificando riscos, promovendo capacidades para o auto-cuidado e re-adaptações funcionais e ambientais, efectuando os encaminhamentos necessários para que as intervenções da equipa multidisciplinar minimizem a ocorrência desta sintomatologia.

A literatura menciona que os Protocolos de Quimioterapia que incluem fármacos derivados da platina (oxaliplatina, cisplatina e carboplatina), taxanos (docetaxel e paclitaxel), alcalóides de vinca (vincristina, vimblastina e vinorelbina), talidomida e bortezomib, são os de maior potencial de risco de NPIQ, com mecanismos de toxicidade diferentes. A ocorrência e a gravidade da NPIQ estão directamente relacionadas à dose, ao número de ciclos de tratamento e à administração prévia ou concomitante destes fármacos. A manifestação dos sintomas são mais comuns ao nível sensitivo e motor, afetando mais frequentemente os membros inferiores e superiores. A validação e aplicação de escalas de avaliação da neurotoxicidade pelos profissionais em consonância com a auto-avaliação dos doentes podem determinar a sua incidência, prevalência, gravidade e a evolução como resposta positiva ou negativa às intervenções efetuadas.

Objetivo: Promover o diagnóstico precoce da NPIQ, através da aplicação de um instrumento de avaliação da neurotoxicidade e respetivo registo de enfermagem em Hospital de Dia.

2. Material e métodos

Em 2015, foi lançado o desafio pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) para que fosse analisado os recursos Euro PEP (*Putting Evidence into Practice*) relacionados com a neuropatia periférica e a respectiva aplicabilidade no nosso contexto de prática clínica em hospital de dia. Foi necessário proceder a uma análise da realidade já existente para definir uma estratégia de implementação de melhoria contínua.

Assim, numa primeira fase foi feita uma sensibilização, formação e treino da equipa para que estes desenvolvessem conhecimentos, competências, capacidades e aptidões relativamente à precoce e correta identificação da sintomatologia e a sua tradução em graus de evolução na escala de avaliação de neurotoxicidade.

Reconhecemos que a avaliação inicial do doente e a obtenção de parâmetros de referência já é efetuada e registada na consulta de enfermagem presencial (1.ª vez) que habitualmente se realiza na véspera ou no dia do início da quimioterapia. Nos registos do processo de enfermagem o foco já é centrado na gestão e adesão ao regime terapêutico. Nas atitudes terapêuticas já são planeadas intervenções de avaliação neurológica, no entanto, não específicas da avaliação da neuropatia periférica, pelo que aqui teriam de ser promovidas mudanças adaptativas à nova avaliação e terminologia de registo. No mapa de cuidados já são registadas a execução das intervenções.

O circuito do doente para atendimento de enfermagem em hospital de dia encontra-se bem definido e divulgado. O Guia de Orientação que é disponibilizado ao doente também já contém informação relacionada com a neurotoxicidade provocada pela quimioterapia.

Ensinar, instruir e treinar o doente na auto-avaliação de sinais e sintomas e caracterizar em graus de acordo com a interferência nas atividades, foram as intervenções da fase seguinte.

Foi ainda definido como estratégia a necessidade de identificação dos protocolos terapêuticos mais frequentes, com a seleção dos fármacos neurotóxicos, nas especialidades de oncologia e hemato-oncologia, para posterior elaboração de um folheto educacional complementar para o doente, de acordo com o protocolo terapêutico proposto.

Foram ainda definidos na equipa os momentos de registo da avaliação da NPIQ (presencial e/ou telefónica).

Tabela 1. Instrumento de avaliação da neurotoxicidade.

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE NEUROTOXICIDADE	0	1	2	3	4
	NADA	UM POUCO	ALGUM	BASTANTE	MUITO
Dormência e formiguelo das mãos	0	1	2	3	4
Dormência e formiguelo dos pés	0	1	2	3	4
Desconforto das mãos	0	1	2	3	4
Desconforto dos pés	0	1	2	3	4
Dor nas articulações ou câibras	0	1	2	3	4
Fraqueza geral	0	1	2	3	4
Dificuldade em ouvir	0	1	2	3	4
Barulhos ou zumbidos nos ouvidos	0	1	2	3	4
Dificuldade em apertar botões	0	1	2	3	4
Dificuldade em sentir com firmeza objetos pequenos na mão	0	1	2	3	4
Problemas em andar	0	1	2	3	4

Fonte: AEOP 2015 – “Putting Evidence Into Practice”, Oncology Nursing Society, L. Eaton, J. Tipton (Eds.), 2010

Pelo que, após a análise das condições existentes e das medidas introduzidas, foi implementado o projecto de avaliação precoce da NPIQ, através da aplicação da escala de avaliação da neurotoxicidade (cedida pela AEOP), a todos os doentes admitidos em hospital de dia, sob tratamento com oxaliplatina, paclitaxel e bortezomib, com registos no processo clínico electrónico (S. Clínico), desde janeiro de 2016 (1.º semestre).

3. Resultados e Discussão

Através da avaliação da prática efetuamos uma auditoria interna aos registos, tendo obtido no primeiro semestre de 2016 uma amostra de 146 doentes. Caracterizámos a amostra de acordo com os seguintes critérios: idade; tipo de neoplasia; protocolo terapêuticos; sintomatologia de neurotoxicidade por citotóxico neurotóxico. Apresentamos os dados obtidos com apoio esquemático de tabelas e gráficos para uma melhor interpretação e compreensão.

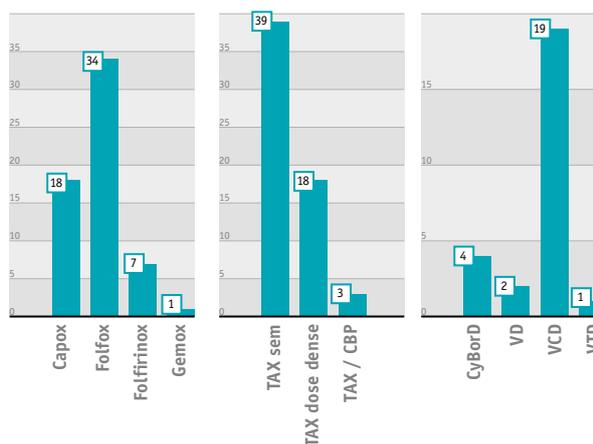
Tabela 2. Caracterização da idade.

Idades	FÁRMACO		
	Oxaliplatina (n=60)	Paclitaxel (n=60)	Bortezomib (n=26)
Intervalo	31-86	28-80	47-86
Mediana	65 anos	58 anos	68 anos

De acordo com as medianas obtidas verificamos que as maiorias dos nossos doentes encontram-se em idade ativa.

