

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica**  
Relatório de Estágio

**Promoção do conforto na pessoa com mucosite oral  
secundária à radioterapia: intervenção de enfermagem**

**Tânia Isabel Espadinha de Matos Vitoriano**

**Lisboa**  
**2019**





**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica**  
**Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica**  
**Relatório de Estágio**

**Promoção do conforto na pessoa com mucosite oral  
secundária à radioterapia: intervenção de enfermagem**

**Tânia Isabel Espadinha de Matos Vitoriano**

Orientador: Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

**Lisboa**  
**2019**



*“Se não puderes ser um pinheiro, no topo de uma colina,  
Sê um arbusto no vale mas sê  
O melhor arbusto à margem do regato.  
Sê um ramo, se não puderes ser uma árvore.  
Se não puderes ser um ramo, sê um pouco de relva  
E dá alegria a algum caminho.  
Se não puderes ser uma estrada,  
Sê apenas uma senda,  
Se não puderes ser o Sol, sê uma estrela.  
Não é pelo tamanho que terás êxito ou fracasso...  
Mas sê o melhor no que quer que sejas.”*

*Pablo Neruda*



## AGRADECIMENTOS

Este trabalho foi fruto de uma longa viagem permeada por desafios, alguns obstáculos, muitas incertezas e inúmeras alegrias. Apesar de ter sido um processo algo solitário, reuniu o contributo de várias pessoas indispensáveis para que encontrasse o melhor rumo em cada momento desta caminhada.

Por isso não posso deixar de expressar a minha gratidão aos meus pais, Liseta e Luis, e ao meu irmão Filipe, pelo apoio, compreensão e paciência para escutar os meus desabaços.

À Elisabete, grande amiga, colega e companheira de longas jornadas, grata pela amizade, pela ajuda, motivação nos momentos cruciais e pelos preciosos conselhos, tornando esta caminhada mais leve; e ao Miguel, pela paciência e por me “socorrer” quando precisei.

À Andreia, Patricia e Ana Margarida, pela partilha, complicidade e amizade.

Ao meu companheiro Pedro, pelo amor, partilha, companheirismo e apoio incondicional, agradeço a enorme compreensão, generosidade e alegria com que me brindou, contribuindo para chegar ao fim deste percurso.

Aos meus amigos de sempre, que foram capazes de perceber a pouca disponibilidade que por vezes demonstrei.

À professora Alexandra Pinto Santos, pelo incentivo, confiança e pelo estímulo do meu interesse pelo conhecimento.

Por fim, o meu profundo e sentido agradecimento a todas as pessoas que contribuíram para a concretização deste trabalho, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

Grata a todos vós!



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>3D-CRT</b>	-	Radioterapia Conformacional Tridimensional
<b>AEOP</b>	-	Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa
<b>APA</b>	-	American Psychological Association
<b>AO</b>	-	Assistente Operacional
<b>CCP</b>	-	Cancro de Cabeça e Pescoço
<b>CE</b>	-	Consulta de Enfermagem
<b>CIPE</b>	-	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
<b>EE</b>	-	Enfermeiro Especialista
<b>EEEMC</b>	-	Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
<b>EN</b>	-	Escala Numérica de avaliação da dor
<b>EOCC</b>	-	European Oral Care in Cancer Group
<b>EONS</b>	-	European Oncology Nurse Society
<b>et al.</b>	-	Abreviatura de “outros autores”
<b>Gy</b>	-	Grays
<b>HDO</b>	-	Hospital de Dia de Oncologia
<b>HTA</b>	-	Hipertensão Arterial
<b>IMC</b>	-	Índice de Massa Corporal
<b>IMRT</b>	-	Radioterapia de Intensidade Modelada
<b>ISOO</b>	-	International Society of Oral Oncology
<b>MASCC</b>	-	Multinational Association of Supportive Care in Cancer
<b>MO</b>	-	Mucosite Oral
<b>OAG</b>	-	Oral Assessment Guide
<b>OE</b>	-	Ordem dos Enfermeiros
<b>OMS</b>	-	Organização Mundial de Saúde
<b>p.</b>	-	Página
<b>Pág. / p.</b>	-	Página
<b>PEG</b>	-	Gastrostomia Endoscópica Percutânea

<b>PMCQCE</b>	- Padrões da Melhoria Continua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem
<b>PQ</b>	- Padrões da Qualidade
<b>QRT</b>	- Químio-radioterapia
<b>QT</b>	- Quimioterapia
<b>RT</b>	- Radioterapia
<b>RTE</b>	- Radioterapia Externa
<b>RTOG</b>	- Radiation Therapy Oncology Group Score Criteria
<b>s.d.</b>	- Abreviatura de "Sem data"
<b>s.n.</b>	- Abreviatura de "Sem nome"
<b>SAPE</b>	- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
<b>SBRT</b>	- Radioterapia Esteriotáxica Corporal
<b>SI</b>	- Sistemas de Informação
<b>SIE</b>	- Sistemas de Informação em Enfermagem
<b>SNG</b>	- Sonda Nasogástrica
<b>SNS</b>	- Sistema Nacional de Saúde
<b>TDT</b>	- Terapeuta de Diagnóstico e Terapêutica
<b>TC</b>	- Tomografia Computorizada
<b>VNI</b>	- Ventilação Não Invasiva
<b>VPH</b>	- Virus do Papiloma Humano
<b>WHO</b>	- World Health Organization

## RESUMO

A radioterapia é um dos tratamentos indicados para o CCP, sendo a MO um dos seus efeitos adversos mais comuns, de grande morbidade e desconforto. A probabilidade de uma pessoa ter MO depende de fatores de risco, da pessoa e do tratamento, podendo aparecer a partir dos 20 Gy e prolongar-se até 2 a 3 semanas após o fim da RT. A falta de sistematização e fundamentação da intervenção com as pessoas com MO, reconhecida pelos enfermeiros de um serviço de RT, originou a questão *Quais as intervenções de enfermagem que promovem o conforto na pessoa com CCP com risco de MO?* com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com risco de MO em contexto de RT. Numa 1ª fase fez-se uma revisão *scoping* e numa segunda fase realizou-se estágio em 3 locais, um HDO e dois serviços de RT, em que as consultas de enfermagem de 1ª vez e subsequentes foram realizadas a adultos a fazer tratamento ambulatorial curativo de RT de CCP, em 3 momentos, o 1º (entre 2 a 4 Gy), o 2º (entre 20 a 24 Gy) e o 3º momento (entre 40 a 44 Gy). No 1º momento foi feita colheita de dados com o Guião I, mais a escala MUST e escala visual do desconforto, e aplicado o *Programa Educativo de Cuidado Oral* e o *Programa Educativo de Prevenção da MO* e entregue folheto informativo “Mucosite Oral – Recomendações para o doente e cuidador”; nos 2 outros momentos a colheita de dados foi feita com o Guião II, mais a escala MUST, a escala de toxicidade oral da RTOG, a EN de avaliação da dor e escala visual do desconforto, foi aplicado o *Programa Educativo de Gestão da MO* e reforçados os programas educativos anteriores. No último estágio foi feito um estudo descritivo-exploratório para avaliar a frequência e intensidade da MO e identificar as estratégias, dos enfermeiros e doentes, promotoras de conforto, autorizado por CES, tendo a colheita de dados sido apoiada no *Fluxograma de Atuação de Enfermagem na pessoa com risco de MO* e no *APEG – Algoritmo de Intervenção de Enfermagem na pessoa com risco de MO*. A amostra de conveniência aos primeiros 17 sujeitos revelou que 9 (60%) sujeitos desenvolveram MO no 2º momento e 15 (94%) no 3º, sendo que no 2º momento, 8 (53%) sujeitos apresentaram MO grau 1 e 1 (7%) grau 2 e no 3º momento, 9 (56%) sujeitos apresentaram MO grau 1 e 7 (44%) grau 2. O desconforto total teve um aumento progressivo ao longo dos três momentos, sendo as estratégias que melhor o promovem a “escuta ativa”, o “ensino sobre cuidados orais” nos enfermeiros e a “utilização de bochechos” e o “apoio da família/amigos” nos doentes. Desenvolveu-se também um procedimento institucional com indicadores de avaliação e material educativo, que aguarda aprovação pela comissão da qualidade da instituição para avaliar a efetividade do programa da qualidade dos cuidados de enfermagem sobre avaliação, prevenção, educação e gestão da MO.

**Palavras chave:** mucosite oral, radioterapia, cancro da cabeça e pescoço, enfermagem.



## **ABSTRACT**

Radiotherapy is one of the prescribed treatments for HNC, OM being one of its most common side effects, bearing substantial discomfort and morbidity. One person's probability of developing OM depends upon risk factors, the individual himself and the treatment, and it may manifest itself beginning on 20 Gy up to 2 to 3 weeks after ending RT. Lack of an intervention's systematization and justification on OM afflicted persons, acknowledged by RT nursing staff, has originated the question: *Which nursing interventions foster comfort on a HNC carrying individual with OM risk?* with the purpose of improving nursing care quality on an OM risk individual within RT. At a first stage a scoping review has been conducted and in a second one an internship was done in 3 places, one ODH and two RT services, in which first time nursing appointments and the following ones were conducted on adults having outpatient RT treatment for HNC, in 3 moments: 1<sup>st</sup> one between 2 to 4 Gy, 2<sup>nd</sup> one between 20 to 24 Gy and the 3<sup>rd</sup> one between 40 to 44 Gy. Data collection based on Script I was performed at the 1<sup>st</sup> moment, plus MUST and visual discomfort ranges and applied to *Oral Care Educational Program* and *OM Prevention Educational Program* as well as a handout of "Oral Mucositis – Patient and caretaker guidelines" leaflet; in the other 2 moments data collection was based on Script II, plus MUST, RTOG oral toxicity scale, numerical scale of pain assessment and visual discomfort scale; *OM Management Educational Program* was implemented and the previous educational programs were reinforced. In the final stage, a descriptive-exploratory study was conducted to assess the OM frequency and intensity as well as identify ethics committee, authorized comfort promoting strategies, for nurses and patients, with the data collection based on *Nursing Practice Flowchart on an OM risk person* and in *APEG - Nursing Intervention Algorithm on an OM risk person*. The first 17 subjects convenience sample revealed that 9 (60%) subjects had developed OM in the 2<sup>nd</sup> moment and 15 (94%) in the 3<sup>rd</sup>, such that in the 2<sup>nd</sup> moment, 8 (53%) subjects had degree 1 OM and 1 (7%) degree 2 and in the 3<sup>rd</sup> moment, 9 (56%) subjects had degree 1 OM and 7 (44%) degree 2. Total discomfort showed progressive increase throughout the 3 moments, and the strategies that best improve it "active listening", "oral care teaching" in nurses and "rinse the mouth" and "family/friends support" in patients. An institutional procedure with assessment indicators and educational material has been developed, which is in pending approval state from the institution's quality commission, to evaluate the effectiveness of the nursing care quality program on assessment, prevention, education and management of OM.

**Keywords:** oral mucositis, radiotherapy, head and neck cancer, nursing.



# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	16
1.1 Breve contextualização da epidemiologia do cancro da cabeça e pescoço.....	16
1.2 A toxicidade do tratamento de radioterapia .....	17
1.3 Intervenção de enfermagem para a promoção do conforto.....	22
<b>2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS</b> .....	30
2.1. Metodologia.....	30
2.2. Descrição e análise das atividades planeadas por campo de estágio .....	33
2.2.1 Num hospital de dia de oncologia de um serviço de Hemato-Oncologia.....	33
2.2.2 Num serviço de radioterapia de um hospital da especialidade .....	43
2.2.3 Num serviço de radioterapia .....	52
<b>3. AVALIAÇÃO</b> .....	64
3.1 Pontos fortes e fracos .....	64
3.2 Implicações Éticas.....	66
3.3 Contributos da implementação do projeto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados .....	67
<b>4. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO</b> .....	70
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	74

## ANEXOS

- Anexo I - Escala MUST
- Anexo II - Documento de Avaliação de Sessão de Formação
- Anexo III - Resposta da Comissão de Ética
- Anexo IV - Certificado de Participação nos Encontros da Primavera 2018

## APÊNDICES

- Apêndice I - Escalas de Avaliação da Toxicidade Oral
- Apêndice II - Fatores de Risco da Mucosite Oral
- Apêndice III - Tabelas das Atividades Planeadas por campo de Estágio
- Apêndice IV - Revisão *Scoping*
- Apêndice V - Programa Educativo de Prevenção da Mucosite Oral
- Apêndice VI - Programa Educativo de Cuidado Oral
- Apêndice VII - Cartaz Informativo - Mucosite Oral - Intervenção de Enfermagem: da Avaliação à Prevenção
- Apêndice VIII - Guião I (1ª versão)
- Apêndice IX - Programa Educativo de Gestão da Mucosite Oral
- Apêndice X - Folheto Informativo - Mucosite Oral - Recomendações para o doente e cuidador
- Apêndice XI - Guião II (1ª versão)
- Apêndice XII - Matriz de Extração de Indicadores de Enfermagem
- Apêndice XIII - Fluxograma de Atuação de Enfermagem na pessoa com risco de Mucosite oral
- Apêndice XIV - APEG: Algoritmo de Intervenção de Enfermagem à pessoa com risco de Mucosite Oral
- Apêndice XV - Estudo de Situação
- Apêndice XVI - Ecrãs de sessão de formação de apresentação do projeto, realizada a 08.01.2019
- Apêndice XVII - Divulgação da sessão de formação de apresentação do projeto
- Apêndice XVIII - Ecrãs da sessão de formação à equipa de enfermagem, realizada a 15.01.2019
- Apêndice XIX - Divulgação da sessão de formação à equipa de enfermagem
- Apêndice XX - Procedimento Sectorial

- Apêndice XXI - Guião de colheita de dados - atualização de registos
- Apêndice XXII - Pedido de Autorização à Comissão de Ética
- Apêndice XXIII - Guião de colheita de dados (última versão)
- Apêndice XXIV - Apresentação dos Resultados do Estudo
- Apêndice XXV - E-Poster apresentado no III Encontro dos Padrões de Qualidade do Hospital xxx
- Apêndice XXVI - Poster apresentado nos Encontros da Primavera 2018



## INTRODUÇÃO

O presente documento constitui o relatório do estágio realizado na unidade curricular Estágio com Relatório do terceiro semestre do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica, onde se efetua a descrição e análise crítica e reflexiva, baseada na evidência científica, das atividades planeadas num projeto com intervenção. Este percurso teve como finalidade desenvolver as competências comuns ao enfermeiro especialista e de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros e pelo *Core Curriculum da European Oncology Nursing Society*, e culmina com o presente relatório, cumprindo com os requisitos para a aquisição das competências referidas na Lei de Bases do Sistema Educativo do Ensino Superior Português para atribuição do grau de Mestre em Enfermagem (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, 2006).

O desenvolvimento deste trabalho teve a metodologia de projeto, iniciando-se com um diagnóstico de situação, seguido da definição de objetivos e planeamento de atividades, que foram executadas e avaliadas em três contextos de cuidados, finalizando o percurso com a divulgação dos resultados em forma de relatório (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

A opção pela temática surgiu na sequência de uma reflexão acerca da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem do serviço de radioterapia onde exerço funções, associada ao meu interesse pessoal e no benefício dos doentes de quem cuido. A equipa pretendia melhorar a intervenção junto dos doentes oncológicos com mucosite oral causada pela radioterapia, pois reconhece tomar decisões diferentes sobre este efeito adverso e, dada a complexidade de intervenções de enfermagem que estes doentes necessitam, nem sempre a prática era baseada na evidência científica.

A modalidade terapêutica de radioterapia, apesar dos avanços tecnológicos e científicos que tem sofrido nos últimos anos, é acompanhada de complicações no seu decorrer, ou até mesmo após o seu término, nomeadamente complicações associadas à mucosa oral. A mucosite oral (MO)

é, assim, o efeito colateral mais comumente descrito na literatura como sendo o de maior morbidade e mais debilitante, pois pode provocar xerostomia, grande desconforto e dor, para além de impedir a alimentação e ingestão hídrica habituais, bem como a comunicação com terceiros, e até alterações da imagem do rosto (Kasat, 2010; Araújo et al., 2015; Silva e Valente Ribeiro, 2015; Lopes et al., 2016). O enfermeiro tem um papel preponderante no controlo deste sintoma, pois atua na prevenção e gestão, com uma ação direta na educação e promoção da saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, o que resulta em ganhos em saúde.

A MO é referida por alguns autores (Cacelli, Pereira e Rapoport, 2009; Murphy et al., 2009; Scardina, Pisano e Messina, 2010; Peterson, Boers-Doets, Bensadoun e Herrstedt, 2015; Lopes et al., 2016) como o efeito agudo mais frequente e de maior morbidade em doentes oncológicos que realizam tratamento de radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia. É definida como sendo uma inflamação tóxica da mucosa oral que resulta da ação de agentes citostáticos e da radiação ionizante e caracteriza-se por eritema, com ou sem ulceração, que podem ser exacerbados por fatores locais, como infeções secundárias e trauma (Araújo et al., 2015; AEOP, 2017).