Nos doentes sob tratamento com oxaliplatina a neoplasia mais prevalente foi a do cólon com cerca de 68% (n=41); seguida da neoplasia do reto com 13% (n=8) e a do pâncreas com 12% (n=7). A neoplasia gástrica teve uma representatividade de 5% (n=3) e a hepática de 2% (n=1). Nos doentes sob tratamento com paclitaxel a neoplasia mais prevalente foi a da mama com 67% (n=40), seguida da neoplasia do ovário com 15% (n=9), a neoplasia do útero com 8% (n=5), a do esófago com 5% (n=3), a da cabeça e pescoço com 3% (n=2). Em 2% (n=1) dos casos houve diagnóstico de neoplasia oculta. Todos os doentes (n=26) sob tratamento com bortezomib tinham diagnóstico de mieloma múltiplo.

Gráfico 1. Protocolos terapêuticos.



De acordo com as patologias apresentadas anteriormente, verificamos que os protocolos terapêuticos mais frequentes vão de encontro às atuais linhas orientadoras de tratamento em oncologia e hemato-oncologia.

Após esta primeira análise constatamos que a sintomatologia mais frequente é de acordo com o que está descrito na literatura consultada. Detetámos que há lacunas no tipo de registos efetuados, pois a inexistência de registo não nos garante ausência de sintomatologia ou a existência de falha

Tabela 3. Sintomatologia de neurotoxicidade por citotóxico neurotóxico.

Oxaliplatina 28% registos (n=17)	Paclitaxel 12% registos (n=7)	Bortezomib 11,5% registos (n=3)
parestesias mãos e pés	parestesias mãos e pés	parestesias mãos e pés
dor	dor	dor
parte distal dedos (objetos frios)		desequilíbrio na marcha

de detecção do profissional. Consideramos que a introdução de medidas correctivas são fundamentais para o sucesso da sua implementação, através da definição de indicadores nos diversos domínios: EDUCACIONAIS – Formação e treino à equipa; ensinamentos e instrução ao utente/prestador de cuidados; ESTRUTURAIS – Existência de uma norma de procedimento para aplicação de escala de avaliação da neurotoxicidade e respectivo registo no processo clínico do doente; existência de folhetos para o utente/prestador de cuidados de acordo com protocolo terapêutico; PROCESSO – Percentagem de utentes admitidos sob tratamento com oxaliplatina, paclitaxel e bortezomib; percentagem de utentes admitidos a quem foi aplicada a escala de avaliação de neurotoxicidade no mesmo período; RESULTADO – Taxa de efetividade de aplicação da escala de avaliação da neurotoxicidade e da incidência da NPIQ; ganhos no bem-estar, autocuidado e readaptação funcional (sem alteração/sem agravamento do grau de dependência prévio).

4. Conclusão

A Escala de Avaliação da Neurotoxicidade é um instrumento disponível de fácil aplicação. No entanto, a impossibilidade da sua correta tradução para os registos normalizados (PNU) é uma barreira à motivação e adesão dos profissionais de saúde aos seus registos. Através dos registos constatámos que os sinais de NPIQ mais frequentes são: parestesias das mãos e/ou pés (grau 1 e 2 respetivamente) e dor. A sua deteção precoce permite intervenções multidisciplinares precoces, minimizando ou revertendo a sintomatologia. A formação e treino da equipa deve ser contínua, assim como a monitorização do cumprimento de procedimentos definidos. A partilha deste tipo de experi-

ências promove a reflexão, a divulgação de boas práticas, a sua discussão com possibilidade de melhoria e replicação em outros serviços. A apresentação de resultados são contributos (baseados em evidência) para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, contribuindo assim para os ganhos em conhecimento e em saúde.

Referências bibliográficas

1. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. Neuropatia Periférica. Traduzido e adaptado de EONS – PEP^s. Portugal, 2015
2. American Oncology Society. Peripheral neuropathy caused by chemotherapy. Estados Unidos: American Cancer Society, 2015.
3. ARGYROU, A; et al. – Chemotherapy-induced peripheral neurotoxicity (CIPN): na update. Critical Reviews in Oncology/hematology, Boca Raton. V82, n1, p.51-77, abril 2012.
4. CAROZZI, V; et al. – Chemotherapy-induced peripheral neuropathy: what do we know about mechanisms? Neuroscience letters, amsterdam. V2, n.596, p.90-107, june 2015.
5. DAWN, L.; et al – Prevention and management of chemotherapy-induced peripheral neuropathy in survivors of adult cancers: american society of clinical oncology clinical practice guideline. Journal of Clinical oncology. New York. V.32, p.1941-1967, abril 2014
6. MERKIES, I.; et al - Advances in diagnostics and outcome measures in peripheral neuropathies. Neuroscience Letters, Limerick, v. 596, p. 3-13, june 2015.
7. SERETNY, M.; et al. Incidence, prevalence, and predictors of chemotherapy-induced peripheral neuropathy: a systematic review and meta-analysis. Pain, Amsterdam, v. 155, n. 12, p. 2461-2470, December 2014.
8. SIMÃO, D.; et al. Neuropatia periférica induzida por quimioterapia: revisão para a prática clínica. Revista Dor, São Paulo, 2015.

COMPORTAMENTOS DE PROMOÇÃO DE SAÚDE APÓS CANCRO

Nuno Miguel Peixoto

Cuidados Intensivos do Centro Hospitalar do Porto
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica/ Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica / Doutorando em Enfermagem,
Universidade Católica Portuguesa / Prof. Assistente Convidado
da Escola Superior de Enfermagem do Porto
nunomiguelpeixoto@gmail.com

Tiago André Peixoto

Serviço de Urgência do Centro Hospitalar do Porto
Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica/ Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica / Doutorando em Enfermagem /
Universidade Católica Portuguesa / Prof. Assistente Convidado da
Escola Superior de Enfermagem do Porto
tiago.andre.peixoto@hotmail.com

RESUMO: Vítimas de uma doença crónica, os sobreviventes de cancro vivenciam um processo de readaptação, e mais do que a reinserção social, é lhes exigida a reincorporação de atividades de promoção de um estilo de vida saudável.

Objetivos: Explorar o estado atual do conhecimento científico relacionado com os comportamentos de promoção de saúde em sobreviventes de cancro e descrever essas evidências, desenvolvendo um mapa conceptual sobre o nível de envolvimento dos sobreviventes de cancro nos comportamentos de promoção de saúde.

Metodologia: revisão da literatura, com base nos modelos do *Instituto Joanna Briggs* para *Scoping Reviews*. Dos 407 artigos encontrados, 14 foram incluídos.

Resultados: Os comportamentos identificados centram-se na prática do exercício físico, na alimentação saudável, na manutenção do peso ideal, na gestão das recomendações dos profissionais de saúde e dos regimes medicamentosos, na gestão do stress, na realização de *screenings* e *check-ups* regulares, no ajuste ao novo estilo de vida, no suporte/apoio social e na espiritualidade

Conclusão: Há informações contraditórias relativo ao tipo de envolvimento dos sobreviventes em comportamentos de promoção de saúde. Esses conflitos obrigam a comunidade científica a aprofundar os dados apresentados em populações mais homogêneas.

PALAVRAS-CHAVE: neoplasias; comportamentos saudáveis; doença crónica; promoção da saúde.

ABSTRACT: *Theoretical framework: Victims of a chronic disease, cancer survivors experience a rehabilitation process, and more than social reintegration, they are required to re-incorporate activities to promote a healthy lifestyle.*

Objectives: *Explore the current state of scientific knowledge related to health promotion behaviors in cancer survivors, developing a conceptual map about the level of involvement of survivors in health promotion behaviors.*

Methodology: *The methodology used was a literature review, based on the models of the Institute Joanna Briggs for Scoping Reviews.*

Results: *The identified behaviors focus on the practice of physical exercise, healthy eating and adequate nutritional support, maintenance of weight, management of health professionals recommendations and drug regimens, stress management, regular screenings and check-ups, adjusting to the new lifestyle, social support, and spirituality.*

Conclusion: *There is conflicting information on the level of survivor involvement in health promotion behaviors. These conflicts oblige the scientific community to deepen the data presented in more homogenous populations of survivors.*

KEYWORDS: *neoplasms; health behavior; chronic disease; health promotion.*

1. Introdução

As políticas de saúde têm-se centralizado cada vez mais na gestão dos processos saúde-doença, concentrando esforços na responsabilização da pessoa para cuidar de si própria em relação às atividades de vida diária, que passa pela otimização dos comportamentos de promoção de saúde da sociedade através de uma intervenção profissional de complementaridade (Petronilho, 2012).

A promoção da saúde tem assumido destaque, mais do que uma atividade, tem sido encarada como uma estratégia mundial, um recurso para o desenvolvimento social e um direito humano fundamental (Martins, 2005). Exemplos disso são: a criação da Organização Mundial de Saúde, em 1945, que definiu a saúde como um estado físico completo, bem-estar mental e social e não meramente a ausência de doença ou enfermidade e como objetivo principal a maximização do nível de saúde de todos os povos (WHO, 2014); a Declaração de Alma-Ata (1977); a Carta de Ottawa (1986), que definiu a promoção da saúde como o *“processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde (...) que vai para além de um estilo de vida saudável”* (Carta de Ottawa, 1986, p.1), e a Declaração Ministerial do México para a Promoção da Saúde (2000), que alertou que doenças novas e re-emergentes poderiam ameaçar o progresso registado na área da promoção da saúde.

Entre as ameaças esperadas para o século XXI, surge a problemática do cancro. Fruto da complexidade inerente à multiplicidade de situações clínicas e à agressividade dos tratamentos (Phillips e Currow, 2010), o cancro tem ultrapassado a dimensão de uma doença incurável para ser enquadrado no domínio de uma doença crónica potencialmente incapacitadora (Aziz e Rowland, 2003).

As doenças crónicas têm sido definida como uma doença que tem uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, e podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (WHO, 2005).

Como doença crónica, o cancro mina todas as dimensões da vida da pessoa (Rowland e Baker, 2005) e as suas consequências físicas, psicológicas e sociais têm empurrado os seus sobreviventes para condições de grande ameaça,

incerteza e insegurança sobre a sua própria saúde. Entende-se que a vida da pessoa com cancro precisa ser valorizada e especificamente atendida dada a experiência dramática que o cancro provoca na vida de qualquer pessoa (Doyle, 2008). Por tal, as questões relacionadas com o sucesso dos cuidados de saúde em oncologia não podem ser avaliadas recorrendo exclusivamente a indicadores biomédicos, como o tempo livre de doença, as complicações médicas ou a toxicidade dos tratamentos. As questões relacionadas com o impacto da doença, a qualidade de vida e a gestão da doença crónica devem ser cada vez mais valorizadas (Canavaro et al., 2010).

O cancro exige um longo tempo de vigilância e atividades de promoção da saúde (Loerzel & Meneses, 2010). Após a fase ativa da doença, o sobrevivente de cancro, ou seja, todo aquele que terminou os tratamentos com intenção curativa (Feuerstein, 2007), necessita adaptar-se num processo saúde-doença sinuoso. A doença obriga a pessoa a desenvolver mestria e integrar uma nova identidade, ou seja, requer a capacitação da pessoa para gerir a sua doença, nomeadamente através da gestão dos sintomas, redefinição da vida e das relações sociais e a aquisição de comportamentos de promoção de saúde para garantir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória.

Vítimas de uma doença crónica, os sobreviventes de cancro vivenciam um processo de readaptação, e, mais do que a reinserção social, é-lhes exigida a reincorporação de atividades de promoção de um estilo de vida saudável: comportamentos de promoção de saúde. Esses comportamentos são definidos como uma abordagem positiva à vida e que aumentam o bem-estar e a autorrealização (Pender, Murdaugh & Parsons, 2010). Os comportamentos de promoção de saúde contribuem para otimizar a saúde, aumentar o potencial funcional dos indivíduos e melhorar a qualidade de vida, e não apenas para prevenir doenças (Saylor, 2004; Pender, Murdaugh & Parsons, 2010).

No que concerne à promoção da saúde na doença crónica, destacam-se dois modelos importantes. O “Modelo de Adaptação de Roy” que enfatiza a promoção da saúde dos indivíduos, grupos e sociedade e proclama que os enfermeiros são o epicentro da atuação profissional ao nível dos processos de vida humana (Roy, 2001). E o “Modelo de Promoção de Saúde de Pender” (MPSP) (1982), que assume protagonismo no desenvolvimento de cuidados de

enfermagem no âmbito da promoção da saúde. O MPSP assume-se como um modelo de enfermagem concebido para implementar e avaliar ações de promoção da saúde, permitindo avaliar os comportamentos humanos que levam à promoção da saúde através do estudo da relação de três aspetos: as características e experiências individuais, os sentimentos e conhecimentos sobre o comportamento que se quer alcançar e o comportamento de promoção da saúde desejável (Victor, Lopes & Ximenes, 2005). O MPSP procurou integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, mas também as motivações dos indivíduos para se envolverem em comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh, Parsons, 2002).

Assim, e tendo em conta que esta é uma área de especial interesse para a enfermagem e fruto do seu corpo de conhecimento e da sua dimensão autónoma de atuação, desenvolveu-se uma revisão com o objetivo de explorar o estado atual do conhecimento científico relacionado com os comportamentos de promoção de saúde em sobreviventes de cancro, e descrever essas evidências, desenvolvendo um mapa conceptual sobre o nível de envolvimento dos sobreviventes de cancro nos comportamentos de promoção de saúde. Os resultados desta revisão poderão permitir melhorar a intervenção dos enfermeiros na promoção da saúde, apoiar o processo de gestão da doença crónica e a adaptação do sobrevivente à nova condição de saúde.