A MO é um fator dose-limitante<sup>1</sup> para a RT na região da cabeça e pescoço. Quando o campo de irradiação compreende as glândulas salivares e a mucosa oral, o risco de desenvolver mucosite está aumentado (AEOP, 2017), devido ao facto de as células da mucosa oral, da laringe e faringe terem alta atividade mitótica e serem por isso, mais sensíveis à radiação ionizante do que as células com baixo *turnover*<sup>2</sup>, pois a radiação não consegue distinguir as células neoplásicas das sãs (Thomson, 2010; Kasat, 2010).

De acordo com a AEOP (2017), a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a incidência da MO de graus 3 e 4 é de cerca de 85% nos doentes submetidos a RT com doses prescritas de 60-70 Gy na região da cabeça e pescoço, contudo todas estas pessoas apresentam algum grau de mucosite.

---

<sup>1</sup> Dose-limitante significa que esta toxicidade limita a dose de tratamento, acima da qual existe prejuízo para o doente (Hall & Giaccia, 2006).

<sup>2</sup> *Turnover* refere-se à velocidade de renovação celular (Rodrigues, 1999).

A pessoa com MO é um foco de atenção dos cuidados de enfermagem, pois este sintoma provoca desconforto, não só físico, como a xerostomia, a dor e a ulceração da mucosa, a alteração da autoimagem do rosto, mas também psico-espiritual, como a angústia, perda de esperança, alteração da autoestima, e sociocultural como o isolamento social (Bonan, Lopes, Alves e Almeida, 2005; Lopes, Mas e Zângaro, 2006; Gondim, Gomes e Firmino, 2010; Eiles e Million, 2011). Assim a avaliação do desconforto/conforto pelo enfermeiro vai além da interpretação de sinais e sintomas, estando relacionada com a autonomia e o equilíbrio pessoal e ambiental associado a vivências, como a melhoria da condição física, um sentido mais elevado de autoestima, autoconfiança, autoconceito e autocontrole, e maior paz de espírito (Ribeiro, 2012).

Por este motivo, o projeto está alicerçado na *Teoria do Conforto* de Katharine Kolcaba (1991, 1994, 1997, 2003, 2009), tendo como finalidade promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem do serviço de radioterapia à pessoa em risco ou com MO secundária ao tratamento de RT, promovendo o seu conforto durante o período de risco e de aparecimento deste efeito adverso. Surge, assim, a questão de investigação: **Que intervenções de enfermagem promovem o conforto do doente oncológico com mucosite oral secundária à radioterapia?**

Com vista a atingir esta finalidade foi planeado um estágio em três locais distintos, o primeiro dos quais num Hospital de Dia de Oncologia, o segundo num serviço de radioterapia de um hospital de referência na área da oncologia e o terceiro e último, no serviço de radioterapia onde desempenho funções.

O presente relatório está organizado em quatro capítulos. Inicia-se com o enquadramento conceptual, onde se abordam os três conceitos major do projeto, a saber, a pessoa com doença oncológica de cabeça e pescoço, as complicações do tratamento de radioterapia, com destaque para a mucosite oral, e por fim a intervenção de enfermagem para promover o conforto da pessoa com mucosite oral, enquadrada na teoria do conforto de Katharine Kolcaba. O segundo capítulo inicia-se com a discussão da metodologia adotada para a concretização das atividades desenvolvidas nos três locais de estágio, que também se descrevem, bem como a análise e o tratamento dos resultados das

mesmas que foram também alvo de reflexão, no sentido de demonstrar competências através da “capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”, bem como pelo “exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2010). O terceiro capítulo diz respeito à avaliação do projeto, analisando os pontos fortes e fracos, a fundamentação ética que lhe dá suporte e os contributos do mesmo para a melhoria dos cuidados de enfermagem. E, por último, surge a conclusão, onde é realizada uma síntese do percurso realizado e dos resultados obtidos e apresentadas as perspetivas futuras de continuidade do projeto.

Este relatório foi elaborado segundo o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2017) e redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa. Como modelo de citações e referências bibliográficas associadas foi utilizada a 6ª edição da norma da *American Psychological Association* (APA).

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

### **1.1. Breve contextualização da epidemiologia do cancro da cabeça e pescoço**

O cancro da cabeça e pescoço (CCP) agrega um conjunto heterogéneo de neoplasias<sup>3</sup> com origem nas mucosas de revestimento ou nas estruturas de suporte das vias aerodigestivas superiores e é o sexto tipo de cancro mais comum e um dos que apresenta pior taxa de sobrevivência (Estevão et al., 2016). Engloba tumores<sup>4</sup> localizados na cavidade nasal e seios peri-nasais, na faringe (nasofaringe, orofaringe e hipofaringe), na laringe, no lábio, cavidade oral e glândulas salivares, na tiróide e nas paratiroides (Estevão et al., 2016; Melo Filho, Pires, Junior; Bonan e Lima, 2010).

A nível mundial são diagnosticados cerca de 550 mil novos casos destes tumores por ano e o carcinoma epidermóide (tipo histológico mais frequente) é o responsável por cerca de 300 mil mortes (Estevão et al., 2016).

Em Portugal, de acordo com os últimos dados, a incidência de carcinoma da cabeça e pescoço foi de 52 novos casos por 100.000 na população masculina, por ano, e de oito novos casos por 100.000 na população feminina, com taxas de mortalidade de 20/100.000 e 3/100.000, respetivamente (SNS, 2018). Anualmente, há cerca de 3.000 novos casos da doença em Portugal, 85% dos quais em fumadores ou ex-fumadores, tendo por isso taxas de incidência e mortalidade das mais elevadas na Europa (SNS, 2018).

O CCP atinge principalmente pessoas com consumo, isolado ou associado, de álcool e de tabaco, sendo estes os dois principais fatores de risco do cancro da cavidade oral, laringe, orofaringe e hipofaringe. Contudo, existe um número crescente de casos associados a outros fatores de risco, como a infeção pelo vírus do papiloma humano (VPH), atualmente considerado um importante fator

---

<sup>3</sup> Neoplasia – outro termo para designar cancro (Roreno, 2010).

<sup>4</sup> Tumor – massa anormal, constituída pela divisão anómala de células (Roreno, 2010). No caso referenciado, o termo tumor corresponde à massa tumoral de cancro.

etiológico para os tumores localizados na orofaringe, principalmente em pessoas mais jovens (SNS, 2017; Estevão et al., 2016). A exposição ao pó de madeira, aos produtos utilizados na curtimenta de cabedais e ao níquel são fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de tumores localizados no nariz e nos seios peri-nasais, e a infecção pelo vírus Epstein-Barr está relacionada com os tumores localizados na nasofaringe (Estevão et al., 2016).

É sabido que o CCP afeta a área mais visível do corpo e impõe um sofrimento e desconforto físico, social e psicológico à pessoa e família, devido às alterações causadas em funções básicas, como a alimentação, a respiração ou o falar (Egestad, 2013; Paula, Sonobe, Nicolussi, Zago & Sawada, 2012). Contudo, estas alterações são agravadas pelos tratamentos associados, tais como a cirurgia, a quimioterapia e a radioterapia.

## **1.2. Toxicidade do tratamento de radioterapia: a mucosite oral**

A radioterapia (RT) é uma terapêutica importante no tratamento das neoplasias malignas, que pode ser usada de forma isolada ou associada a outros tipos de tratamentos, como a cirurgia e a quimioterapia (Denardi, 2008). Quando utilizada antes do tratamento definitivo – entenda-se cirúrgico -, é denominada neoadjuvante, e tem a função de diminuir o tamanho do tumor, para que a sua ressecção ofereça menores riscos de disseminação de células doentes, além de evitar cirurgias tão radicais e mutilantes (Bonassa e Gato, 2012). Quando aplicada após o tratamento primário, é chamada de radioterapia adjuvante e tem o objetivo de melhorar o controlo loco-regional da doença (Bonassa e Gato, 2012). De acordo com a Organização Mundial da Saúde mais de 60% dos tumores malignos têm indicação para a realização de RT em algum momento da sua evolução (Bonassa e Gato, 2012).

O agente terapêutico da RT é a radiação ionizante, ou seja, é a radiação que possui energia suficiente para remover um ou mais eletrões do átomo celular, tornando o meio onde incide eletricamente instável (Scaff, 1999). Como resultado deste processo, são vários os efeitos colaterais do tratamento de RT que afetarão a pessoa, estando relacionados, com o local irradiado, com a dose

total administrada, com o número total de sessões de radiação, e com a associação a outras terapêuticas oncológicas (Aziz & Ebenfelt, 2010; Palmela, 2010). Esses efeitos secundários podem ser ao nível das mucosas, ossos, glândulas salivares, dentes, vasos, nervos e músculos (Melo Filho et al., 2010).

Atualmente, o tratamento convencional para o CCP consiste numa dose total curativa de 50 a 70 Gy<sup>5</sup>, dividida em 5 dias por semana, durante 5 a 7 semanas, em que a dose diária corresponde a aproximadamente 2 Gy<sup>6</sup> (Jham e Freire, 2006). Este fracionamento incide sobre o tumor primário, margens de segurança e campos cervicais, nos casos em que há risco de metastização. Nos tratamentos adjuvantes, são aplicadas doses de 45 Gy no pré-operatório e 55 a 65 Gy no pós-operatório<sup>7</sup> (Jham & Freire, 2006; Pelisser, Rockenbach, Cherubini, Veeck & Figueiredo, 2008; Vidal & Revoredo, 2010).

Os danos da radiação nos tecidos normais<sup>8</sup> podem manifestar-se gradualmente. Lesões tecidulares que ocorrem até 3 meses depois da conclusão da RT são denominadas de efeitos agudos - uma dessas lesões é a Mucosite Oral, sendo aquelas que ocorrem depois destes meses ou mesmo anos são designadas por efeitos tardios<sup>9</sup> (Melo Filho et al., 2010; Cacceli et al., 2009).

---

<sup>5</sup> Gy – o gray é a unidade no Sistema Internacional de Unidades (SI) de dose absorvida. Representa a quantidade de energia de radiação ionizante absorvida (ou dose) por unidade de massa, ou seja, um joule de radiação absorvida por um quilograma de matéria (J/kg). É uma quantidade física e não tem em consideração qualquer contexto biológico (Thompson & Tailor, 2008).

<sup>6</sup> Existem várias modalidades de RT para o tratamento antineoplásico. Para o caso do CCP as mais utilizadas são a Radioterapia Conformacional Tridimensional (3D-CRT) e a Radioterapia de Intensidade Modelada (IMRT) (Aziz & Ebenfelt, 2010).

<sup>7</sup> Num estudo retrospectivo, Ghosh, Tallari e Malviya (2016) realizaram uma comparação entre as técnicas de 3D-CRT e de IMRT, e concluíram que esta última tem um papel fundamental na gestão do CCP e na redução da toxicidade induzida por radiação. Este facto é devido às características desta modalidade terapêutica, ao permitir dividir o feixe de radiação em níveis de intensidade diferentes (Brady, Heilann, Molls & Nierder., 2008). O feixe colimado é modelado de acordo com a forma do tumor, permitindo que este tratamento alcance um elevado grau de precisão, permitindo limitar ainda mais, quando comparada com a 3D-CRT, a quantidade de radiação recebida pelos tecidos sãos, protegendo desta forma estruturas nobres, como são, por exemplo, a espinhal medula, o tronco cerebral, as parótidas e os olhos (Ghosh, Tallari e Malviya (2016).

<sup>8</sup> No tratamento de RT no CCP é necessária uma boa cobertura de todo o volume tumoral com a dose mínima prescrita, sendo também necessário, em muitos casos, tratar tanto a loca tumoral/tumor como as áreas ganglionares de risco, para além da necessidade do uso de margens mais estreitas com o intuito de reduzir os efeitos colaterais (de Boer e Heijmen, 2001; Hurkmans, Remeijer, Lebesque e Mijnheer, 2001; Ahn & Ahn, 2009).

<sup>9</sup> Os efeitos tardios englobam a xerostomia, cárie de radiação, disgeusia e osteorradionecrose (Melo Filho et al., 2010; Cacceli et al., 2009).

Vários autores (Volpato, Silva, Oliveira, Sakai e Machado, 2007; Scardina et al., 2010; Lopes et al., 2016) definem MO como uma irritação ou inflamação e ulceração da mucosa da cavidade oral, com a formação de uma pseudomembrana.

O dogma de que a mucosite é apenas um processo epitelial foi alterado. A fisiopatologia da MO é consensualmente caracterizada por uma cascata de eventos biológicos, progressivos, numa interação dinâmica e contínua, podendo dividir-se em cinco fases (Sonis, 2004; Sonis, 2010; Albuquerque, Soares & Silva, 2010): **iniciação**, primeira fase do processo e ocorre imediatamente após a exposição da mucosa à RT ou QT, e nesta fase a mucosa apresenta-se normal; **regulação e criação de mensagem**, nesta fase aumenta a ocorrência da apoptose celular, o que leva a uma mucosa mais fina, eritematosa e dolorosa; **sinalização e amplificação**, em que são gerados mecanismos de retroação que amplificam o processo iniciado pela QT e RT, levando ao aparecimento da fase seguinte; **ulceração**, decorrente das fases anteriores, as consequências são a amplificação adicional de citocinas, inflamação, dor e, em doentes neutropênicos, o aumento do risco de sépsis; **cicatrização**, a cura advém da renovação do epitélio e do restabelecimento da microflora oral. Estes eventos iniciados pela lesão das células submucosas da boca, conduzem a danos extensivos das células e tecidos subjacentes, podendo este evoluir para uma fase ulcerativa mais severa, onde a barreira da mucosa é quebrada, o que coloca o doente num risco aumentado de infeções na boca (EONS, 2005).

No sentido de uma observação sistemática da cavidade oral, torna-se necessário usar um instrumento válido e fiável que forneça informações importantes para orientar as intervenções de enfermagem. A literatura apoia a necessidade de seleccionar o instrumento de classificação de modo a: observar as mudanças na boca com MO, em comparação com a boca normal, ajudar na identificação da MO e permitir a avaliação da efetividade das intervenções que foram utilizadas no tratamento da MO (Eilers & Million, 2011).

Neste sentido, avaliar a presença, intensidade e gravidade da MO na pessoa submetida a RT é fundamental para uma atuação mais eficaz e efetiva da prevenção e controlo sintomático e na promoção do seu conforto.

Existem várias escalas de avaliação de toxicidade oral, sendo as mais usadas (Apêndice I):

- Escala de toxicidade oral da World Health Organisation (WHO, 1979)
- Escala de Toxicidade do National Cancer Institute (NCI-CTCAE), versão 4.03 (National Cancer Institute, 2010).
- Oral Assessment Guide (OAG) (Quinn et al., 2015)
- Escala de Toxicidade do Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) (Cox, 1995)

Estas escalas foram criadas para descrever esta toxicidade em pessoas a realizar tratamento de QT e RT, integrando sinais objetivos, subjetivos e funcionais da MO, pelo que a literatura recomenda que todos os elementos da equipa que cuidam da pessoa com MO utilizem a mesma escala (Quinn et al., 2015a; AEOP, 2017). Genericamente a MO pode ser classificada em quatro graus, em que o Grau 1 refere-se a eritema, o grau 2 ao aparecimento de placas brancas descamativas, o grau 3 a crostas epiteliais e exsudado fibrinoso e o grau 4 a ulceração da mucosa com a formação de pseudomembranas. Contudo nenhuma das escalas referidas se encontra traduzida e validada para a população portuguesa, apenas existindo traduções livres de alguns autores, o que não nos dá uma fiabilidade total na escala a usar.

Após a fase de cicatrização a mucosa apresenta-se normal, contudo, apesar desta aparência, a mucosa está significativamente alterada. A pessoa apresenta, no futuro, um maior risco de desenvolver mucosite e de complicações decorrentes do tratamento antineoplásico (Sonis, 2004; Sonis, 2010; Albuquerque, Soares & Silva, 2010).

A MO é um dos primeiros efeitos secundários da RT em pessoas com CCP, manifestando-se depois das primeiras duas semanas de tratamento (depois de dose acumulada de 20 Gy de radiação), podendo desaparecer lentamente entre duas a três semanas após o seu término, e a sua prevalência é de 80% a 100% dos doentes submetidos a RT (Stokman, Spijkervet, Boezen, Schouten & Roodenburg, 2006; Rosenthal & Trotti, 2009; Kartin, Tasci, Soyuer & Elmali, 2014). Quando grave pode comprometer o tratamento antineoplásico planeado, conduzindo à sua interrupção parcial ou completa, aumentando,

assim, o risco de proliferação das células tumorais, o que tem impacto no controlo da doença e na sobrevivência do doente (Melo Filho et al., 2010; Albuquerque et al., 2010; Palmela, 2010).