A questão de investigação baseou-se na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto): “*O que é conhecido da literatura existente sobre os comportamentos de promoção de saúde nas pessoas que foram diagnosticadas com cancro e já completaram os tratamentos?*”.

2. Material e métodos

Os objetivos, os critérios de inclusão e os métodos realizados para a concretização da revisão foram detalhadamente especificados e documentados num protocolo previamente realizado.

Para a materialização dos objetivos, concebeu-se uma *scoping review* sobre os comportamentos de promoção da saúde utilizados pelos sobreviventes de cancro e os conceitos relacionados com base na metodologia do Instituto Joanna Briggs para Scoping Reviews (2015) e no modelo PRISMA

(*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) para a organização da informação.

Os critérios de inclusão dos artigos estão sumariados na tabela 1.

Tabela 1. Critérios de inclusão.

População	Conceitos	Contexto
Estudos que incluam indivíduos adultos (<i>age > 18</i>), que tenham sido diagnosticados com cancro, independentemente da localização ou tipo de tumor: <i>Cancer (Neoplasms); Cancer patients; Cancer survivors</i>	Estudos que abordem os conceitos de promoção de saúde: <i>Health promotion; Health promoting behavior;</i>	Estudos que abordem a fase de sobrevivência: <i>After treatment; After cancer; Survivorship;</i>
Tipos de estudo: Todos os estudos primários ou secundários, qualitativos ou quantitativos.		
Língua: Estudos publicados em língua portuguesa ou inglesa.		
Data de publicação: Estudos publicados entre 1 de janeiro de 2010 e 6 de maio de 2016;		

O primeiro passo para a identificação dos artigos consistiu na realização de pesquisas convencionais em bases de dados eletrónicas com as palavras chave anteriormente definidas. Em seguida, através da consulta dos artigos mais pertinentes, foram identificados os principais termos de pesquisa utilizados e foram definidas as frases booleanas: MEDLINE: Frase booleana: (((MH “neoplasms”) OR (“cancer patient^{*}”) OR (“cancer surviv^{*}”)) AND ((MH “health promotion”) OR (“health promoting”)) AND (“after cancer” OR (“after treatment^{*}”) OR (“survivor^{*}”))); Filtros ativados: Limitadores: Texto completo; Data de publicação de: 2010/01/01-2016/05/06; Expansores: Pesquisar também no texto completo dos artigos; Modos de pesquisa: Booleano/Frase; CINAHL: Frase booleana: (((MH “neoplasms”) OR (MH “cancer patients”) OR (MH “cancer survivors”)) AND ((MH “health promotion”) OR (MH “health promoting behavior”)) AND (“after cancer” OR (“after treatment^{*}”) OR (“survivor^{*}”))); Filtros ativados: Limitadores: Texto completo; Data de publicação

de: 2010/01/01-2016/05/06; Expansores: Pesquisar também no texto completo dos artigos; Modos de pesquisa: Booleano/Frase; COCHRANE PLUS LIBRARY: Frase booleana: (“neoplasms” OR “cancer patient*” OR “cancer surviv*”) AND (“health promotion” OR “health promoting”) AND (“after cancer” OR “after treatment*” OR “survivorship”); Filtros ativados: Limitadores: Texto completo; Data de publicação de: 2010/01/01-2016/05/06.

Foram também identificados e incluídos seis outros estudos, através de pesquisas livres na literatura cinzenta, que cumprissem os critérios de inclusão. A língua da pesquisa foi o Inglês, no entanto, estudos em língua inglesa e portuguesa podiam ser incluídos. As publicações foram consideradas desde janeiro de 2010 até 6 de maio de 2016, momento em que se realizou a pesquisa. A revisão foi limitada a artigos originais. A estratégia de pesquisa não foi restringida a qualquer tipo de estudo.

A Figura 1 ilustra o procedimento de identificação e seleção dos estudos.

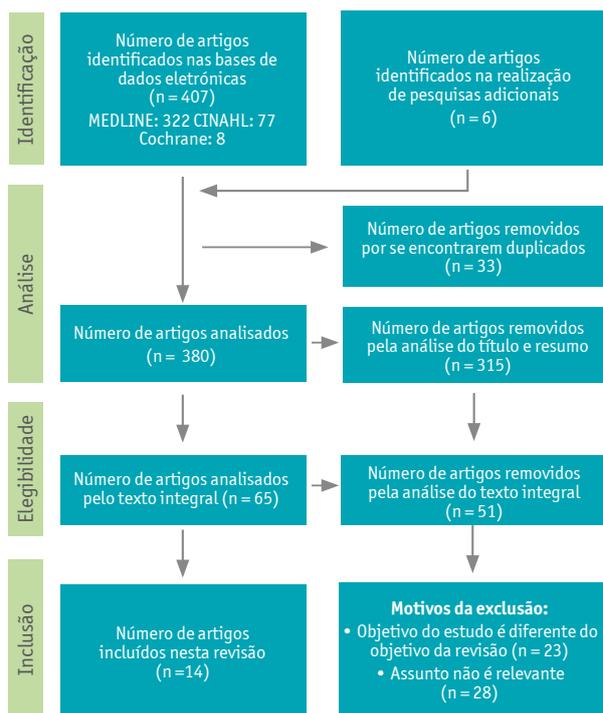


Figura 1. Processo de identificação dos estudos - PRISMA diagram flow.

3. Resultados e Discussão

Da análise da distribuição das publicações por ano, entende-se que em 2010 foi publicado um estudo relevante, em 2011, dois estudos, em 2012, dois estudos, em 2013, cinco, em 2014, dois. No ano de 2015 foi publicado apenas um estudo relevante. Em termos de país de origem, os países com publicações mais relevantes são EUA (onze estudos), Coreia (um estudo), Irão (um estudo) e Holanda (um estudo). Quanto à caracterização metodológica dos estudos incluídos, incluíram-se estudos qualitativos (dois), mas também estudos descritivos (três), um estudo experimental, estudos exploratórios (três) e cinco revisões. Relativo ao tipo de amostra, seis estudos (42,8%) usaram exclusivamente sobreviventes de cancro, três utilizaram sobreviventes de cancro e outros participantes (21,4%), nomeadamente cuidadores e familiares, e cinco não apresentavam amostra por serem revisões. Relativamente ao tamanho da amostra, um estudo tinha amostra até 20 participantes, inclusive, dois estudos amostras entre 20 e 100 participantes, inclusive, e seis estudos amostras superiores a 100 participantes. A tabela 2 apresenta o resumo dos objetivos dos estudos selecionados.

De uma forma geral, entende-se que os comportamentos utilizados pelos sobreviventes de cancro para promover a sua saúde após o cancro se relacionam com a prática do exercício/atividade física (E1, E2, E4, E6, E7, E9, E13, E14), uma alimentação saudável (E1, E4, E7, E9, E13, E14) e suporte nutricional adequado (E2, E4), manutenção do peso ideal (E1, E4, E9, E10), gestão das recomendações dos profissionais de saúde e dos regimes medicamentosos (E2), gestão do stress (E12, E13, E14), realizar *screening* e *check-ups* regulares (E9), o ajuste ao novo estilo de vida (E2), o suporte/apoio social (E3, E8, E9) e a espiritualidade (E3).

Globalmente, o E11 explorou os fatores que influenciam os comportamentos de promoção de saúde em sobreviventes de cancro da mama e verificou que estes eram mais propensos a adotar um estilo de vida saudável (melhores níveis no instrumento *Health Promoting Lifestyle Profile-II* (HPLP-II)), se eles tivessem experimentado um forte apoio social, tivessem maior auto-eficácia, tivessem realizado quimioterapia, apresentassem maiores níveis de locus de controlo interno e menores níveis de depressão.

Tabela 2. Estudos incluídos por autor, nome, ano e objetivo.

Estudo	Objetivo
E1 - Inoue-Choi, M., Robien, K. & Lazovich, D. (2013). Adherence to the WCRF/AICR guidelines for cancer prevention is associated with lower mortality among older female cancer survivors. <i>Cancer Epidemiol Biomarkers Prev</i> , 22(5) 792-802; DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-13-0054	Avaliar que tipo de comportamentos de adesão às guidelines do World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR) estão relacionadas com menor taxa de mortalidade nos sobreviventes de cancro.
E2 - Volker, D., Becker, H. & Kullberg, V. (2013). A double whammy: health promotion among cancer survivors with preexisting functional limitations. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 40(1) 64-71; DOI: 10.1188/13.ONF.64-71	Explorar a experiência de viver com uma limitação funcional e um diagnóstico de cancro e identificar as estratégias de promoção de saúde utilizadas por esses sobreviventes.
E3 - Wells, A., Gulbas, L., Sanders-Thompson, V., Shon, E. & Kreuter, M. (2014). African-American breast cancer survivors participating in a breast cancer support group: translating research into practice. <i>Journal Of Cancer Education</i> 29 619-625; DOI 10.1007/s13187-013-0592-8	Analisar as estratégias de coping facilitadoras da transição saúde-doença utilizadas por mulheres afro-americanas com cancro.
E4 - Skolarus, T., Wolf, A., Erb, N., Brooks, N., Rivers, B., Underwood, W., et al. (2014). Cancer Society prostate cancer survivorship care guidelines. <i>CA: A Cancer Journal For Clinicians</i> , 64(4) 225-249; DOI: 10.3322/caac.21234	Identificar as principais recomendações de promoção da saúde nos sobreviventes de cancro da próstata.
E5 - Choi, K., Park, J. & Park, S. (2011). Cancer patients' informational needs on health promotion and related factors: a multi-institutional, cross-sectional study in Korea. <i>Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer</i> , 19(10) 1495-1504; DOI: 10.1007/s00520-010-0973-z	Analisar as necessidades de informação sobre a promoção da saúde das pessoas com cancro e avaliar outros fatores associados a essas necessidades informativas.
E6 - Faguy, K. (2013). Cancer Survivors and Quality of Life. <i>Radiation Therapist</i> , 22(2) 185-205.	Analisar como é que o cancro e o seu tratamento afetam a saúde e a qualidade de vida dos sobreviventes, a longo prazo.
E7 - Stolley, M., Restrepo, J. & Sharp, L. (2010). Diet and physical activity in childhood cancer survivors: a review of the literature. <i>Annals Of Behavioral Medicine: A Publication Of The Society Of Behavioral Medicine</i> , 39(3) 232-249; DOI: 10.1007/s12160-010-9192-6	Rever e sumarizar os estudos publicados sobre alimentação, atividade física e intervenções relacionadas em sobreviventes de cancro da infância.
E8 - Barber, F. (2013). Effects of social support on physical activity, self-efficacy, and quality of life in adult cancer survivors and their caregivers. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 40(5) 481-489; DOI: 10.1188/13.ONF.481-489	Explorar as relações ente os sobreviventes de cancro e o suporte social dos cuidadores nas questões de atividade física e qualidade de vida.
E9 - Wolin, K., Dart, H. & Colditz, G. (2013). Eight ways to stay healthy after cancer: an evidence-based message. <i>Cancer Causes & Control: CCC</i> , 24(5) 827-837; DOI: 10.1007/s10552-013-0179-z	Rever a bibliográfica relacionada com recomendações do Siteman Cancer Center da Universidade de Washington para a manutenção de uma vida saudável após o cancro.
E10 - Soerjomataram, I., Thong, M., Korfage, I., Polinder, S., Heide, A., Vries, E., et al. (2012). Excess weight among colorectal cancer survivors: target for intervention. <i>Journal Of Gastroenterology</i> , 47(9) 999-1005; DOI: 10.1007/s00535-012-0567-2	Explorar a proporção de sobreviventes de cancro colorretal que preenchem as recomendações internacionais de estilo de vida e de peso corporal.
E11 - Tabrizi, F. (2015). Health promoting behavior and influencing factors in Iranian breast cancer survivors. <i>Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention: APJCP</i> , 16(5) 1729-1736;	Explorar as relações entre o locus de controlo interno,, a percepção de saúde, a autoeficácia e o apoio social com os comportamentos de promoção de saúde das sobreviventes de cancro da mama.
E12 - Harding, M. (2012). Health-Promotion Behaviors and Psychological Distress in Cancer Survivors. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 39 (2) 132-140;	Determinar os comportamentos de promoção da saúde e a experiência de sofrimento psíquico dos sobreviventes de cancro
E13 - Meraviglia, M., Stuijbergen, A., Morgan, S. & Parsons, D. (2015). Low-Income Cancer Survivors' Use of Health-Promoting Behaviors. <i>Med Surg Nursing: Official Journal Of The Academy Of Medical-Surgical Nurses</i> , 24(2) 101-106;	Determinar a fiabilidade de uma intervenção de promoção de saúde com sobreviventes de cancro focada na auto eficácia, aumentar os comportamentos de promoção de saúde e melhorar a saúde global desses sobreviventes.
E14 - Rabin, C. (2011). Review of health behaviors and their correlates among young adult cancer survivors, <i>Journal Of Behavioral Medicine</i> , 34(1) 41-52; DOI: 10.1007/s10865-010-9285-5	Identificar os comportamentos de promoção de saúde que mais necessitam de intervenção profissional, os subconjuntos mais vulneráveis da população e as teorias de comportamento de saúde que podem guiar o desenvolvimento dessa intervenção.

A análise dos estudos encontrados nesta revisão permitiu enquadrá-los com as áreas de atenção de promoção da saúde estabelecidas pelo instrumento HPLP-II de Walker e colaboradores (1987, citado em E11) traduzido e validado para o contexto português por Sousa, Gaspar, Vaz e col. (2014), que serve para determinar a frequência com que as pessoas relatam envolver-se em atividades voltadas para aumentar o seu nível de saúde e bem-estar (comportamentos de promoção de saúde), nomeadamente *responsabilidade de saúde, atividade física, nutrição, gestão do stress, relacionamento interpessoal e crescimento espiritual*.