A MO é causada por danos celulares diretos secundários à RT e comprometem a alimentação devido à disfagia e odinofagia, provocando desidratação, anorexia, perda de peso e mesmo caquexia (EONS, 2005; Eilers & Million, 2011; Oliveira et al., 2014; Lopes et al., 2016). Influenciam também a higiene oral e a comunicação, o que resulta em isolamento social e risco de depressão e distúrbios no sono (Cacelli et al., 2009; Filho et al., 2010; Oliveira et al., 2014; Araújo, et al., 2015). Estes acontecimentos aumentam o risco de desenvolver infeção e interferem no conforto, influenciando o bem-estar geral da pessoa (Cullen, Baumler, Farrington, Dawson, Folkmann & Brenner, 2018).

A incidência da MO é muito variável e está dependente dos fatores de risco. Estes têm sido identificados como tendo potencial de influenciar o aparecimento, a duração e a intensidade da MO e são classificados em duas categorias: os relacionados com o tratamento e os relacionados com o doente (Gondim et al., 2010; Eilers & Million, 2011; Eilers et al., 2014). A modalidade, intensidade e o plano de tratamento, bem como a combinação terapêutica de quimio-radioterapia<sup>10</sup> torna a MO mais severa (Peterson et al., 2015; Franco et al., 2017). Por outro lado, a pessoa precisa ser avaliada em relação a outros fatores de risco que podem aumentar a probabilidade de desenvolver MO durante o tratamento, incluindo: estado nutricional deficiente; problemas dentários e lesões orais pré-existentes; hábitos de higiene orais precários; história do consumo de álcool e/ou tabaco; terapêutica de suporte que provoque xerostomia (opiáceos, diuréticos, sedativos, oxigenoterapia); fatores genéticos relacionados com alterações da mucosa, entre outras comorbilidades (Quinn et al., 2015a; Peterson et al., 2015; Franco et al., 2017) (Apêndice II).

De acordo com os fatores de risco, Quinn et al. (2015a) e Quinn et al. (2015b) propõem uma classificação de três níveis de risco de desenvolver MO: baixo risco, médio risco e alto risco:

---

<sup>10</sup> Os antineoplásicos com maior risco de provocar MO são os antimetabolitos (nomeadamente o 5-FU e os derivados da platina), os agentes alquilantes e anti-corpos monoclonais (nomeadamente o cetuximab) (Araújo et al., 2015; Oliveira et al., 2014)

- **Baixo Risco:** pessoas sem antecedentes de problemas orais; pessoas sem antecedentes de mucosite oral; o tratamento antineoplásico não provoca complicações orais moderadas ou graves.
- **Risco Moderado:** pessoas com antecedentes de problemas orais; pessoas com antecedentes de mucosite oral, grau 2; o tratamento provoca mucosite oral (RT de cabeça e pescoço com dose de 40-60 Gy); terapêutica habitual que pode provocar xerostomia.
- **Risco Elevado:** pessoas com antecedentes de problemas orais moderados a graves; tratamento de QT de alta dose<sup>11</sup>; tratamento de RT de cabeça e pescoço (>60 Gy) com ou sem QT.

### 1.3 Intervenção de enfermagem para a promoção do conforto

O enfermeiro, elemento essencial da equipa multidisciplinar, desempenha, ao longo do tratamento, um papel fundamental de suporte e orientação da pessoa na tomada de decisão (Cullen et al., 2018). Desta forma, o conhecimento acerca da MO e das estratégias de prevenção e gestão da mesma são essenciais na intervenção de enfermagem, no sentido de uma atuação alinhada com as necessidades da pessoa, minimizando a severidade da MO, contribuindo neste sentido para a promoção do seu conforto (Gondim et al, 2010; Eilers & Million, 2011; Eilers et al., 2014; Araújo et al., 2015; Cullen et al., 2018), até porque se conhece que as pessoas com CCP que estiveram sob tratamento de RT, com ou sem QT concomitante, identificam a MO como o efeito secundário que provoca maior angústia e desconforto (Eilers & Millions, 2011).

A atenção ao desconforto, como forma de compreender o conforto e as suas diferentes intervenções utilizadas pelos enfermeiros para o alívio do sofrimento das pessoas vai ao encontro da missão de enfermagem. A prática de enfermagem esteve, desde tempos longínquos, ligada à noção de conforto<sup>12</sup>,

---

<sup>11</sup> QT de alta dose é aquela que destrói a medula da pessoa e as células malignas. Pode ser administrada de 1 a 7 dias e serem utilizados 1 ou mais citostáticos. Estas altas doses podem provocar complicações, tais como: alopecia, mucosite oral, cistite hemorrágica, entre outros (Airley, 2009).

<sup>12</sup> O termo conforto é um derivado regressivo de confortar, que significa auxílio, apoio numa aflição, numa situação de dor, de infelicidade; ato ou efeito de confortar; ajuda, consolação,

pois, enquanto profissão que procura responder às necessidades de saúde das pessoas, a Enfermagem integra-se como resposta de cuidados de conforto, sendo este um conceito central da disciplina (Apóstolo, 2009). Neste sentido, o conforto pode ser considerado um último estado de saúde e assim ser reconhecido como um objetivo da Enfermagem (Morse, Bottorff & Hutchinson, 1995).

Portanto, a intervenção de confortar inicia-se com a admissão da pessoa e sedimenta-se na continuidade das ações de cuidar, constituindo uma experiência de presença e conhecimento mútuo (Oliveira, 2010). Nesta experiência reside uma das condições necessárias para a construção da relação terapêutica e de confiança no binário enfermeiro – doente, em que a intervenção do primeiro é a ação de confortar e o conforto do segundo é o resultado dessa intervenção. O enfermeiro identifica as necessidades de conforto e concebe medidas de conforto, ao mesmo tempo que avalia a satisfação de conforto<sup>13</sup> proporcionada por cada intervenção praticada.

Tendo em conta com o até aqui exposto, pode-se considerar que, para promover o conforto da pessoa com risco de MO, a intervenção de enfermagem baseia-se em três pilares, sendo eles a avaliação, a prevenção/educação e a gestão.

A **avaliação** da pessoa é o primeiro pilar na intervenção de enfermagem e passa pela identificação dos fatores de risco da pessoa e do tratamento, avaliação da cavidade oral, realizando a observação da mesma, identificando as práticas de cuidados orais, a capacidade de realizar o cuidado oral e de compreensão sobre a importância dos cuidados orais durante o tratamento antineoplásico, e avaliação nutricional. (Eilers & Million, 2011). Assim, a avaliação tem como objetivo determinar o grau de risco que a pessoa tem para

---

consolo (Dicionário da língua portuguesa contemporânea, 2001). Etimologicamente o conforto origina do latim *confortare*, que significa reconstituir as forças físicas, tornar forte, fortalecer, revigorar, certificar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar, podendo assumir o significado do ato de confortar-se a si próprio e de confortar o outro (Rosa, Mercês, Santos e Radünz, 2008).

<sup>13</sup> Kolcaba propõe vários instrumentos que possibilitam a avaliação do conforto em diferentes contextos: *visual discomfort scale questionnaire*, *general comfort questionnaire*, *shortened general comfort questionnaire*, *comfort behaviors checklist*, *radiation therapy comfort questionnaire*, *healing touch comfort questionnaire*, *advance directies comfort questionnaire*, entre outros (Kolcaba, 2010)

desenvolver a MO, para assim instituir medidas preventivas (segundo pilar da intervenção de enfermagem).

Para uma observação eficaz da cavidade oral é necessário usar uma fonte de luz adequada, espátula depressora de língua, luvas não esterilizadas, compressa seca e um espelho de boca. Na observação deve-se ter em atenção os seguintes aspetos (Quinn, 2015a; Cancer Care Ontario, 2012):

- ✓ Cor: presença de palidez ou eritema, manchas brancas anormais, áreas descoloradas.
- ✓ Humidade – textura alterada, brilho, diminuição da quantidade de saliva, aumento da espessura da saliva, vestígios de sangue.
- ✓ Higiene oral – presença de acumulação de detritos ou revestimento, descoloração dos dentes, mau cheiro.
- ✓ Integridade da mucosa - presença de anormalidades da mucosa (por exemplo, cortes, fissuras, úlceras ou bolhas).
- ✓ Perceção - capacidade de engolir, alterações no tom de voz e fala.

O enfermeiro deve encaminhar a pessoa para o seu oncologista caso detete alterações na cavidade oral, para referência para dentista (antes do início do tratamento de RT), para avaliação e tratamento estomatológico e eliminação de fontes de trauma, como próteses dentárias mal ajustadas (Quinn, 2015a; AEOP, 2017). Também é recomendado que doentes com hábitos alcoólicos e tabágicos devam ser encaminhados para consulta de especialidade de cessação, para que, gradualmente, reduzam ou eliminem o seu uso (Quinn, 2015a; Quinn et al., 2015b).

Uma boa nutrição é vital para ajudar a prevenir uma infeção, mantendo a integridade da mucosa oral, melhorar a cicatrização do tecido da mucosa ou reduzir a exacerbação de uma MO existente. Há autores que referem que o estado nutricional da pessoa tem impacto no risco de desenvolver MO (Bensinger, 2008), sendo a probabilidade de ocorrer MO tanto maior quanto maior o grau de desnutrição (Gutierrez, 2009). Assim, é importante uma avaliação nutricional e um plano de educação individualizado da melhor alimentação a fazer, de acordo com os valores e gostos da pessoa. Deve-se

avaliar igualmente os problemas que podem afetar a nutrição como a perda de apetite, disgeusia<sup>14</sup> e disfagia.

A “MUST” é uma ferramenta de rastreio que ajuda a identificar adultos com baixo peso e que, por isso, estão em risco de sofrer de malnutrição<sup>15</sup> (Anexo I). É um instrumento simples, utilizado no primeiro contacto com a pessoa para que possam ser implementadas linhas de orientação claras e um aconselhamento nutricional apropriado. Assim, é importante a integração da avaliação nutricional com uma abordagem ao estilo da pessoa, que deve incluir os hábitos alimentares, a dieta, a atividade física, de forma a melhor direcionar a intervenção nutricional e otimizar todas a intervenção de enfermagem (Rolão et al., 2011). A “MUST” pode ser aplicada regularmente, em consultas de enfermagem subsequentes, uma vez que com o aparecimento da MO os problemas nutricionais da pessoa podem alterar-se.

A **prevenção/educação** é o segundo pilar da intervenção de enfermagem e baseia-se no grau de risco identificado na fase da avaliação. Assim a intervenção do enfermeiro intensifica-se à medida que o grau de risco aumenta. As medidas preventivas passam por uma boa e eficaz higiene oral, utilização de bochechos adequados e alimentação ajustada.

As *guidelines* internacionais (Junior et al., 2011; Quinn, 2015a; Peterson et al., 2015) referem o cuidado com a cavidade oral como a medida de eleição na prevenção da MO, adotando práticas de cuidados orais antes do início dos tratamentos antineoplásicos e devem ser encorajados a manter essas práticas ao longo dos mesmos. Como cuidados orais básicos é recomendado pela literatura (Quinn, 2015a; Peterson et al., 2015; BC Cancer Agency, s.d.) uma auto-vigilância diária da mucosa oral, de forma a detetar precocemente qualquer alteração, bem como uma higiene oral cuidada, que consiste na lavagem e escovagem de toda a boca (mucosa, dentes, língua e palato) durante 90

---

<sup>14</sup> Disgeusia significa distorção ou diminuição do paladar. Os problemas vão desde paladar distorcido a uma completa perda de paladar. O sintoma mais comum é a sensação de paladar alterado ou sentido de gosto metalizado. Em casos mais raros ocorre a completa perda do sentido do gosto (Bonassa, 2000).

<sup>15</sup> Malnutrição é um estado de nutrição em que existe uma deficiência ou um excesso (ou um desequilíbrio) de energia, proteína e outros nutrientes, que provoca efeitos adversos mensuráveis na condição e no funcionamento tecidual/corporal (forma, dimensão e composição anatómicas) e no resultado clínico (Todorovic, Russell & Elia, 2011).

segundos, pelo menos 4 vezes por dia (após as refeições e antes de dormir), com o uso de escova de dentes de ponta arredondada, cerdas suaves e pasta de dentes com flúor (Eilers & Million, 2011; Araújo et al., 2015; Cullen et al., 2018). Esta abordagem pode contribuir para a prevenção da MO e redução da dor e do comprometimento nutricional, bem como de outros resultados adversos relacionados com a mesma.

A recomendação para o uso de soluções de bochechos é contraditória na literatura. Por um lado, a efetividade das soluções salinas ou de bicarbonato de sódio na prevenção da MO não se encontra bem estabelecida, uma vez que existem estudos com resultados inconclusivos (De Sanctis et al., 2016). Por outro lado, as *guidelines* oficiais consideram importante o uso de soluções sem álcool para bochechar, pois contribuem para a manutenção da boa higiene oral, estimulação da produção de saliva e manutenção da hidratação (De Sanctis et al., 2016; Quinn, 2015a; Quinn et al., 2015b; Peterson et al., 2015). Destas, destaca-se a solução supersaturada de fosfato de cálcio a ser utilizada desde o 1º dia de RT (BC Cancer, s.d.; Harris et al., 2008; Quinn, 2015a; Quinn et al., 2015b).

Com vista a uniformizar toda a informação acerca dos cuidados orais é importante utilizar um instrumento educativo escrito que dê suporte à educação prestada pelo enfermeiro, pois ajuda a pessoa a assimilar e compreender toda a informação que lhe é transmitida (Mata, 2013; Quinn, 2015a). Por forma a alcançar um nível de conforto de tranquilidade, através da segurança de ter um material impresso que possa levar para casa, pode facilitar a aprendizagem da pessoa, a memória e a solidificar os conhecimentos adquiridos (Echer, 2005), sendo um meio que tem ao seu dispor para esclarecer dúvidas, dando-lhe conforto e apoio.

Quanto à alimentação, existem alguns alimentos que podem irritar ou agredir a mucosa e assim aumentar o risco de desenvolvimento da MO (Quinn et al., 2015b). Por este motivo deve-se educar a pessoa a evitar alimentos ácidos, picantes ou muito salgados, ásperos e secos; aumentar a ingestão de líquidos (pelo menos 1.5 L por dia), bem como o teor de líquido dos alimentos, adicionando molhos não picantes ou caldos; optar por alimentos moles e

pastosos, como batidos e cremes e ingerir alimentos à temperatura ambiente ou mornos (BC Cancer Agency, 2012; Quinn et al., 2015b).

Estes são aspetos do programa de educação que o enfermeiro deve desenvolver com a pessoa, discutindo especificidades, pois o enfermeiro só consegue proporcionar conforto à pessoa através do conhecimento dos seus hábitos e rotinas para que possa entender as suas necessidades de conforto e, assim, torná-lo parceiro nos cuidados (Malinowski e Stamler, 2002).

A **gestão** é o terceiro pilar da intervenção de enfermagem e baseia-se no grau de MO apresentado pela pessoa. Assim, de acordo com o grau de MO, os cuidados de enfermagem são ajustados, tendo em consideração a adequação dos cuidados orais, a adaptação alimentar e a gestão medicamentosa. Os resultados sensíveis aos cuidados passam pela promoção da educação de cuidados orais, o controlo da dor, o controlo da xerostomia, a manutenção da integridade da mucosa, cuidados com alimentação e promoção do conforto.

Assim, é importante educar e incentivar a pessoa no sentido de manter os cuidados orais ao longo do tratamento de RT, aumentando a sua frequência à medida que a MO se torna mais severa. A modificação da dieta é parte integrante na gestão da MO, sendo necessário adequar a consistência dos alimentos à tolerância da pessoa, incentivando a ingestão de alimentos calóricos e hiperproteicos (Mallick, Benson e Rath, 2016), mas cada vez mais moles para melhorar o conforto.

A gestão e controlo da dor é particularmente importante na medida em que a dor afeta a higiene oral das pessoas, e conseqüentemente, a propensão para infeções, a alimentação e ainda compromete a adesão a terapêuticas orais, sendo o sintoma referido pelos doentes que causa maior desconforto (Eilers & Million, 2011). A avaliação da dor permite uma correta atuação perante a mesma e o alívio mais eficaz desta, reduzindo o desconforto e minimizando a angústia da pessoa com dor. Existe diversos instrumentos para avaliação da dor, entre eles os unidimensionais quantitativos, como a escala visual analógica, numérica ou verbal simples. Deste modo, a dor causada pela MO deve ser considerada uma dor aguda e abordada por etapas, começando o seu controlo com

aplicações tópicas locais e aumentar conforme necessário, utilizando a escada analgésica da OMS (Palmela, 2010).

As *guidelines* (Palmela, 2010; Lalla et al., 2014) também recomendam o uso de laser de baixa intensidade na presença dos primeiros sinais e sintomas de MO, mas embora a maioria dos estudos demonstrem um benefício no seu uso, a qualidade variável dos mesmos e a ampla variação nos parâmetros do laser utilizados complicam a avaliação da evidência (Lalla et al., 2014).