Os compromissos relacionados com a *responsabilidade em saúde* apresentam uma área preponderante na promoção de comportamentos de saúde: ao nível do envolvimento com as questões relacionadas com a procura de informação em saúde, a vigilância, o autocontrolo e o envolvimento nas questões de saúde com os profissionais.

No que se reporta à procura de informação em saúde, os sobreviventes que apresentam limitações físicas impostas pelo cancro referem, usualmente, encontrar profissionais de saúde insensíveis às suas necessidades e limitações, e enfatizam a importância da comunicação na coordenação dos cuidados entre os diversos profissionais (E2). No E5, 64,8% e 66,4% dos sobreviventes referem ter falta de informação relativa aos comportamentos de promoção de saúde básicos e à nutrição, respetivamente.

O E13 revelou que 80% dos sobreviventes referiram relatar sinais incomuns ou sintomas novos aos profissionais de saúde, 70% afirmaram questionar os profissionais de saúde a fim de compreender instruções e 76% assumiram que inspecionavam os seus corpos mensalmente para detetar possíveis mudanças físicas (autovigilância).

No que concerne com a autovigilância, o E9 aponta dados contraditórios. Se por um lado, os sobreviventes de cancro da próstata eram menos propensos a realizar os *screenings* de cancro colorretal que o grupo controlo (doentes sem cancro), quase todos os sobreviventes do cancro do cólon estavam em conformidade com a colonoscopia (97%), a mamografia (80%) e com exame de “*Papanicolau*” (63%) (E9). O autocontrolo do peso corporal também é assumido como uma responsabilidade de saúde, na medida em que, o peso, no momento do diagnóstico, é considerado o mais forte preditor de doença e qualidade de vida nas mulheres diagnosticadas com cancro da mama. Relativamente ao con-

trolo do peso, o E4 assume que a obesidade tem sido associada a piores resultados em saúde. O E10 aponta que 48% dos sobreviventes de cancro colorretal apresentam excesso de peso. O E1 destaca que 37,5% dos sobreviventes de cancro estudados têm um IMC (Índice de Massa Corporal) entre 18,5 e 25, ou seja, dentro do peso ideal, no entanto, 25,8% apresentam um IMC compatível com obesidade, superior a 30. Apesar das dificuldades relatadas em perder peso nos estudos encontrados, as intervenções profissionais têm demonstrado promessas, contudo, perder/manter o peso ideal continua a ser um desafio para os sobreviventes de cancro, independentemente da sua tipologia (E9).

A *sessão tabágica* é assumida como uma outra responsabilidade em saúde, reunindo esforços na prevenção dos riscos de desenvolver um novo cancro e na mortalidade. Os sobreviventes de cancro acarretam o seu próprio “set” de riscos relacionados com o tabagismo (E9). A *sessão tabágica* aumenta a sobrevivência, reduz o risco de reaparecimento do tumor, de ocorrência de novos tumores e de metastização do primário, além de aumentar a resposta aos tratamentos e reduzir as toxicidades dos mesmos (Ostroff e Dhingra, 2007, citado em E9). No caso do cancro do pulmão, aproximadamente 90% das pessoas diagnosticadas são fumadoras. Após o diagnóstico, verifica-se que entre 8 a 17% dos sobreviventes de cancro do pulmão mantêm os hábitos tabágicos (E6). As recomendações da American Cancer Society reforçam que o tabagismo, após os tratamentos, aumenta o risco de recorrência de cancro da próstata e de um segundo cancro (E4). O estudo de Cooley, Sipples, Murphy e Sarna (2008, citado em E6) relata que os benefícios da *sessão tabágica* incluem ter mais energia e altos níveis de atividade, menos dispneia, mais apetite, melhor sono e disposição. Moor e colaboradores (2011) estudaram um variado leque de fatores que poderiam estar associados aos comportamentos de cessação tabágica, e perceberam que a existência de internamento hospitalar por um problema médico pode facilitar a cessação tabágica, ao contrário do número de cigarros fumados por semana, a permissão de fumar no trabalho, o incentivo para parar de fumar de um familiar e a percepção de autoeficácia para parar de fumar que atrasam ou dificultam a *sessão tabágica*. Entende-se ainda que apesar da bibliografia apontar eficácia nas intervenções profissionais para redução dos hábitos tabágicos, existe ainda pouca disseminação e pouco investimento dos centros de tratamento (E9).

A *prática de atividade física* de forma regular é um dos comportamentos de promoção de saúde mais valorizado, fruto dos benefícios conhecidos. No que se relaciona com a atividade física, entende-se que a mesma pode diminuir o risco de recorrência do cancro, melhorar a sobrevivência ao cancro, acelerar a recuperação dos efeitos colaterais do tratamento, evitar efeitos de longo prazo (E9, E4) ter influência no controlo do peso e na prevenção de riscos cardiovasculares e outros cancros (E7, E9), sendo segura durante e após todos os tratamentos de cancro (E9).

De uma forma geral, os sobreviventes sem limitações funcionais e sem contraindicações médicas devem realizar pelo menos 150 minutos de exercício físico por semana de intensidade moderada ou 75 minutos por semana de alta intensidade (Rock and Doyle, 2012, citado em E4). O E13 reporta que apenas 13% dos sobreviventes têm um plano de exercício físico programado. No E1, apenas 22,2% dos sobreviventes referem realizar exercício físico intenso, durante pelo menos 30 minutos, pelo menos 2 vezes por semana (por exemplo correr, nadar ou jogar ténis) ou praticar exercício de moderada intensidade, pelo menos 5 vezes por semana (por exemplo caminhar, jogar golfe ou desportos leves), e 52,2% referiam praticar exercício de moderada intensidade menos de 2 vezes por semana.

Contudo, a envolvimento dos sobreviventes em atividades de exercício físico ainda está longe de obter consenso. Por um lado, oito dos vinte estudos abordados na revisão de Stolley e colaboradores (E7) fazem referência a baixos níveis de atividade física entre os sobreviventes de cancro estudados. Em média os dados apontam que menos de 50% dos sobreviventes se envolvem em atividade física regular ou preenchem as *guidelines* para uma regular prática de exercício físico. Os dados do *Behavior Risk Factor Survey Study* (BRFSS) (2003, citado em E7) apontam que 52,1% dos sobreviventes de cancro não atendem as diretrizes do CDC (Centers for Disease Control and Prevention) de atividade física vigorosa de 20 minutos pelo menos 3 dias por semana ou atividade moderada (30 minutos, pelo menos, 5 dias por semana) e 22,7% eram completamente inativos (E7). Por outro, estudos de Finnegan e colaboradores (2007, citado em E7) e Cox e colaboradores (2009, citado em E7) apontam valores de 80 e 70%, respetivamente, de sobreviventes que preenchem os critérios do CDC para a prática de exercício físico.

Existem inúmeros fatores associados à falta de envolvên-

cia dos sobreviventes com a prática de atividade física, nomeadamente o tipo de cancro, o tipo de tratamento realizado, o facto de ser fumador (E7) as variáveis psicológicas como a motivação e a depressão, o medo e a fadiga/cansaço (E7). No entanto, intervenções profissionais bem dirigidas podem aumentar o envolvimento dos sobreviventes e reduzir a própria fadiga relacionada com o cancro (E9). Um estudo de Jones e colaboradores (2008, citado em E6), relata que uma intervenção de promoção do exercício físico através de um *“byciling program”* aumentou os níveis de capacidade física dos sobreviventes de cancro do pulmão em 11%, próximo do espectável da população saudável (15%).

Identificar as formas como os sobreviventes de cancro podem adotar e manter a atividade física é crucial para que os mesmos se possam envolver em estilos de vida saudáveis e bem-estar, no entanto, é indispensável compreender os gostos e preferências de cada pessoa para se maximizar essa envolvimento.

As recomendações relativas à promoção de uma alimentação saudável nos sobreviventes de cancro variam. Tipicamente, incluem a importância de comer fruta e vegetais, a necessidade de ingestão de comida sem aditivos e reforço com suplementos alimentares (E2). Outras recomendações passam por uma dieta com vegetais ricos em micronutrientes fitoquímicos e frutas, baixas quantidades de gordura saturada, uma ingestão adequada de vitamina D, e um consumo adequada, mas não excessivo, de fontes alimentares de cálcio (isto é, não superior a 1200 mg/dia) que contribuem para uma vida mais saudável, com menor risco de desenvolver obesidade, problemas cardiovasculares e osteoporose (Rock and Doyle, 2012, citado em E4; E7).

Contudo apesar de as recomendações estarem dispersas e difundidas pelos sistemas de saúde, a envolvimento dos sobreviventes em hábitos alimentares saudáveis ainda é abaixo do espectável. O problema, muitas vezes, é o facto de muitos dos sobreviventes no momento do diagnóstico terem hábitos alimentares completamente desequilibrados (E9). No entanto, os benefícios de uma dieta saudável, rica em frutas, verduras, legumes, grãos integrais, aves domésticas e peixe, não devem ser menosprezados, e relacionam-se, sobretudo com reduções da mortalidade e melhor qualidade de vida nos sobreviventes (Kroenke, Fung, Hu e Holmes, 2005, citado em E9).

No E1, apenas 6,8% dos sobreviventes referiram dispensar totalmente bebidas açucaradas da sua dieta, só 18,9%

apresentam uma diminuída ingestão de carnes vermelhas (inferior a 500g/dia) e, meramente 27,3% apresentam um consumo de sal, em alimentos processados ou comidas salgadas de acordo com o recomendado (E1). No E13, verificou-se que 60% dos sobreviventes reportam comer dieta rica em gorduras saturadas e açúcares, e 42% não estavam a comer a quantidade recomendada de vegetais. Um estudo de Demark-Wahnefried e colaboradores (2005, citado em E7) refere que menos de 45% dos sobreviventes adolescentes e 25% dos adultos sobreviventes reuniram diretrizes para a ingestão adequada de cálcio. Os dados resumidos no estudo E7 apontam que os sobreviventes de cancro adolescentes têm maior consumo de alimentos saudáveis do que os adultos sobreviventes.

No entanto, verifica-se que 92,4% dos sobreviventes referem uma redução da ingestão de bebidas alcoólicas e 61,4% mencionam um consumo de vegetais e frutas igual ou superior a 5 porções por dia (E1). Mulhern e colaboradores (1995, citado em E7) notificou que cerca de 60% dos adolescentes sobreviventes de cancro comiam refeições equilibradas na maioria das vezes, em comparação com 48% dos jovens adultos sobreviventes, dado que poderá ter ocorrido pela influência dos pais na dieta ou por relatos tendenciosos dos mesmos.

Ter uma dieta saudável não deve ser confundida com a ingestão de suplementos dietéticos, que ao longo da revisão têm mostrado pouco ou nenhum benefício para a melhoria do prognóstico de saúde após o cancro (E9).

Os sobreviventes de cancro podem experimentar ao longo do processo saúde-doença extremo sofrimento psicológico, que se manifesta pela ansiedade e depressão relacionada com o medo de recorrência, o risco de desenvolvimento de um segundo cancro, e a gestão dos efeitos do tratamento, incluindo fadiga e dor (E12). Esse sofrimento requer um leque de comportamentos para uma *gestão do stresse* mais eficaz. A adoção de comportamentos de vida saudáveis oferece a oportunidade de os sobreviventes assumirem o controlo sobre alguns aspetos da sua saúde e ajuda-os a gerir os efeitos adversos de cancro, bem como sobre a experiência de sofrimento psíquico (E12).

O estudo E4, estima que pelo menos 30% dos sobreviventes de cancro enfrentem stresse. Contudo, a maior parte dos estudos explorados procuram evidências no primeiro ano após os tratamentos, deixando as evidências sobre os

períodos de sobrevivência maiores (5 anos ou mais) muito limitada. Alguns fatores de risco mencionados, que estão na origem de altos níveis de stresse nos sobreviventes de cancro da próstata, são ser solteiro, ter um baixo nível de escolaridade, baixa capacidade física ou cognitiva, ter uma idade mais jovem, apresentar co-morbidades médicas, ter histórico psiquiátrico, e/ou ter fracas habilidades de *coping* (E4).

No que refere à gestão do stresse os sobreviventes do E2 diminuíram a perceção de bem-estar, e por tal referem envolver-se em atividades como exercícios de relaxamento, gestão das atividades diárias para permitir descansos periódicos, yoga e acupuntura para gerirem eficazmente o stresse (E2).

No E14, entende-se, que embora os níveis elevados de depressão ou ansiedade estejam geralmente relacionadas com estilos de vida menos saudáveis (beber bebidas alcoólicas e ter menos atividade física) (Lown et al 2008; Ness et al 2009; Santacroce; Lee 2006, citado em E14), os jovens adultos sobreviventes que experimentam uma maior preocupação com a sua saúde, podem ser mais propensos a ter um estilo de vida mais saudável (E14).

As evidências apontam que manter *relacionamento interpessoal* com amigos e familiares melhora a qualidade de vida após o diagnóstico de cancro. Viver após o cancro com apoio social, formal ou informal, parece reduzir o stresse, a depressão e a fadiga e levar a melhorias no humor, auto-imagem e qualidade de vida nos sobreviventes de cancro. Além disso, o apoio social também facilita as mudanças comportamentais de promoção da saúde (E9).