Foram realizados vários estudos com produtos naturais para reduzir a MO induzida por RT. De acordo com Aghamohammadi & Hosseinimehr (2016) os produtos naturais que têm um efeito significativo na redução da MO são o mel, a *matricaria recutita*, o aloé vera, a *calêndula officinalis* e a *glycyrrhiza glabra*, usados em forma de bochechos (aplicação tópica) e, no caso do mel, na sua ingestão. Contudo ainda não existe um consenso acerca do seu uso, pelo que são necessários mais estudos que estabeleçam os efeitos benéficos destes produtos (De Sanctis et al., 2016).

Concluindo, à medida que a MO se vai manifestando, e com ela todas as alterações mencionadas anteriormente, as atividades que promovem conforto são intensificadas e a pessoa é preparada para desenvolver comportamentos de procura de saúde que podem ser internos e externos (Kolcaba, 2003). No sentido da pessoa se sentir com conforto, o enfermeiro intervém, por um lado transmitindo segurança e empatia e, por outro, criando um ambiente externo favorável ao seu desenvolvimento, ou seja, um ambiente caloroso, atencioso, amoroso, que propicie a transcendência, o alívio e a tranquilidade (Rosa et al., 2008). Todavia, o conforto também nasce de um ambiente interno, que depende de cada pessoa e pode ser resultante do cuidado que favorece a ocorrência da integração, liberdade, melhora da sua condição de doença, segurança, proteção e comodidade (Rosa et al., 2008).

O conforto é assim “muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos” (Kolcaba, 2009, p. 254). É definido como um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 1991; 1994; 2003). Sendo o alívio, o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para

que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade, é o estado de calma, sossego ou satisfação necessários para um desempenho eficiente; e a transcendência (também chamado de renovação), é o estado no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planejar, controlar o seu destino e superar/resolver os seus problemas (Kolcaba, 1997; Kolcaba, 2003).

Esta multidimensionalidade do conforto acarreta ao enfermeiro a responsabilidade de compreender, não só o conforto em si, como também que conheça a complexidade do cuidar, a si próprio e ao outro, para que possa, assim, entender as necessidades do outro e de si mesmo. Viver com conforto não significa estar confortável em todos os aspetos da vida (e da doença) ao mesmo tempo, mas sim a capacidade de manter ou restaurar o bem-estar subjetivo, dentro das suas possibilidades, no equilíbrio entre as suas limitações e potencialidades (Rosa et al., 2008).

## **2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS**

Este capítulo, que se inicia com a apresentação da metodologia utilizada, destina-se à descrição e análise crítica das atividades realizadas durante o estágio aliada à reflexão de como a experiência vivenciada por essas atividades contribuiu para a aprendizagem e o desenvolvimento das competências de enfermeira especialista e de mestre.

### **2.1. Metodologia**

Este trabalho baseou-se na metodologia de projeto uma vez que procurei interligar a teoria à prática, visando a indução de mudanças num contexto real, com o objetivo de implementar estratégias e intervenções eficazes para resolver o problema identificado (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Esta metodologia é promotora de uma prática baseada na evidência científica, pois assenta na pesquisa, análise e na resolução de problemas reais (Ruivo et al., 2010). Nela, o estudante é o ator principal, pois é ele que delimita o problema e seleciona os métodos de trabalho, ao passo que o professor/orientador acompanha o processo, avalia os resultados e orienta no sentido da melhoria do trabalho (Ruivo et al., 2010).

Para desenvolver este projeto com intervenção, foi realizado um diagnóstico de situação, em que se identificaram como problemas: a falta de sistematização da intervenção de enfermagem na pessoa com risco de MO a realizar RT, no âmbito da avaliação, prevenção e gestão da MO, e ausência de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionados com a MO. Sobretudo com a população com CCP a fazer este tratamento por ser a que tem maior risco de desenvolver este efeito adverso.

Seguidamente foi feita uma pesquisa bibliográfica seguindo uma metodologia das revisões *scoping* que permitiu elaborar o planeamento, onde após se terem definido os objetivos, decidiram-se as atividades a realizar para, posteriormente, serem executadas, avaliadas e divulgadas, objetivo que este

relatório cumpre. Este planeamento pode ser consultado em apêndice (Apêndice III).

Para desenvolver as competências, o que ocorre numa prática refletida e analisada, foi delineado um estágio de 18 semanas, entre setembro de 2017 e fevereiro de 2018, de cerca de 450 horas. Os locais foram escolhidos por intervirem junto da população com doença oncológica de cabeça e pescoço em tratamento curativo de RT em ambulatório, com ou sem QT concomitante. Assim, o primeiro local foi um HDO de um serviço de Hemato-Oncologia (Grupo II da classificação hospitalar), o segundo decorreu num serviço de Radioterapia de um hospital da especialidade de referência (Grupo IV-a da classificação hospitalar) e o terceiro, e último, no serviço onde será implementado este projeto (Grupo I da classificação hospitalar) (Ministério da Saúde, 2014) e que corresponde ao local onde exerço funções.

A pesquisa bibliográfica foi feita com recurso a motores de busca, plataformas de pesquisa de escolas/universidades, com a metodologia das revisões *scoping* da JBI (Apêndice IV) a partir da questão: Quais as intervenções de enfermagem na pessoa com cancro da cabeça e pescoço com risco de mucosite oral induzida por radioterapia? Esta metodologia de pesquisa pretendeu encontrar documentos publicados. Recorrendo à plataforma agregadora de bases de dados EBSCO, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE por forma a extrair as palavras em linguagem natural que aludiam aos critérios de inclusão. Tendo em conta o grau de relevância no título e resumo de cada documento, foram identificados como palavras-chave ou termos de pesquisa: “mucositis”, “radiotherapy”, “oncology” e “nurse”. Relativamente aos documentos publicados, no que diz respeito à pesquisa efetuada na base de dados CINAHL, recorreu-se ao CINAHL *Headings* para encontrar os termos indexados a cada palavra-chave. Utilizando as expressões booleanas OR e AND foram encontrados 62 estudos. Aplicando como limitadores da pesquisa o intervalo temporal entre 2010-2018 e a idade dos participantes (igual ou superior a 18 anos), resultaram 9 estudos. Pela leitura do título e do resumo dos 9 estudos encontrados, 4 reuniam os critérios de inclusão e integraram a revisão.

A pesquisa realizada na base de dados MEDLINE seguiu o mesmo procedimento metodológico, sendo encontrados 35 estudos, dos quais resultaram 4 estudos. Pela leitura do título e do resumo, e excluindo 2 estudos repetidos, 2 resultados cumpriram os critérios de inclusão e integraram a revisão.

A etapa seguinte refere-se à execução, onde o projeto é concretizado (Ruivo et al., 2010). Houve necessidade de ajustar o projeto inicialmente planeado, no sentido de ir ao encontro das necessidades de aprendizagem sentidas em cada local de estágio. Optou-se primeiramente por observar os contextos, procedimentos e dinâmicas das equipas de enfermagem, e, depois por colaborar com os enfermeiros orientadores e restante equipa de enfermagem nos cuidados ao doente, nomeadamente ao doente com CCP com risco ou com MO. Também fizeram parte conversas com estes doentes. Destas reflexões, associadas à evidência encontrada na revisão da literatura emergiu a estratégia de acompanhamento dos doentes com CCP em tratamento de RT em três momentos de consulta de enfermagem:

- o primeiro momento, entre o 1º dia e o 3º dia de RT, em que é aplicado o Guião I + escala MUST + escala EN + escala visual do desconforto, seguido do “Programa Educativo de Cuidado Oral”, “Programa Educativo de Prevenção da MO” e entregue o Folheto Informativo “Mucosite Oral – Recomendações para o doente e cuidador”;
- o segundo momento, entre o 10º dia e o 12º dia de RT, em que é aplicado o Guião II + escala MUST+ escala EN + escala visual do desconforto e, se presença de MO é avaliado grau de toxicidade com escala RTOG e feito reforço do “Programa Educativo de Cuidado Oral” e é aplicado o “Programa Educativo de Gestão da MO”;
- o terceiro momento, entre o 20º dia e o 22º dia de RT, onde é aplicado o Guião II + escala MUST+ escala EN + escala visual do desconforto e, se presença de MO é avaliado grau de toxicidade com escala RTOG e feito reforço do “Programa Educativo de Cuidado Oral” e do “Programa Educativo de Gestão da MO”.

Os documentos referidos vão ser apresentados e explicados na análise das atividades que se segue.

No último local de estágio foi possível realizar um estudo descritivo, autorizado pela Comissão de Ética da instituição, com os objetivos de identificar a prevalência da MO em doentes de CCP em tratamento de RT em ambulatório, com ou sem QT concomitante, e de identificar as intervenções que promovem o conforto a estes doentes, possibilitando a aplicação dos documentos entretanto elaborados.

A avaliação é o momento onde se questiona o trabalho desenvolvido, sendo um processo complexo, envolvendo a observação de várias áreas de análise e reflexão (Ruivo et al., 2010). Assim, os resultados obtidos foram analisados e discutidos de forma reflexiva apoiados pela evidência científica, promovendo a avaliação dos ganhos de conhecimentos e de competências de EE e de mestre.

## **2.2. Descrição das atividades planeadas por campo de estágio**

Este espaço do presente relatório está destinado à descrição e análise crítica das atividades planeadas, que se foram associando às competências atingidas de EE e de mestre.

### **2.2.1. Num hospital de dia de oncologia de um serviço de hemato-oncologia**

O primeiro contexto de estágio decorreu de 25 de setembro a 3 de novembro de 2017 e a sua escolha prendeu-se com o fato de ser constituído por uma equipa de enfermagem especialista e perita na área da oncologia, composta por 18 enfermeiros. Embora a população alvo do projeto sejam doentes oncológicos de CCP em tratamento de RT curativa, tornou-se importante passar pela experiência de HDO, pois grande número destes doentes estão sob tratamento concomitante de RT e QT. Foi delineado como objetivo geral *melhorar a intervenção de enfermagem sobre as estratégias de avaliação, prevenção e gestão da pessoa com doença oncológica com risco ou com MO em contexto de HDO* (Apêndice III).

Como primeiro objetivo específico delineou-se integrar, de modo progressivo, a equipa de saúde do serviço, respeitando o seu funcionamento. Para atingir este objetivo fiz, como primeira atividade, uma reunião com a

enfermeira chefe e o enfermeiro orientador (enfermeiro especialista), no sentido de apresentar, de forma informal, o projeto e o plano de atividades elaborado, expondo a sua importância na intervenção de enfermagem à pessoa com CCP com risco de MO.

Nesta reunião concluiu-se que, no período de tempo do estágio, a casuística de pessoas com CCP a realizar QT seria imprevisível (na data da reunião apenas existia 1 pessoa com CCP em tratamento), assim decidiu-se optar pelo acompanhamento de doentes oncológicos com outros diagnósticos e sob tratamento antineoplásico que tivesse como efeito secundário a MO.

Foi-me apresentado o serviço com uma visita guiada, que tem como missão prestar cuidados na área da Oncologia a todas as pessoas com esta patologia, pautando-se pelo que são consideradas as boas práticas atuais com o intuito permanente da excelência de cuidados, funcionando de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 20:00. Está inserido no serviço de internamento de hemato-oncologia, localizando-se à entrada do mesmo, sendo separados por uma porta. É constituído por 2 salas, uma com uma bancada de trabalho e 6 cadeirões para administração da terapêutica antineoplásica, e outra de apoio onde estão 2 camas, 1 wc e uma pequena secretária. Não existe gabinete de uso exclusivo às consultas de enfermagem (CE), pelo que o enfermeiro realiza-a num dos gabinetes médicos livre, partilhados pelos serviços de hemato-oncologia, HDO, pneumologia e consulta da dor. Quando não existe nenhum gabinete livre, as CE subsequentes são realizadas com o doente a realizar tratamento antineoplásico, sentado no cadeirão, o que limita a abordagem ao doente, em que a privacidade e a intimidade podem não ser respeitadas. Sabe-se que o ambiente hospitalar pode ser hostil à natureza humana, potenciando a fragilidade física e a vulnerabilidade do doente (Pupulim & Sawada, 2010). Desde há muitos anos que o respeito pela privacidade e confidencialidade do doente é tida como uma obrigação dos profissionais de saúde (Lin & Lin, 2011). Em Portugal, esta obrigatoriedade está explícita no código deontológico dos enfermeiros, nomeadamente nos artigos 106º que reporta ao Dever de Sigilo e no artigo 107º que incide no Respeito pela Intimidade (Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Desta forma, considero que deveria existir um gabinete destinado à

consulta de enfermagem, no sentido de preservar, não só a privacidade e intimidade do doente, como também promover o sigilo do mesmo, uma vez que o sigilo é simultaneamente um direito do doente e um dever do enfermeiro (Villas-Bôas, 2015).

Apesar destas limitações físicas, todos os doentes têm um acompanhamento de enfermagem organizado com uma consulta de acolhimento (1ª vez) e várias subsequentes, nos dias de tratamento.

Outra atividade realizada foi a consulta de normas, protocolos e material de apoio ao serviço e relacionado com a intervenção na pessoa com risco ou com MO, nomeadamente “Acolhimento do doente e familiar/acompanhante em hospital de dia”, “Prevenção de complicações decorrentes da quimioterapia”, “Avaliação e tratamento da mucosite oral”, “Atividades de enfermagem – funcionamento do hospital de dia”, “Operacionalização do módulo informático de hospital de dia”, “Guia do registo Cipe/Sape” e o folheto informativo para o doente “Para compreender melhor os seus tratamentos de quimioterapia. A consulta destes documentos facilitou a minha compreensão da organização e funcionamento do serviço. Além disso possibilitou a identificação de algumas lacunas em alguns deles, nomeadamente na norma “Avaliação e tratamento da mucosite oral”, em que não se encontra descrita a forma como deve ser realizada a avaliação da pessoa com risco de MO e qual a intervenção de enfermagem na prevenção da mesma. Nesse sentido foi elaborado um documento de apoio à prática, com base na evidência científica mais recente nesta área, intitulado “Programa Educativo de Prevenção da MO” (Apêndice V), que incorpora informação acerca das medidas preventivas correspondentes ao grau de risco que a pessoa tem de desenvolver MO e que pode ser incorporado na norma do serviço.

Assim, ao atingir o primeiro objetivo específico desenvolvi competências comuns de EE (OE, 2010) no âmbito do domínio da qualidade, ao ter incorporado diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática.

Para atingir o segundo objetivo específico, prestar cuidados à pessoa em regime tratamento antineoplásico, mobilizando a evidência científica obtida sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com risco de MO e à sua família, a

primeira atividade realizada foi a observação da dinâmica do serviço e da articulação da equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar.

Neste HDO todos os doentes submetidos a terapêutica com agentes antineoplásicos, combinada (ou não) com tratamento de RT, têm uma CE. Após a consulta de decisão terapêutica a pessoa tem uma consulta médica onde é abordado o protocolo terapêutico mais adequado e, caso a pessoa o aceite, é encaminhada à equipa de enfermagem para ser agendada a CE de acolhimento (1ª vez) e o 1º ciclo de tratamento (no mesmo dia da CE de 1ª vez).

As CE subsequentes são realizadas em todos os primeiros dias dos ciclos do tratamento antineoplásico, antes da administração da terapêutica, ou no decorrer desta, como já foi referido anteriormente.

Para além das CE presenciais, a equipa de enfermagem está disponível, de segunda a sexta-feira, entre as 8h e as 20h, através de contato telefónico, para o esclarecimento de dúvidas e despiste de complicações decorrentes do tratamento antineoplásico que ocorram no domicílio.

Dependendo das necessidades da pessoa/cuidador identificadas pela equipa de enfermagem, esta pode-se articular com a equipa médica e farmácia, bem como solicitar apoio da equipa de nutrição, psicologia, apoio espiritual, apoio na comunidade, entre outros.

A segunda atividade foi a observação da metodologia de avaliação usada na CE de 1ª vez e subsequentes à pessoa com risco de MO e cuidador, em que nos primeiros dias de estágio observei 2 CE de 1ª vez e 4 CE subsequentes.

A CE de 1ª vez é realizada em gabinete à porta fechada, respeitando a privacidade, intimidade e confidencialidade da pessoa e, quando acompanhada é questionada se quer que o acompanhante assista à consulta. Nesta CE é realizada a avaliação inicial da pessoa de acordo com o SIE *SClinico*, em linguagem CIPE® (2015), que inclui a colheita de dados pessoais, sociodemográficos, antecedentes pessoais e familiares do foro oncológico e história de doença atual. São também validados os conhecimentos da pessoa/cuidador informal sobre o protocolo terapêutico, esclarecem-se eventuais dúvidas, partilham-se receios, medos e preocupações. Esta CE é promotora do estabelecimento de uma relação terapêutica, pois o processo de

acolhimento tem lugar na CE de 1ª vez, revelando-se como um momento extremamente importante, que tem em vista o ensino dirigido e personalizado, a aceitação da doença e tratamento, assim como a diminuição da ansiedade do doente e família, proporcionando uma relação de ajuda (Rodrigues, 1999).