Alguns sobreviventes estudados no E2, referem ter sido relutante aproximar-se dos significativos para procurarem apoio emocional e suporte nas suas necessidades de cuidados com o cancro. Em contrapartida, outras sobreviventes, identificaram influências positivas do suporte social: a) nos laços familiares, assumindo que o cancro "*made us closer (...) we talk more*" (p.623, E3); b) na partilha da história da sua doença com outras pessoas, sendo uma forma de ultrapassar o cancro, "*giving back*" (dar a volta) (p.623, E3) e de aumentar o conhecimento público da importância de uma deteção precoce; c) e nos grupos de suporte, sendo o espaço onde eram contagiadas pela força, fé e paixão das outras sobreviventes e onde ganhavam energia para um dia contarem a sua história (E3).

No E8, alguns sobreviventes de cancro entendem o suporte social como uma importante fonte de companhia, de

motivação, mas também para os ligar aos comportamentos de promoção de saúde. Se por um lado consideram positivo ter alguém próximo com quem partilhar as experiências de promoção de saúde, por outro identificam o suporte social como uma força que os encoraja e motiva para participar nessas experiências (E8).

O E3 assume que as reflexões sobre a *espiritualidade* na fase de sobrevida são uma estratégia de destaque. No mesmo estudo, salienta-se que as mulheres afro-americanas sobreviventes de cancro envolvem-se em discussões com Deus e procuram a construção de um significado espiritual para a sua vida, quer seja ele na procura das lições que Deus procura que as sobreviventes aprendam, quer seja numa vertente mais fatalista, de resiliência perante o futuro que não se pode mudar. Um estudo de Hodgkinson e colaboradores (2007, citado em E6) relatou que 80% dos sobreviventes de cancro indicaram pelo menos um aspeto positivo de ter tido cancro, entre eles: crescer como pessoa (56%), preocupar-se com coisas mais importantes (55%), fazer mudanças positivas (51%) e perceber quão preciosa é a vida (49%) (E6). O E13 revelou que 75% (n=38) dos sobreviventes afirmaram acreditar que a vida tem um propósito/objetivo, 69% (n=35) olhavam com esperança para o futuro, 82% (n=42) estavam cientes do que é importante na vida, e 75% (N = 38) referiram sentir-se ligados com uma força maior do que eles.

4. Conclusão:

O estudo realizado permitiu enumerar evidências sobre seis áreas de comportamentos de promoção de saúde (responsabilidade de saúde, atividade física, nutrição, gestão do stress, relacionamento interpessoal e crescimento espiritual) e decodificar a informação revista. Os dados apontam para informações contraditórias ao nível da envolvimento dos sobreviventes em comportamentos de otimização do estilo de vida. Esses conflitos obrigam a comunidade científica a aprofundar os dados apresentados em populações mais homogêneas de sobreviventes, em relação ao tipo de cancro e ao tempo de sobrevivência.

Por tal, as limitações do estudo encontram-se na generalização da população em estudo. Entende-se que é difícil universalizar os resultados entre os diferentes grupos de sobrevivente de cancro porque cada tipo de cancro tem uma história natural única ao nível do protocolo de tratamento, progressão da doença, efeitos adversos dos tratamentos,

dados demográficos e médicos e as características do estilo de vida dos sobreviventes serem sempre ímpares.

Após esta revisão, concordamos que o cancro acarreta a oportunidade de os sobreviventes se envolverem mais com a sua saúde, considerarem a adaptação a estilos de vida mais saudáveis, procurarem orientações em saúde e realizarem escolhas em saúde ponderadas e informadas. No seio de um mundo cada vez mais informado, onde a informação é cada vez mais acessível, parece determinante o apoio profissional com intervenções baseadas na evidência científica.

Assim, uma abordagem profissional para a promoção dos comportamentos de promoção de saúde deve englobar uma análise prévia do nível de literacia, habilidades de leitura, preferência pessoal para a aprendizagem, aspetos culturais e/ou religiosos, nível de dor e os níveis de ansiedade de cada sobrevivente (Mann, 2011).

Referências bibliográficas

1. Aziz N.M.; Rowland J.H. (2003) – Trends and advances in cancer survivorship research: challenge and opportunity; Seminars in Radiation Oncology vol. 13; p. 248–266; 2003;
2. Canavarro, M.; Pereira, M.; Moreira, H.; Paredes, T. (2008) – Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL; Repositório Aberto; Universidade de Coimbra;
3. Carta de Ottawa (1986) – Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde; Ottawa, Canadá;
4. Centers For Disease Control And Prevention (2009) – A glance; National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion - Improving health and quality of life for all people; CDC;
5. Doyle, Natalie (2008) – Cancer survivorship: evolutionary concept analysis. Journal of Advanced Nursing, vol.62 (4), p. 499-509;
6. Feuerstein, M. (2007) – Defining cancer survivorship. The Journal of Cancer Survivorship: Research and Practice;
7. Loerzel, V. & Meneses, K. (2010) – Cancer Survivorship: A critical Aspect of Care; Cancer Nursing; Principles and practice; Jones & Bartlett Learning; 7th edition; Part VII; Chapter 70 p.1743-1752;
8. Martins, Maria do Céu Antunes (2005) - A Promoção da saúde: percursos e paradigma. Revista de saúde Amato Lusitano. ISBN 0873-5441. A. IX, nº 22 (4º trimestre 2005), p. 42-46
9. Petronilho, F. (2012) – Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem. 1a edição. Coimbra: Formasau, ISBN 978-989- 8269-17-1;
10. Phillips, J.; Currow, D. (2010) – Cancer as a chronic disease. Collegian, p. 47 – 50;
11. Rowland, J. ; Baker, F. (2005) – Introduction: resilience of cancer survivors across the lifespan. Cancer, 104 (11 Supplement), 2543-2548;
12. World Health Organization (2005) - Preventing chronic diseases : a vital investment : WHO global report. World Health Organization.
13. World Health Organization (2014) – Basic documents, 48th ed. World Health Organization;
14. Pender N., Murdaugh C, & Parsons M (2010) – Health promotion in nursing practice. 6th ed. Upper Saddle River: Pearson/Prentice-Hall;
15. Saylor, C. (2004) – The circle of health: A health definition model. Journal of Holistic Nursing, 22, p. 97-115
16. Victor, J.; Lopes, M. & Ximenes, L. (2005) - Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender; Acta Paulista de Enfermagem, 18(3):235-40;
17. Pender, N, Murdaugh, C., Parsons, M. (2002) – Health promotion in nursing practice. 4ª ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall;
18. Moor, J.; Puleo, E.; Ford, J.; Greenberg, M.; Hodgson, D. et al. (2011) - Disseminating a smoking cessation intervention to childhood and young adult cancer survivors: baseline characteristics and study design of the partnership for health-2 study. BMC Cancer11:165.
19. Mann, K. (2011) - Education and Health Promotion for Newly Diagnosed Patients; Clinical Journal of Oncology Nursing, 15(1).



**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 do pulmão 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. Pneumonite: 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.



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