De acordo com os conhecimentos demonstrados pela pessoa/cuidador informal, são explicadas ou validadas as informações relativas ao tipo de tratamento que irá fazer, possíveis efeitos secundários que se podem manifestar e são abordados os principais cuidados a ter durante o tratamento antineoplásico e em que casos a pessoa/cuidador devem contactar o serviço. A CE é concluída com a entrega do folheto informativo “Para compreender melhor os seus tratamentos de quimioterapia”, onde consta informação abordada na CE, bem como a entrega do cartão de identificação, com a marcação das datas e horas dos tratamentos, análises clínicas e consultas de enfermagem e médicas seguintes.

No folheto informativo consta uma breve referência à MO, a de que este sintoma pode surgir com a realização de algumas terapêuticas e indica como estratégia de prevenção, “realizar uma boa e regular higiene oral” e “evitar alimentos ácidos”, não sendo descritas intervenções para a gestão da MO. Assim considere importante realizar um documento que apoiasse a equipa de enfermagem na educação à pessoa com risco de MO, abordando as estratégias referidas pela evidência científica sobre o cuidado oral em “Programa Educativo de Cuidado Oral” (Apêndice VI). Este documento foi revisto pelo enfermeiro orientador e enfermeira chefe e considerado por ambos um importante documento de apoio à prática, indo ao encontro do que nos diz Araújo et al. (2015) e Eilers et al. (2014) que reconhecem que um programa de cuidados orais é importante na prevenção e tratamento da MO.

Os registos de enfermagem da CE de 1ª vez são realizados no SIE *SClinico*, contudo este apresenta algumas lacunas, nomeadamente:

- a) inexistência do termo “mucosite oral” como *foco* de intervenção dos cuidados de enfermagem. Apenas existe o termo “membrana mucosa alterada”, este mais abrangente e inespecífico;

- b) impossibilidade de formular o diagnóstico “risco de mucosite oral”. É através deste diagnóstico que são selecionadas as intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção. Como forma de colmatar esta lacuna, a equipa de enfermagem regista, em “notas gerais” este diagnóstico e as respetivas intervenções;
- c) inexistência de uma escala de avaliação da toxicidade oral. A equipa de enfermagem utiliza a CTCAE – versão 4.0 e, em “notas gerais” regista o grau de MO de acordo com esta escala.

Assim, apesar de o Conselho Internacional de Enfermeiros referir que os SIE permitem colmatar uma “necessidade prática na construção de sistemas de informação de saúde ao descreverem os diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem apropriadas para áreas particulares de cuidados” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2009, p.9), constatou-se que existem algumas falhas. Neste sentido, uma atualização desta plataforma com a informação acima referida beneficiaria, não só esta equipa de enfermagem, como todos os enfermeiros que prestam cuidados a doentes com risco de MO, permitindo uma avaliação mais fidedigna e uma prescrição de intervenções mais adequadas.

As CE subsequentes pretendem, principalmente, avaliar a pessoa, monitorizar os efeitos adversos do tratamento antineoplásico e reforçar ensinamentos sobre a sua prevenção e gestão. Na observação destas CE foi possível constatar que a MO só é abordada quando já está instalada e, em regra, caso o doente tenha tido previamente uma consulta médica, a intervenção de enfermagem passa pelo ensino sobre a toma da terapêutica prescrita pelo médico. Considero que isto acontece porque a equipa de enfermagem não se encontra desperta para a avaliação da pessoa com risco de MO, não tendo presente quais os fatores de risco da MO e quais os agentes antineoplásicos com maior risco de a provocarem. Assim considero pertinente elaborar um cartaz informativo intitulado “Intervenção de enfermagem em pessoas com mucosite oral: da avaliação à prevenção” (Apêndice VII), onde são apresentados os fatores de risco da MO, quer da pessoa, quer das terapêuticas antineoplásicas que podem induzir MO, bem como as estratégias de prevenção a adotar. A elaboração deste

cartaz foi muito bem aceite pela equipa de enfermagem e chefia e irá ser colocado na sala de tratamento.

Outra atividade foi a colaboração na prestação de cuidados à pessoa com risco ou com MO, nomeadamente na avaliação, prevenção e educação. Assim colaborei em 3 CE de 1ª vez (1 pessoa com cancro da laringe, 1 pessoa com cancro do esófago e 1 pessoa com cancro da mama) e 12 CE subsequentes (6 pessoas com cancro da mama, 2 pessoas com linfoma, 3 pessoas com cancro do esófago e 1 pessoa com cancro do estômago). Todas as CE foram realizadas num gabinete à porta fechada e foi solicitada autorização verbal à pessoa para a realização das mesmas. Esta atividade permitiu-me desenvolver a competência definida pela EONS (2013) de conhecer profundamente os efeitos secundários (precoces e tardios) dos tratamentos para o cancro e ainda na avaliação do doente com risco de MO, quer através da identificação dos fatores de risco relacionados com a pessoa e com o tratamento, o que leva a uma gradação do seu grau de risco de desenvolver MO, quer através da identificação das necessidades de conforto da pessoa, levando a uma intervenção individualizada ao nível da prevenção da MO.

Os cuidados orais são a base da prevenção da MO pelo que a minha intervenção passou pela educação para a saúde neste âmbito, depois de identificar os hábitos de higiene e de saúde oral de cada pessoa. Recordo uma CE de 1ª vez a uma senhora de 73 anos, com diagnóstico de carcinoma do esófago, a iniciar o 1º ciclo de QT do protocolo CROSS (RT concomitante com QT com 5-fluorouracil e cisplatina). Como fatores de risco relacionados com a pessoa: ser do género feminino, idosa, ter história de gengivites e apresentar um alto risco de malnutrição. Como fatores de risco relacionados com o tratamento é o fato de os agentes citostáticos poderem provocar mucosite oral. Assim esta senhora apresentava um risco moderado de desenvolver MO. A intervenção de enfermagem incidiu na avaliação e prevenção da MO, e que no que se refere à avaliação, foi feita a observação da cavidade oral estando esta com a mucosa rosada, brilhante, sem restos de alimentos ou outros detritos e sem lesões, tinha 3 ausências dentárias e nenhuma cárie. Foi também realizada a avaliação nutricional, através do peso e altura (60kg e 140cm, respetivamente),

apresentando um IMC de 33.2, o que revela, de acordo com a MUST, um alto risco de malnutrição (pontuação de 3), contudo já estava a ter acompanhamento de nutricionista. Quanto à prevenção da MO a intervenção passou pelo ensino sobre cuidados de higiene oral regulares, escovando os dentes, bochechas, palato e língua 4 vezes por dia, sempre após as refeições e antes de dormir, usando uma escova de dentes suave e pasta de dentes com flúor, e a bochechar a boca com uma solução salina (1 colher de sopa de sal para 1L de água, com uma validade de 24 horas) depois da escovagem, e foi incentivada a observar a sua boca diariamente para despistar qualquer alteração que possa ter. Foram realizados ensinamentos sobre os alimentos que devia evitar, nomeadamente alimentos ácidos e condimentados e ingerir os alimentos à temperatura ambiente, evitando alimentos gelados e quentes, e sugerindo que optasse por alimentos moles e suaves, como fruta cozida ou assada, massas ou purés e carne bem cozinhada ou picada. Foi também sugerido que chupe rebuçados com xilitol. Na CE subsequente, a senhora não apresentava MO e referiu que cumpriu os ensinamentos realizados, sentindo-se bem com o ajuste alimentar. Referiu também que os rebuçados ajudaram a manter a boca menos seca. Quanto aos cuidados de higiene oral, mencionou que tenta cumprir, contudo por vezes esquecia-se de realizar os bochechos, pelo que foi reforçado o ensino sobre a importância de os realizar. É de mencionar que a senhora indicou que os ensinamentos foram importantes para ganhar segurança e confiança em casa e que a ajudou a escolher melhor os alimentos que deveria ingerir. De acordo com o que a literatura refere (Eilers et al., 2014; Araújo et al., 2015) o enfermeiro tem um papel primordial na implementação e supervisão dos cuidados orais, considerando sempre como prioridade a informação dada ao doente, tornando-o foco do processo de educação para a saúde, facilitando sucesso das intervenções e promovendo o conforto da pessoa.

Após colaborar nas CE de 1ª vez, e uma vez que os registos de enfermagem apresentam as lacunas referidas anteriormente, houve a necessidade de elaborar um guião de colheita de dados, “Guião I” (Apêndice VIII) que estruturasse e sistematizasse a CE de 1ª vez. Este documento está organizado em 6 áreas: a primeira sobre dados sociodemográficos, que inclui,

entre outros, o género, a idade, dificuldades económicas e terapêutica do domicílio que provoca xerostomia; a segunda área refere-se à situação atual de doença, onde consta histologia, estadió e localização do tumor, tratamentos anteriores de QT e RT, protocolo terapêutico atual e respetivas doses, se foi encaminhado para dentista/estomatologista antes de iniciar tratamento antineoplásico, entre outros; a terceira área diz respeito ao estado nutricional, que inclui, entre outros, a aplicação da escala MUST, o regime alimentar habitual e presença ou ausência de SNG e PEG; a quarta área é a higiene oral, que identifica os hábitos de cuidados orais, como a frequência, a duração e o material utilizado; a quinta área é o risco de mucosite oral, baseado nos fatores de risco identificados nas áreas anteriores e a última área é a avaliação do conforto, adquirida através da utilização da escala visual do desconforto de Kolcaba.

Como foi referido foi também possível desenvolver competências no controlo de sintomas, nomeadamente da MO, promovendo ensinós para o seu controlo no domicílio, monitorizando os graus de toxicidade, recorrendo à escala de toxicidade preconizada no serviço (CTCAE – versão 4.0) e antecipando complicações decorrentes de sintomatologia descontrolada, colaborando nas CE subsequentes. Em algumas dessas CE foi necessário proceder à articulação multidisciplinar para a resolução dos problemas identificados, nomeadamente com a equipa médica e de farmácia. Relembro uma CE subsequente, um senhor de 66 anos de idade, com CPC da laringe, a realizar o 3º ciclo de QT com TCF (Docetaxel + Cisplatina + 5-FU). Tinha como fatores de risco relacionados com a pessoa: história de MO grau 2 no ciclo anterior (que mantém), fazia terapêutica no domicílio que provocava xerostomia (amlodipina/olmesartan 5mg /20 mg), tinha hábitos alcoólicos e tabágicos, apresentava 2 cáries dentárias que não foram tratadas antes do início da QT e tinha uma higiene oral pouco cuidada, escovando os dentes 1 a 2 vezes por dia, normalmente ao acordar e depois do jantar. Referia também dor nível 4 (EN da dor). Quanto aos fatores de risco relacionados com o tratamento, o protocolo de QT que estava a realizar era constituído por 3 agentes que podiam provocar MO. Assim, este senhor tinha um risco moderado de desenvolver MO. A minha intervenção nesta consulta passou pela gestão da MO já existente, realizando ensinós sobre os cuidados de higiene

oral (pelo menos 4 vezes por dia, depois das refeições e antes de dormir) (Lopes et al., 2016; Quinn, 2015a), com o uso de escova de dentes suave e pasta de dentes com flúor, e bochechar a boca com solução salina – 1 colher de sopa de sal para 1L água (uma vez que o serviço não dispõe de caphosol) (Quinn, 2015a; Peterson et al., 2015), incentivando-o na auto-vigilância da cavidade oral (Albuquerque & Camargo, 2007; Quinn, 2015a), realizando esclarecimentos sobre o ajuste da alimentação, nomeadamente a evitar alimentos ácidos (como citrinos, kiwi, e tomate), secos, picantes e condimentados, optando por cremes e purés e incentivado a incluir mais proteínas das refeições, tais como purés com feijão e outras leguminosas e colocar nas sopas carne, peixe ou ovos (BC Cancer, s.d.). De mencionar que após a CE foi realizada uma articulação com o seu médico assistente no sentido de lhe ser prescrita medicação para controlo da dor e iniciar bochechos compostos (nistatina + bicarbonato de sódio + lidocaína).

A deteção precoce de potenciais e atuais problemas da pessoa com doença oncológica, uma correta avaliação e um plano de tratamento com intervenções ativas são essenciais, pois visam evitar ou minimizar problemas orais, previnem atrasos ou interrupções nos tratamentos antineoplásicos e maximizam o conforto da pessoa (Eilers et al., 2014). Assim, a colaboração nas CE permitiu-me desenvolver competências definidas pela EONS (2013), nomeadamente na identificação das necessidades de informação da pessoa com doença oncológica, durante o seu diagnóstico, tratamento e cuidados pós-QT. Com a realização de documentos de apoio à prática desenvolvi competências sobre informação e comunicação à pessoa com doença oncológica e pesquisa de evidência depois aplicada na prática dos cuidados à pessoa com doença oncológica (EONS, 2013).

### **2.2.2 Num serviço de radioterapia de um hospital especializado**

O segundo local de estágio decorreu entre 6 de novembro e 15 de dezembro de 2017, num total de 150 horas, num serviço de Radioterapia considerado como referência a nível nacional nesta área. Optou-se por este serviço pelo fato de a equipa de enfermagem ser perita na área da intervenção

ao doente com CCP, com conhecimentos e competências específicas e ter uma CE sistematizada. Este contexto de estágio revelou-se importante pois possibilitou o desenvolvimento de conhecimentos já possuídos em radioterapia e permitiu desenvolver novas competências de EE, de EEEMC e de Mestre.

Delineou-se como objetivo geral para este local de estágio *identificar as intervenções de enfermagem na avaliação, prevenção e gestão da pessoa em risco ou com MO a realizar radioterapia*. O primeiro objetivo específico foi integrar de modo progressivo a equipa do serviço, respeitando o seu funcionamento que teve como primeira atividade a realização de uma reunião, no primeiro dia de estágio, com a enfermeira chefe e a enfermeira orientadora (enfermeira perita na área da radioterapia) no sentido de apresentar os objetivos e as atividades planeadas para o estágio. De seguida foi realizada uma visita guiada ao serviço, que é constituído por 1 gabinete de enfermagem com duas cadeiras de observação, uma para doentes de CCP e outra para os restantes doentes oncológicos, uma sala de observação devidamente equipada, designada de sala de acolhimento de enfermagem, onde se encontram doentes internados ou em maca; uma sala de recobro que dá apoio às técnicas de braquiterapia, uma sala para tomografia computadorizada (TC), 7 aceleradores lineares, vários gabinetes médicos, áreas de apoio, como sala de espera e receção, e área da equipa da física<sup>16</sup>, e área da equipa da dosimetria<sup>17</sup>.

Outra atividade foi a consulta de normas, protocolos e material de apoio pertencente ao serviço e relacionado com a população a ser estudada neste estágio (doentes com CCP). A equipa de enfermagem tem um “Manual de Enfermagem”, que compila todos os protocolos e procedimentos do serviço, com alguma informação sobre cuidados à pessoa com CPC. Considero que falta informação atualizada no âmbito da avaliação, prevenção e gestão da MO. Neste

---

<sup>16</sup> Equipa da Física - responsável por executar e supervisionar os vários aparelhos e tratamentos de radiação administrados ao doente, de forma segura e efetiva, para alcançar o resultado diagnóstico ou terapêutico, tal como foi prescrito pelo médico. Estes profissionais são também responsáveis pelos aspetos relacionados com a Proteção e Segurança Radiológica das instalações, dos doentes e dos profissionais.

<sup>17</sup> Equipa da Dosimetria - responsável por elaborar um plano personalizado do tratamento, através de sistemas de informação específicos para o cálculo de dose, por forma a assegurar que a dose administrada ao tumor seja aquela que foi prescrita e que os tecidos sãos ficam devidamente protegidos.

sentido foi disponibilizado à equipa de enfermagem os documentos elaborados no local de estágio anterior e foi desenvolvido um documento intitulado “Programa Educativo de Gestão da MO” (Apêndice IX), que foi revisto pela enfermeira orientadora.

Tomei conhecimento da dinâmica do serviço e da estratégia de seguimento das pessoas a realizar RT participando nas CE de 1ª vez, subsequentes e não programadas, que passa por uma CE de 1ª vez seguida de consultas de enfermagem subsequentes, realizadas num gabinete à porta fechada, garantindo o respeito pela intimidade e privacidade da pessoa, tal como preconiza o artigo 107º do Código Deontológico ( Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro). Contudo nem todos os doentes são acompanhados em consulta de enfermagem, pois cabe ao médico a referência para a consulta, e nem todos os médicos o fazem. No final das CE é agendada a próxima consulta no cartão de marcação dos tratamentos e o doente dirige-se ao administrativo para fazer a sua marcação, sendo a articulação com estes fundamental para o agendamento das consultas. No entanto a equipa de enfermagem não tem um controlo organizado e sistematizado (agenda, por exemplo) da marcação das CE. Neste sentido, e dado que o serviço utiliza o mesmo sistema informático (SI) do existente no serviço onde exerço funções – “Aria” – sugeri à enfermeira orientadora que esse controlo de consultas poderia ser realizado com a criação de uma agenda de enfermagem nesse SI. Este SI possui muitas funcionalidades, entre elas a existência de “agenda de tratamentos” para cada doente, onde consta a data e hora de cada tratamento de RT, podendo acrescentar notas de tarefas para cada doente, como o caso de CE. Esta sugestão foi bem aceite no ceio da equipa de enfermagem que inclusive a adotou. Dada a minha facilidade em manusear o SI “Aria”, foi-me solicitado que informalmente explicasse à equipa como poderiam utilizar esta ferramenta de trabalho, tendo desempenhado neste âmbito um papel de assessoria. Assim, penso ter desenvolvido as Competências Comuns ao EE (OE, 2010), concretamente no domínio da qualidade, uma vez que foram incorporadas diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade da prática.

A CE de 1ª vez é marcada a partir do momento em que é feito o planeamento do tratamento e de acordo com indicação do médico. No entanto, todos os doentes de CCP em tratamento de RT são referenciados para a CE, sendo a CE de 1ª vez realizada entre o 7º e 10º dia de tratamento. A equipa de enfermagem considera que esta consulta deveria ser realizada na primeira semana de tratamento, o que também concordo, uma vez que iria atuar precocemente na prevenção da MO pois, tal como nos diz a literatura (Palmela, 2010), a MO ocorre a partir da segunda semana de tratamento. Estas CE têm como objetivos desmistificar as ideias dos tratamentos de RT, fazer a avaliação geral da pessoa, identificar os fatores de risco do doente para o desenvolvimento dos efeitos secundários do tratamento e administrar um plano de educação sobre os cuidados que a pessoa deve ter durante o tratamento de RT, de modo a prevenir o aparecimento precoce da MO e de acordo com a recente evidência científica, tais como higiene oral cuidada, realizando escovagem com escova de dentes suave e pasta de dentes, 4 vezes por dia, sempre depois das refeições, autovigilância da cavidade oral e adaptação da alimentação, nomeadamente evitar alimentos agressivos à mucosa oral como ácidos, picantes, secos e duros, alimentos quentes ou gelados. A terapêutica de prevenção da MO, nomeadamente solução de fosfato de cálcio (descrita na evidência científica como uma terapêutica eficaz na prevenção da MO), não está disponível para todos os doentes, ao depender do fornecimento pela farmácia do hospital, de prescrição médica, iniciando-se com uma posologia de 4 vezes por dia. Parece que seriam encontrados benefícios se nesta consulta pudesse constar a entrega de fosfato de cálcio pela equipa de enfermagem.

No que concerne à avaliação da pessoa esta é feita utilizando um sistema de informação em enfermagem (SIE) que, como preconizado pela OE (2007b), utiliza a CIPE como linguagem. Este SIE, de acordo com o recomendado pela OE (2007b), permite inserir dados relativos à apreciação inicial, aos diagnósticos de enfermagem, definidos como focos, ao *status* do diagnóstico, que correspondem os objetivos/resultados esperados, as intervenções de enfermagem e a avaliação sistemática dos resultados/evolução do doente. Neste SIE, comum a toda a instituição, a avaliação inclui a identificação

sociodemográfica do doente e antecedentes pessoais. A equipa de enfermagem enfrenta os mesmos obstáculos que os analisados no contexto de estágio anterior; contudo conseguiram contorná-los, fazendo o registo em notas gerais, onde inserem informações importantes que não constam na plataforma informática, como sendo os fatores de risco, presença de ostomia e suas características, terapêutica preventiva da MO prescrita pelo médico, como solução de bochechos compostos ou fosfato de cálcio.

Por imposição hierárquica da direção do serviço, a equipa de enfermagem não está autorizada a disponibilizar nenhum material educativo ao doente/cuidador que complemente a educação verbal. Tal é contra a própria evidência que a aconselha (Mata, Cruz, Ferreira, Vasques e Reis, 2016). No entanto considerou-se importante a elaboração de material informativo em forma de folheto, com o título “Mucosite Oral – Recomendações para o doente e cuidador” (Apêndice X), que foi disponibilizado à equipa de enfermagem, na convicção de que possa contribuir para a mudança das diretrizes hierárquicas acerca do papel do enfermeiro. Pois tal como salienta a OE no documento “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”,

“na implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados de investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de linhas orientadoras de boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001, p.12).

As CE subsequentes são programadas semanalmente e em articulação com o médico assistente do doente e, geralmente realizadas após este realizar a sessão de RT. As CE subsequentes são essenciais para a avaliação e monitorização dos efeitos secundário da RT, nomeadamente a MO, utilizando a escala da RTOG, mas também para avaliar as alterações do estado nutricional, recorrendo à avaliação do peso (no caso dos doentes de CCP) e para validar e reforçar os ensinamentos ao doente e cuidador. Em caso de presença de traqueostomia, é realizada higiene da mesma. Também é frequente o encaminhamento do doente para o médico assistente no sentido de prescrição de terapêutica para controlo da dor, avaliada pela equipa de enfermagem através

da escala numérica. Sempre que necessário é concretizada a articulação com qualquer dos elementos da equipa multidisciplinar, como sendo o médico, nutricionista, psicólogo, equipa de feridas, entre outros.

Existem também as CE não programadas, que são realizadas quando o médico pede colaboração da equipa de enfermagem na observação/avaliação do doente, na TC de planeamento ou quando o doente apresenta alguma alteração do seu estado de saúde, relacionado com o tratamento de RT. Estas CE são realizadas de acordo com a urgência do caso, tal como o estado individual, depender da observação médica e da disponibilidade da sala de enfermagem.

Os registos das CE subsequentes e não programadas são realizados no SI SClinico e, pelos obstáculos já referidos anteriormente, a equipa de enfermagem realiza-os em “notas gerais”. Por esse motivo houve necessidade de elaborar um guião para estas CE, “Guião II” (Apêndice XI). Está organizado em 5 áreas de avaliação e monitorização, sendo elas: avaliação nutricional, com a escala MUST, avaliação da cavidade oral, com a escala da RTOG, higiene oral, onde também consta a escala numérica da dor, intervenção de enfermagem e avaliação do conforto.

Foram criadas Matrizes de extração de indicadores de enfermagem (Apêndice XII), em programa Excel, para registo dos dados colhidos nas CE, visando dar início a uma sistematização de registo para posterior tratamento e análise.

O segundo objetivo específico, prestar cuidados à pessoa em tratamento de radioterapia, mobilizando a evidência científica obtida sobre a avaliação, a prevenção e a gestão dos cuidados à pessoa com risco de MO e à sua família teve como atividade principal a realização de CE de 1ª vez e subsequentes a doentes com CCP a realizar RT, que num total foram 14 pessoas, às quais foi pedido consentimento verbal para a realização das CE e tratamento estatístico dos dados colhidos nas mesmas e sua publicação neste relatório. Para a realização destas CE foi pedido autorização à enfermeira orientadora a utilização dos documentos elaborados no estágio anterior, bem como dos guiões I e II, que foram submetidos a um pré-teste, aplicado a 4 doentes, seguido das respetivas

alterações, ficando a versão final organizada num único documento, o “Guião de colheita de dados” dividido em 3 momentos de avaliação: 1º momento que corresponde à CE de 1ª vez, a realizar entre o 1º e o 3º dia de RT, 2º momento que corresponde à CE subsequente realizada entre o 10º e o 12º dia de RT e o 3º momento que corresponde à CE subsequente realizada entre o 20º e o 22º dia de RT, pois tipicamente a MO desenvolve-se cerca de 10 dias após o início da RT, com uma dose cumulativa de cerca de 15 Gy e geralmente atinge a severidade total numa dose de 30 Gy, ou seja ao 20º dia de RT (Gholizadesh *et al.*, 2016). Uma dificuldade que posso apontar durante a realização do pré-teste do guião de colheita de dados foi estabilizar a avaliação do conforto da pessoa com risco ou com MO, por se tratar de um processo complexo e dinâmico, por isso é essencial conhecer o doente para o confortar, pois mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos, o conforto pode ser perspetivado como a experiência de ser ajudado, suportado ou encorajado (Kolcaba, 2003). Pretendia-se a elaboração de questões fechadas, de fácil explicação por parte da enfermeira e de fácil compreensão por parte do doente. Neste sentido ficou finalizada com a realização de 3 questões fechadas, com opções de escolha: a primeira que avalia qual a intervenção de enfermagem que resulta melhor para que o doente se sinta confortável; a segunda avalia as estratégias que o doente refere como promotoras do conforto, agrupadas nos 4 contextos sugeridos pela Kolcaba (contexto físico, contexto psico-espiritual, contexto ambiental e contexto socio-cultural); e, uma última questão, usando a escala visual do desconforto, de 0-10 (sendo 0 o estado confortável e 10 o maior desconforto possível), para avaliar quão desconfortável o doente se sente no dia da consulta.

Para dar suporte à realização das CE, sistematizando a evidência científica para uma prática de enfermagem que se quer sustentada, foram elaborados mais 2 documentos, o “Fluxograma de Atuação de Enfermagem na pessoa com risco de MO” (Apêndice XIII) e “APEG: Algoritmo de Intervenção de Enfermagem à pessoa com risco de MO (Apêndice XIV). De destacar o algoritmo de intervenção com o acrónimo **APEG**, sujeito a avaliação por 2 enfermeiras, uma perita (enfermeira orientadora) e outra especialista, que se revelou bastante útil pela sua praticidade. Compila, de uma forma simples, mas completa, toda a

informação no que concerne à intervenção de enfermagem e modo de atuação. O acrónimo APEG tem como significado as iniciais das 4 fases de atuação de enfermagem à pessoa com risco de MO: Avaliação, Prevenção, Educação e Gestão. A elaboração destes documentos permitiu o desenvolvimento de competências de EE no âmbito da melhoria da qualidade e do domínio da gestão de cuidados, pois sistematizam a intervenção de enfermagem na pessoa com CCP com risco de MO.

A colaboração nas CE permitiu a mobilização de conhecimentos da evidência científica integrada na intervenção de enfermagem à pessoa com CCP com risco de MO, na tomada de decisão sobre os cuidados e na utilização de vários instrumentos de avaliação.

Foram realizadas CE a 14 pessoas, mas por questões de tempo de estágio, não foi possível acompanhar todas as pessoas nos 3 momentos de avaliação, em que foi realizada CE de 1ª vez a 8 pessoas e CE subsequentes a 6 pessoas. Assim, das 14 pessoas 1 (7%) pessoa era do género feminino e 13 (93%) do género masculino, com idades compreendidas entre 46 e 76 anos. Relativamente à localização do tumor, 5 (36%) pessoas apresentavam cancro da laringe, 4 (29%) cancro da cavidade oral, 2 (14%) da faringe e 1 (7%) pessoa cancro da parótida. Das 6 pessoas a quem fiz CE subsequentes, 5 (83%) desenvolveram MO, sendo que aos 20 Gy de RT 2 (33%) apresentavam MO grau 1 e 1 (17%) grau 2, e aos 40 Gy 1 (17%) pessoa apresentava MO grau 1 e 1 (17%) pessoa grau 3. Quanto ao nível de desconforto, das 8 CE de 1ª vez, 1 pessoa referiu ter nível 0 de desconforto, 4 (50%) pessoas referiram ter nível 2 de desconforto, 1 (13%) nível 3, 1 (13%) nível 4 e 1 (13%) pessoa nível 5 de desconforto. Das 6 CE subsequentes realizadas, 3 (50%) pessoas referiram ter nível 4 de desconforto, 1 (17%) pessoa nível 5, 1 (17%) nível 6 e 1 (17%) pessoa nível 7 de desconforto. Para promover o conforto das pessoas, as intervenções de enfermagem passaram pela escuta ativa, disponibilidade e transmissão de informação questionada pelo doente (para alívio da ansiedade e do medo e promovendo a tranquilidade e transcendência), intervenções de gestão do desconforto da mucosa oral e/ou dor (para alívio físico), envolvimento do cuidador/familiar no cuidado de enfermagem (para promover a tranquilidade

social e psico-espiritual). Estas medidas de conforto fazem com que o doente se sinta fortalecido, num modo intocável e personalizado (Kolcaba, 2003).

Para exemplificar uma CE de 1ª vez e uma subsequente foi elaborado um estudo de situação (Apêndice XV), onde se aprofundou a intervenção de enfermagem à pessoa com risco de MO, sendo essa intervenção sustentada com a teoria de conforto de K. Kolcaba, desenvolvendo assim competências de Mestre no âmbito da reflexão crítica, integrando os conhecimentos adquiridos.

A realização destas CE permitiu-me desenvolver competências preconizadas pela EONS no âmbito do trabalho em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subseqüentes do tratamento do cancro, bem como fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente, além de ter permitido também desenvolver competências específicas do EE no âmbito de cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida e também de estabelecer uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

### **2.2.3 Num serviço de radioterapia**

O terceiro e último campo de estágio decorreu no meu local de serviço entre os dias 3 de janeiro e 12 de fevereiro de 2018, num total de 150 horas distribuídas por 21 turnos de 7 horas cada, tendo sido orientada pela enfermeira coordenadora do serviço (enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de intervenção de enfermagem oncológica). Este serviço existe desde o ano de 2005 e neste momento é constituído por uma TC planeamento, 2 aceleradores lineares, uma equipa de 4 médicos mais um interno, 4 enfermeiras, 14 TDT, 4 AO, uma equipa da física de 3 pessoas, uma equipa da dosimetria de 4 pessoas e 3 administrativos. As técnicas de RT usadas no serviço são: 3D-CRT, IMRT e SBRT, com intenção curativa ou paliativa. Quanto

ao número de pessoas tratadas, no ano de 2017 foram 1032 pessoas, das quais 50 com CCP.

Encontra-se certificado desde 2009 pela SGS<sup>18</sup> com a norma NP EN ISO 9001:2015, que se traduz no compromisso de que os profissionais de saúde cumpram os requisitos legais, regulamentares e técnicos aplicáveis à atividade que desempenham e tentem melhorar continuamente o sistema de gestão da qualidade do serviço.

Foi delineado o objetivo geral *promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com risco ou com MO secundária ao tratamento de radioterapia*. Como primeiro objetivo específico delineou-se integrar os vários elementos a equipa de enfermagem na implementação do projeto. A primeira atividade foi a realização de uma reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora que, por já conhecerem o projeto, teve como objetivo a discussão das atividades previstas e a forma de as concretizar, bem como dar a conhecer os instrumentos de suporte à intervenção de enfermagem à pessoa com risco ou com MO elaborados, nomeadamente o “Guião de colheita de dados”, o “Programa Educativo de Cuidado Oral”, o “Programa Educativo de Prevenção da Mucosite Oral”, o “Programa Educativo de Gestão da Mucosite Oral”, o “Fluxograma de Atuação de Enfermagem na pessoa com risco de MO” e o “APEG: Algoritmo de Intervenção de Enfermagem à pessoa com risco de MO”. Estes instrumentos foram aprovados pelas enfermeiras, que os consideraram uma mais valia para a prestação de cuidados, sendo de fácil leitura e consulta, contendo toda a informação pertinente.

Foram planeadas, em conjunto com a professora orientadora, a realização de 2 sessões de formação, uma para apresentação do projeto à equipa multidisciplinar e outra para a equipa de enfermagem, que será abordada mais à frente. A primeira sessão de formação (Apêndice XVI) realizou-se na sala de formação da instituição a 08.01.2018 pelas 14 horas, iniciando-se com a definição do problema, seguida do estado de arte, do desenho do estudo e das atividades desenvolvidas até à data, com a apresentação dos documentos já

---

<sup>18</sup> SGS – é uma empresa líder mundial em inspeção, verificação, testes e certificação. É reconhecida como referência mundial em qualidade e integridade.

elaborados e por fim foi apresentado o plano de atividades para o este campo de estágio. Esta sessão teve uma taxa de adesão de 72% (18 pessoas) e um grau de satisfação de 4.3 (no valor máximo de 5 que corresponde a uma avaliação de “Muito Satisfeito”). A divulgação da sessão (Apêndice XVII) e a sua avaliação (Anexo II) foram realizadas em documentos institucionais para o respetivo fim. Penso que, com esta atividade, ter desenvolvido competências comuns EE, nomeadamente no âmbito do desenvolvimento da responsabilidade profissional, ética e legal. Além disso, o envolvimento da equipa multidisciplinar do serviço permitiu criar e definir “objetivos comuns, orientadores das atuações, entre os profissionais da equipa de prestação de cuidados” (Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro, 2012, p. 5119), para atingir um objetivo comum de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Foi definido como segundo objetivo específico adequar as intervenções de enfermagem de avaliação, prevenção, educação e gestão à pessoa com risco ou com MO, integrando a evidência científica e promovendo o seu conforto. Para atingir este objetivo foi realizada uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre os cuidados à pessoa com risco e com MO (Apêndice XVIII) de acordo com a melhor e mais recente evidência científica disponível, pois a formação visa solidificar e aprofundar conhecimentos, desenvolver e atualizar competências, permitindo “alargar horizontes e (...) ir ao encontro do beneficiário dos cuidados e de caminhar com ele” (Hesbeen, 2000, p. 139). A sessão de formação decorreu a 15.01.2018 às 14 horas na sala de formação da instituição, com a duração de 1 hora. Considerei uma mais valia entregar no final da sessão, dois dos documentos elaborados no campo de estágio anterior, o “Fluxograma de Atuação de Enfermagem na pessoa com risco de MO” (Apêndice XIII) e “APEG: Algoritmo de Intervenção de Enfermagem na pessoa com risco de MO” (Apêndice XIV), como forma de síntese da informação transmitida, bem como a Escala MUST (Anexo I). Teve uma taxa de adesão de 100% (3 enfermeiras) e com um grau de satisfação de 4.5 (no valor máximo de 5 que corresponde a uma avaliação de “Muito Satisfeito”). Para a divulgação (Apêndice XIX) e avaliação (Anexo I) da sessão foram utilizados os respetivos instrumentos institucionais. No final da sessão houve espaço para discussão da adequação e normalização

da intervenção de enfermagem a adotar nas CE de acordo com a informação dos documentos elaborados. Foi reafirmada a minha disponibilidade para esclarecer dúvidas, dar formação informal individualizada e dar apoio de assessoria.

Na necessidade de reunir toda a evidência científica e os documentos elaborados que dão suporte à prática de enfermagem, foi construído um procedimento sectorial de enfermagem (PSE) intitulado de “Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral induzida por Radioterapia” (Apêndice XX) que visa assim estruturar, organizar e integrar as intervenções de enfermagem no âmbito da avaliação, prevenção e gestão da pessoa com risco de MO, perspetivando-se um Cuidar de Enfermagem de acordo com a mais recente evidência científica e da Boa Prática<sup>19</sup> e constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tal como preconizado nos Padrões da Qualidade da OE (OE, 2001).

O PSE foi elaborado em *layout* institucional, de acordo com as orientações institucionais, avaliado por uma enfermeira perita na área da enfermagem em radioterapia e posteriormente seguiu os trâmites institucionais de validação, aprovação e divulgação, pelo Conselho de Administração e Gabinete da Qualidade deste hospital. O PSE incorpora um processo de auditoria e indicadores de avaliação de qualidade, que têm enquadramento no Core de Indicadores de Enfermagem preconizado pela OE (2007b). O processo de auditoria interna é realizado pela enfermeira responsável pelo desenvolvimento do programa e funciona como método de análise da evidência da execução dos cuidados de enfermagem descritos no procedimento relativos aos cuidados de enfermagem em que são utilizados os instrumentos de auditoria, nomeadamente a Folha de Auditoria ao Cumprimento do PSE e Relatório Mensal, que constam em anexo ao PSE. Os resultados mensais, semestrais e anuais obtidos na auditoria e monitorização de indicadores serão participados às Enfermeiras Chefe e Coordenadora do serviço e esta reporta os resultados das auditorias e

---

<sup>19</sup> Boas Práticas é o saber fazer em relação a valores, princípios, processos e resultados que implicam a introdução de melhorias no funcionamento dos serviços, assegurando e garantindo cuidados de qualidade ao cliente, família, grupos e comunidade (OE, 2013)

monitorização indicadores mensais, semestrais e anuais à Enfermeira Coordenadora dos PMCQCE.

A elaboração dos indicadores de avaliação foram enquadrados nos objetivos propostos para este projeto. Tal como refere a OE (2007b), os “indicadores são concebidos como marcadores específicos do estado da saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população” (OE, 2007b, pág. 2), nomeadamente ao nível da prevenção de complicações e resolução de diagnósticos de enfermagem e ao nível da evolução das condições de saúde desde a admissão no serviço até à alta clínica ou de enfermagem.

Neste sentido, foram elaborados, em parceria com a enfermeira coordenadora, os seguintes indicadores de qualidade dos cuidados: *Taxa de avaliação da conformidade do procedimento setorial; Taxa de Prevalência de Membrana Mucosa Comprometida; Taxa de ganhos possíveis esperados de efetividade referente ao conhecimento sobre prevenção de compromisso da membrana mucosa*. O primeiro indicador corresponde à avaliação do procedimento em si; o segundo indicador corresponde à categoria dos indicadores epidemiológicos, nomeadamente taxa de prevalência, que consiste na relação entre o número total de casos de ocorrência de um determinado foco/diagnóstico de enfermagem durante um determinado momento ou período de tempo e a população nesse período. O terceiro, e último indicador, é um indicador de resultado, que resulta da comparação entre aquilo que é esperado conseguir-se, em função do julgamento profissional acerca do estado, potencial e recursos do doente, família ou grupo, e aquilo que é efetivamente conseguido (OE, 2007b). Foram também elaboradas as fórmulas de cálculo correspondentes a cada indicador de qualidade.

A elaboração do PSE permitiu-me desenvolver competências relacionadas com a pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica, e relacionadas com o fornecimento de planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente, descritas pela EONS. Foi também possível desenvolver e aprofundar competências comuns de EE na área da melhoria da qualidade. E contribuiu

igualmente para ampliar conhecimentos que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação, como preconizado pelas competências de Mestre.

Outra atividade realizada para atingir este objetivo foi a realização de CE. A metodologia de seguimento dos doentes em tratamento de RT no serviço alicerça-se na realização de CE de 1ª vez, chamada de *Sessão de Acolhimento*, entre o 1º e o 3º dia de RT seguida de CE subsequentes semanais ou sempre que a enfermeira avalie como necessária. No caso de a pessoa realizar concomitantemente QT, a CE subsequente é realizada no dia anterior da QT como forma de articulação de cuidados entre as equipas de enfermagem e médicas das várias instituições que encaminham os doentes para o nosso serviço. A programação das CE é realizada no programa informático *Aria*, específico do serviço de RT, onde consta uma *Agenda de Enfermagem* onde se marcam as CE de cada pessoa.

Assim, na Sessão de Acolhimento, realizada de acordo com o procedimento sectorial do serviço *“Consulta de enfermagem ao doente em radioterapia”*, é concretizado o acolhimento ao doente e cuidador e elaborado o plano de cuidados, realizando a avaliação inicial da pessoa, esclarecendo dúvidas acerca dos tratamentos, desmistificando tabus, e realizando a educação/ensino à pessoa e cuidador acerca dos cuidados a ter durante os tratamentos para prevenir os efeitos secundários do mesmo. No caso da pessoa com CCP, é fornecido à pessoa e cuidador um Folheto Informativo *“Cuidados durante a radioterapia de cabeça e pescoço”* e é também fornecida terapêutica Caphosol, tal como preconizado no protocolo de serviço *“Protocolo de administração de caphosol”*. É também executada colheita de sangue de acordo com o procedimento sectorial *“Monitorização Analítica ao doente oncológico em tratamento de Radioterapia”*.

As CE subsequentes visam a monitorização e vigilância da pessoa em tratamento de RT, que passa pela avaliação nutricional do doente, recorrendo à avaliação do seu peso, avaliação da presença/ausência de efeitos secundários, nomeadamente de MO e identificação de necessidades da pessoa. Nestas CE a enfermeira diagnostica e prioriza os problemas da pessoa, procurando recolher e analisar as informações importantes que lhe permitem estabelecer objetivos e

fundamentar e atualizar o plano de cuidados. Sempre que se considere necessário, os ensinamentos realizados na sessão de acolhimento são reforçados e sempre que se verifique essencial a pessoa é encaminhada, quer para outro elemento da equipa multidisciplinar, quer para outros recursos da instituição ou da comunidade.

Para além da sessão de acolhimento e CE subsequentes, a equipa de enfermagem disponibiliza o contacto telefónico, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira, para qualquer esclarecimento e continuidade de cuidados. Existe ainda a consulta não programada, chamada de *consulta a pedido*, disponível de segunda a sexta-feira, no horário de funcionamento do serviço, à qual podem recorrer todos os doentes em tratamento, ou que já o tenham terminado, que apresentem complicações ou toxicidades relacionadas com o tratamento,

Os registos de enfermagem são realizados no SIE SCLinico que, como preconizado pela OE (2007a) utiliza a CIPE como referencial de linguagem e, tal como nos contextos de estágio anteriores, a equipa de enfermagem atravessa os mesmos obstáculos, mas ao contrário desses, em que para contornar as limitações dos registos recorrem a “notas gerais” no SCLinico, a equipa de enfermagem deste serviço regista os diagnósticos e as intervenções de enfermagem no programa *Aria* do serviço, no campo “*atividades de enfermagem*”. Considero que ao proceder desta forma há a necessidade de repetir informação, pelo que as alterações referidas no primeiro campo de estágio seriam uma mais valia. Para facilitar a identificação dessas alterações, foi elaborado um documento constituído pelo “Guião de colheita de dados” com essa informação em destaque, designado de “Guião de colheita de dados – atualização de registos” (Apêndice XXI).

Uma vez que a equipa de enfermagem é pequena (3 enfermeiras na prestação de cuidados), todos os elementos foram envolvidos na implementação do projeto e foi prestada assessoria na prestação de cuidados à pessoa com risco e com MO e na utilização dos documentos de suporte dessa prática, nomeadamente no “Guião de colheita de dados” e na escala MUST.

Durante as seis semanas de estágio foram tratadas 7 pessoas com CCP e destas realizei 5 CE de 1ª vez e 40 CE subsequentes, tendo também realizado

CE a outras pessoas em tratamento de RT. A minha intervenção seguiu as orientações da boa prática no âmbito da avaliação, prevenção, educação e gestão da MO, e foi sistematizada de acordo com o “Fluxograma de Atuação de Enfermagem na pessoa com risco de MO” (Apêndice XIII) e o “APEG: Algoritmo de Intervenção de Enfermagem na pessoa com risco de MO” (Apêndice XIV). Nas CE de 1ª vez foram identificados os fatores de risco da MO relacionados com a pessoa e com o tratamento, observada a cavidade oral e avaliado o estado nutricional com o uso da escala MUST, avaliando assim o risco da pessoa desenvolver MO. No âmbito da prevenção da MO a minha intervenção passou pelo ensino à pessoa de acordo com o “Programa Educativo de Prevenção da MO” (Apêndice V) e o “Programa Educativo de Cuidado Oral” (Apêndice VI). Foi fornecido fosfato de cálcio para autoadministração no domicílio de acordo com o protocolo do serviço “*Protocolo de Administração de Caphosol*” que considero estar atualizado, e realizados respetivos ensinamentos de administração, iniciando uma posologia de 4x/dia como preconiza a evidência científica (Quinn et al., 2015a; Quinn et al., 2015b). Foi também avaliado o conforto, usando a escala visual do desconforto. No final destas CE foi disponibilizado o contacto telefónico à pessoa. Como apoio aos ensinamentos realizados estava preconizado a entrega de material educativo elaborado “Mucosite oral: recomendações para o doente e cuidador” (Apêndice X), no entanto tal não foi possível durante o estágio por ainda não ter autorização da Comissão da Qualidade da instituição.

A minha intervenção nas CE subsequentes foi sistematizada de acordo com o “Programa Educativo de Gestão da MO” (Apêndice IX) e foi monitorizada a eficácia das intervenções realizadas, avaliando a intensidade dos sintomas utilizando as mesmas escalas, escala MUST para monitorizar o estado nutricional, EN da dor para avaliação da dor e avaliação da MO através da escala da RTOG. Além disso foram reforçados ensinamentos sempre que a pessoa apresentava dúvidas ou não estava a cumprir corretamente os programas educativos, bem como foram sugeridas estratégias não farmacológicas para alívio do desconforto causado pela MO, como chupar rebuçados sem açúcar e com xilitol, sempre que beber água ou outros líquidos, bochechar a boca com os mesmos para promover a hidratação da mucosa e proporcionar conforto na

boca, reforçar a alimentação com aporte de proteínas e calorias, como ingerir gelatinas, iogurtes proteicos, fazer batidos com leite condensado, leite gordo ou chocolate em pó.

Na realização das CE acredito ter estabelecido uma relação de ajuda, pois “cuidar de pessoas implica estabelecer uma relação que permita compreender as formas como cada pessoa ou cada família vivencia os seus problemas, manifesta as suas necessidades, exprime os seus anseios e angústias” (Castro, 2002). Estive disponível para escutar as narrativas de cada pessoa, dar-lhes espaço para poderem expressar o que sentem acerca do processo de doença e acerca da forma como se adaptaram à condição de doentes, apoiando e dando-lhes ferramentas para tomarem decisões e optarem pelas suas melhores escolhas. Foi através do seu discurso que consegui identificar as suas necessidades de conforto, resultantes da sua situação de doença, dos tratamentos e do momento em que se encontravam, pois só através do conhecimento das suas necessidades foi possível proporcionar medidas/intervenções de enfermagem específicas de conforto e adequadas à melhoria do mesmo.

Neste sentido, considero ter atingido este objetivo e ter desenvolvido competências relacionadas com avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro e relacionadas com informação e comunicação à pessoa com doença oncológica, bem como trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro, tal como sugere a EONS.

O terceiro objetivo específico delineado foi analisar as intervenções de enfermagem promotoras do conforto à pessoa com risco de MO secundária à radioterapia e para o atingir foi planeado um estudo descritivo-exploratório e prospetivo, que respondesse às seguintes questões de investigação: Qual é a prevalência, e respetivos graus, da mucosite oral secundária ao tratamento de RT, combinada ou não com a QT, nos doentes com cancro da cabeça e pescoço? Que intervenções são identificadas por estes doentes que lhes proporcionam maior conforto? Para a realização do estudo e publicação dos resultados obtidos nas CE que se referem a informação em saúde de utentes

desta Instituição foi solicitado um Pedido de Autorização à Comissão de Ética (Apêndice XXII), tendo sido elaborado um Protocolo de Projeto de Investigação (Apêndice XXII) e entregue no Conselho de Administração da instituição.

Foi recebida a resposta formal com parecer positivo da Comissão de Ética e Conselho de Administração da instituição (Anexo III) para a realização do estudo, com a indicação de anonimizar o “Guião de colheita de dados”, tendo sido realizada nova versão do mesmo (Apêndice XXIII), onde foi removida a identificação do doente (nome e número de processo hospitalar), tendo-se também atualizado a Matriz de Extração de Indicadores de Enfermagem.

A amostra da população foi constituída por 17 doentes que concordaram em participar no estudo, assinando o consentimento informado, contudo ao 2º momento um sujeito desistiu dos tratamentos de RT e ao 3º momento um sujeito suspendeu o tratamento de RT por agravamento do estado geral. Assim, dos 17 (100%) sujeitos com CCP inicialmente a realizar RT, 15 (88%) eram do género masculino e 2 (12%) do feminino, com idades compreendidas entre 43 e 87 anos e uma média de idade de 61 anos, sendo 11 (65%) casados ou a viver maritalmente e 3 (18%) divorciados (Apêndice XXIV - Tabela 1). Estes dados são semelhantes aos encontrados por Franco et al. (2017) que referem 76% da amostra ser do género masculino e a média de idade de 56 anos (num intervalo de idade entre 38 e 74 anos). Quanto às habilitações literárias, 8 (47%) sujeitos tinham o 3º ciclo completo, 4 (24%) o 1º ciclo e 2 (12%) tinham o 2º ciclo e o secundário respetivamente, estando 10 (59%) sujeitos reformados e 15 (88%) não referiram ter dificuldades económicas (Apêndice XXIV - Tabela 2).

Quanto aos antecedentes familiares oncológicos, 14 (82%) sujeitos não tinham antecedentes familiares de neoplasia e 16 (94%) não tomavam terapêutica no domicílio que provocasse xerostomia (alterações na mucosa oral) (Apêndice XXIV - Tabela 3).

No que diz respeito à localização do tumor, a amostra distribui-se, 8 (47%) sujeitos com cancro da laringe, 4 (24%) com cancro da faringe, 3 (18%) com cancro da cavidade oral e 2 (12%) sujeitos com cancro das glândulas salivares (Apêndice XXIV - Tabela 4). No estudo de Franco et al. (2017) realizado no Brasil, a maior representação de tumores foi na cavidade oral (25%) e

nasofaringe (15%). Esta diferença de achados pode estar relacionada com o que nos diz Campana e Goiato (2013) em que o cancro da laringe é uma das neoplasias da cabeça e pescoço mais comuns na Europa, sendo mais comum nos homens com idades entre os 60 e 70 anos, que corresponde ao perfil da amostra.

Quanto ao tipo de tratamento, 10 (59%) sujeitos encontravam-se a fazer QT/RT, e destes, 100% realizaram IMRT, embora na amostra, 13 (59%) sujeitos tinham realizado IMRT e 4 (24%) 3D-CRT. Dos 10 sujeitos em tratamento de QT, 5 (29%) fizeram, respetivamente, Cisplatina e Cetuximab<sup>20</sup> e 1 (6%) sujeito realizou Carboplatina (Apêndice XXIV - Tabela 4).

Do total da amostra, 12 (71%) sujeitos foram encaminhados para dentista/estomatologia antes de iniciar tratamento de RT, 16 (94%) não apresentavam lesões na boca e 12 (71%) usavam próteses dentárias (Apêndice XXIV - Tabela 5). No que diz respeito ao perfil de cuidados de higiene oral, 16 (94%) sujeitos referem lavar a boca com escova e pasta de dentes e destes, 13 (76%) fazem-no 2-3 vezes por dia, sendo que 14 (82%) escovam os dentes e 4 (24%) lavam também as gengivas e somente 1 (6%) a língua (Apêndice XXIV - Tabela 6).

Quanto ao risco de desenvolver MO, 15 (88%) pessoas apresentam risco elevado e 2 (12%) moderado (Apêndice XXIV - Tabela 7).

Comparando os dois momentos de colheita de dados nas CE subsequentes, no 2º momento a prevalência de MO foi de 60% (9 sujeitos) e no 3º momento aumentou para 94% (15 sujeitos), sendo que no 2º momento, 8 (53%) sujeitos apresentaram MO grau 1 e 1 (7%) grau 2 e no 3º momento, 9 (56%) sujeitos apresentaram MO de grau 1 e 7 (44%) grau 2 (Apêndice XXIV - Tabela 9). Observou-se que, no 2º momento, 11 (73%) sujeitos cumpriram o programa de cuidados orais instruído na CE de 1ª vez e que no 3º momento passou para 15 (94%) sujeitos (Apêndice XXIV - Tabela 9). Em relação à presença de dor, tanto no 2º como no 3º momento o número de sujeitos com dor foi igual, ou seja, 7 (47%) sujeitos, contudo no 3º momento 13 (87%) dos sujeitos estava a tomar

---

<sup>20</sup> Cetuximab aparece aqui incluído nos tratamentos de QT, contudo pertence ao grupo dos anticorpos monoclonais.

analgésia, enquanto que no 2º momento apenas 6 (38%) sujeitos tinham analgesia prescrita (Apêndice XXIV - Tabela 9).

Relativamente à promoção do conforto dos sujeitos, a intervenção de enfermagem que melhor promove o conforto, no 2º momento, é a “escuta ativa”, referida por 10 (67%) sujeitos, seguida do “ensino sobre cuidados orais”, indicado por 9 (60%) dos sujeitos; no 3º momento, foram referidas as mesmas intervenções de enfermagem promotoras de conforto, 11 (69%) sujeitos para a “escuta ativa” e 6 (40%) para o “ensino sobre cuidados orais” e o “apoio emocional”, respetivamente (Apêndice XXIV - Tabela 10).

Nos dois momentos de avaliação, as estratégias que os sujeitos mais utilizam para promover o conforto são: a “solução de bochechos”, tanto no 2º como no 3º momento, respetivamente por 73% e 94% dos sujeitos quanto ao conforto físico; a estratégia que melhor promove o conforto psico-espiritual, é o “apoio da família/amigos”, em 73% e 69% dos sujeitos, respetivamente no 2º e no 3º momento; ao nível do conforto ambiental, é o “conforto da casa” em 93% dos sujeitos no 2º momento e 88% no 3º, sendo o “estar com a família/amigos” que promove o conforto sociocultural para 73% dos sujeitos no 2º momento e 69% no 3º, seguida do “passear”, respetivamente 27% e 25% no 2º e 3º momento. (Apêndice XXIV - Tabela 11).

Por fim, quanto à avaliação do desconforto total pode-se referir que existiu um aumento progressivo do desconforto ao longo dos três momentos, porque no 1º momento 14 (82%) sujeitos referem ter nível de desconforto inferior a 3, passando no 2º momento a haver 11 (69%) sujeitos com níveis de desconforto entre 3 e 8, sendo neste nível que se mantém o desconforto no 3º momento para 12 (80%) sujeitos (Apêndice XXIV - Tabela 12).

Contudo como este estudo foi prolongado até ao final do mês de outubro, os resultados apresentados não foram os finais.

Realço que este estudo permitiu desenvolver competências de EE e aprofundar as competências de Mestre no âmbito do desenvolvimento de conhecimentos em contexto de investigação, possibilitando emitir reflexões e implicações nos cuidados de enfermagem.

### **3. AVALIAÇÃO**

Este relatório é fruto das experiências vivenciadas ao longo deste percurso, pautado pelas reflexões sobre as minhas aprendizagens e pelo desenvolvimento de competências, proporcionadas pelas atividades realizadas.

Deste modo, e decorrido o longo caminho de implementação do projeto, torna-se relevante tecer um olhar retrospectivo sobre o percurso feito, as opções metodológicas adotadas e os resultados obtidos para deles fazer um balanço dos contributos que a sua implementação teve na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, e para a minha própria formação pessoal, mas sobretudo, profissional.

#### **3.1. Pontos Fortes e Fracos**

Como todo o percurso da vida profissional também este pode ser analisado, de acordo com o modelo SWOT, olhando tanto para os seus pontos fortes e fracos, como para as oportunidades e ameaças que se criaram no interior e à volta do projeto.

Neste sentido realço como pontos fortes a motivação e o apoio da equipa de enfermagem, que se estendeu com igual entusiasmo à equipa multidisciplinar do serviço. A disponibilidade para escutar e conhecer, associada à abertura para a mudança que o projeto continha, tornaram a prática mais fluida e sólida. Algumas das atividades realizadas no 3º estágio, como a avaliação do risco de desenvolvimento da MO e a introdução do uso da escala MUST na avaliação nutricional da pessoa, foram introduzidos após debate com a equipa. Outro ponto forte a referir prende-se com o fato da equipa de enfermagem estar treinada na intervenção à pessoa com risco de MO e em processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, tendo já uma CE estruturada, agora melhorada com a sistematização das intervenções para a avaliação, prevenção, educação e gestão deste efeito adverso da RT. A articulação entre os profissionais de saúde no sentido de um cuidar mais humano e holístico é um dos pilares da prestação de cuidados do serviço onde exerço funções. Logo, a

satisfação de quem cuidamos é o resultado desta forma de estar e cuidar. Um outro ponto forte foi a colaboração da minha instituição na articulação dos vários órgãos para entrar o pedido do estudo para a comissão de ética e ter a sua aprovação dentro dos prazos. Outro ponto forte a destacar é a minha satisfação pelo trabalho desenvolvido, pois acredito que os documentos criados darão um apoio à prática daqueles profissionais que, tal como eu, cuidam de pessoas que sofrem com a MO. Os contributos dos enfermeiros peritos dos três contextos de estágio e as partilhas de conhecimentos e saberes foram a mais valia para a qualidade dos documentos elaborados.

Quanto aos pontos fracos, posso apontar a falta de tempo para a elaboração de todo o trabalho necessário para a concretização do projeto.

Como oportunidades posso apontar a elaboração de indicadores relacionados com a qualidade dos cuidados de enfermagem em ambulatório, associados à MO, bem como desenvolver um procedimento institucional de intervenção de enfermagem à pessoa com risco de MO. Estes pontos são fundamentais para fomentar a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no dia a dia da equipa de enfermagem, que é cada vez mais complexo, logo também mais desafiante. Como oportunidade de divulgação de todo o investimento e trabalho desenvolvido participei em dois eventos na área de enfermagem: *III Encontro dos Padrões de Qualidade* da minha instituição, realizado no dia 21 de fevereiro de 2018 e *Encontros da Primavera*, realizado entre os dias 14 e 16 de Abril de 2018 (Anexo IV). No primeiro, foi apresentado um E-Poster intitulado “Intervenção de Enfermagem ao doente com risco de Mucosite oral secundária à Radioterapia” (Apêndice XXV). No segundo evento, participei com um Poster com o mesmo título, contudo o conteúdo foi adaptado ao evento (Apêndice XXVI). Enalteço a minha participação ativa na organização do *I Encontro de Enfermagem de Radioterapia* da minha instituição, realizado no dia 24 de maio deste ano, sendo um dos membros da comissão científica do mesmo e participando como palestrante numa mesa redonda intitulada de “*Qualidade dos Cuidados em serviços de Radioterapia*”, em que foi realizada uma apresentação acerca da intervenção de enfermagem na pessoa oncológica com Radiomucosite.

Quanto às ameaças, posso apontar o reduzido número de pessoas com patologia de CCP no período em que foi implementado o projeto. Um maior número de pessoas possibilitaria, não só, aplicar os documentos elaborados que dão suporte à prática, como também aumentar a amostra do estudo realizado. Outra ameaça a apontar é a linguagem classificada de enfermagem não estar contemplada a *Mucosite Oral* como foco de atenção aos cuidados de enfermagem. Na prática diária os enfermeiros não conseguem, em registo de enfermagem, identificar este sintoma, apenas identificando *Membrana Mucosa alterada*. Além disso as escalas de avaliação do grau de MO, nomeadamente a escala RTOG, não estão traduzidas nem validadas para a população portuguesa, podendo colocar em causa a sua fiabilidade.

Por último gostaria de referir a dificuldade sentida em integrar a teoria do conforto de Kolcaba que dá sustentabilidade ao projeto. Porque a considero bastante complexa, subjetiva e subtil até, tive alguma dificuldade em compreendê-la. Por isso, mais do que uma ameaça, considero que foi um desafio estabilizar as questões para avaliação do desconforto dos doentes. Contudo, e apesar das dificuldades, ter a capacidade de “olhar” o doente em vez de o “ver”, “escutar” para além de “ouvir”, “sentir” muito mais do que “tocar” foram competências que desenvolvi com esta teoria e que levo, tanto para a vida profissional, como pessoal.

### **3.2. Implicações Éticas**

Importa referir que no decorrer das CE realizadas durante os diferentes contextos de estágio foi salvaguardado o dever de sigilo profissional, preconizado no artigo 106º do Código Deontológico (OE, 2015b). Reconhecendo que através do direito à confidencialidade se salvaguarda o dever de sigilo, foi considerada confidencial toda a informação acerca da pessoa alvo de cuidados/cuidador; a partilha de informação pertinente existiu apenas com aqueles que estão implicados no plano terapêutico e o anonimato da pessoa/família foi assegurado (OE, 2015b).

Relativamente aos aspetos éticos decorrentes da colheita de dados para o estudo de investigação, foram salvaguardados os princípios da privacidade, confidencialidade, auto-determinação e beneficiência, em que:

- Foi acautelada a **privacidade** fazendo a colheita de dados em gabinete de consulta onde estavam presentes a enfermeira, o doente e, alguns casos, o acompanhante;

- Foi acautelada a **confidencialidade** dos dados, mantendo o anonimato das pessoas através de um código numérico atribuído a cada sujeito que é do meu conhecimento exclusivo;

- Foi respeitada a **auto-determinação** através da obtenção do consentimento informado antes da consulta de enfermagem de 1ª vez. O esclarecimento dado foi sobre a natureza do projeto e dos procedimentos e tempo utilizados nos mesmos.

- Foi respeitado o princípio da **beneficiência** informando o doente do direito a recusar participar ou a interromper a sua participação sem tal ter implicações no atendimento ou tratamento da doença, sobre os riscos e benefícios, que são sobreponíveis aos da própria intervenção clínica esperada fazer-se numa consulta de enfermagem. Para garantir a liberdade do doente para dar o consentimento, a obtenção do mesmo terá de acentuar essa liberdade de poder dizer sim ou não e deixar claro que no caso de recusa o direito ao cuidado será garantido. Para a assinatura utilizou-se o modelo em uso na instituição.

Posto isto, considero que se cumpriram os princípios éticos presentes em várias declarações e convenções internacionais, havendo assumido o compromisso em não usar os dados nem os resultados que ponham em risco o bom nome ou a integridade dos participantes no estudo.

### **3.3. Contributos da implementação do projeto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados**

Na edificação deste trabalho definiram-se padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem com o objetivo de promover a melhoria dos cuidados de enfermagem, bem como proporcionar a reflexão sobre o exercício profissional enquanto enfermeira. Logo, pensar sobre qualidade exige reflexão sobre essa

prática de cuidar, pois só aí se definem objetivos e estratégias para os atingir, bem como se tomam decisões, desejavelmente fundamentadas.

A OE (2013) definiu cinco enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional do enfermeiro especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, constituindo-se como um instrumento relevante para orientar o papel do enfermeiro junto dos doentes e dos outros profissionais de saúde. Estes cinco enunciados descritivos referem-se à satisfação do doente e família; à promoção da qualidade, bem-estar e alívio do sofrimento; à prevenção de complicações; à readaptação funcional e à organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2013). Esta parametrização de padrões de qualidade em enfermagem é essencial à prática dos enfermeiros para que decidam sobre as intervenções de enfermagem que melhor garantam qualidade em saúde.

Assim, o trabalho desenvolvido enquadra-se no âmbito dos Padrões da Qualidade, pois promove o desenvolvimento de competências na prevenção de complicações na saúde dos doentes, e também organiza os cuidados de enfermagem, particularmente as CE, ao identificar os problemas potenciais/fatores de risco da MO do doente em tratamento de RT externa, relativamente aos quais o enfermeiro pode prescrever, implementar e avaliar intervenções, propondo vários programas para prevenir, minimizar ou gerir esses mesmos problemas ou efeitos secundários, nomeadamente: “Programa Educativo de Cuidado Oral”, “Programa Educativo de Prevenção da MO” e “Programa Educativo de Gestão da MO”.

Outra das implicações deste projeto foi a formação da equipa de enfermagem ao ter tido a oportunidade de aprofundar conhecimentos de como intervir junto dos doentes oncológicos com MO causada pela radioterapia externa, aumentando a sua capacidade para tomar decisões sobre os cuidados. A complexidade de intervenções de enfermagem que estes doentes necessitam foi sintetizada em dois documentos de apoio ao trabalho de enfermagem, a saber: o “Fluxograma de Atuação de Enfermagem na pessoa com risco de MO” e o “APEG - Algoritmo de Intervenção de Enfermagem na pessoa com risco de MO”.

Para colmatar as dificuldades referidas pelos doentes e cuidadores sobre a gestão de grandes quantidades de dados de informação com que contactam nas CE, e tal como é recomendado pela evidência científica, foi elaborado um folheto informativo “Mucosite Oral – recomendações para o doente e cuidador”, que aguarda autorização do Gabinete da Qualidade da instituição.

O Serviço de RT da minha instituição encontra-se certificado desde 2009 pela SGS<sup>21</sup> com a norma NP EN ISO 9001:2015, portanto, aliado a esta certificação e mantendo o encontro entre o desenvolvimento deste trabalho e os Padrões da Qualidade, este projeto contribui para melhorar a competência nos cuidados de enfermagem e a excelência do exercício profissional, tendo integrado o seu conteúdo técnico-científico nos modelos estruturais dos procedimentos da qualidade.

Outra implicação para a prática de cuidados é referente à necessidade de uma atualização do SIE CIPE/SAPE com a introdução da Mucosite Oral como foco de atenção aos cuidados de enfermagem, podendo assim ser possível gerar diagnósticos de “risco de MO” e “MO presente”, com respetivas intervenções de avaliação, prevenção e gestão.

Concluindo, ao longo da idealização/realização deste projeto foi possível identificar como a aquisição de competências especializadas, ao longo da prática clínica, foram evidenciadas as várias dimensões que integram a prática de cuidados especializados e como estes podem influenciar a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

---

<sup>21</sup> SGS – é uma empresa líder mundial em inspeção, verificação, testes e certificação. É reconhecida como referência mundial em qualidade e integridade.

#### **4. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO**

A realização do presente relatório proporcionou o conhecimento do processo de aprendizagem desenvolvido na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica. Exibe o percurso realizado durante três contextos de estágio que visaram o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção de Enfermagem Oncológica e de obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Ao longo da sua estrutura foi possível identificar como a aquisição de competências especializadas, ao longo da prática clínica, se refletiu na prestação de cuidados. Encontra-se nele descrito a forma como foram atingidos os objetivos gerais e específicos definidos para cada local de estágio, bem como as atividades realizadas para o desenvolvimento das mesmas. Do mesmo modo, foram evidenciadas as várias dimensões que integraram a prática de cuidados especializados e como estas puderam influenciar a melhoria da sua qualidade, com a identificação das competências adquiridas.

Assim, considero que este projeto com intervenção traduz-se num projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com risco de MO, uma vez que todos os documentos elaborados baseiam-se na mais recente evidência científica no âmbito da avaliação, prevenção, educação e gestão deste efeito adverso. De evidenciar o procedimento sectorial de enfermagem produzido, que sistematiza a intervenção à pessoa com risco de MO e consiste num documento orientador da boa prática, compilando os vários programas educativos, algoritmos e material educativo elaborados.

Sendo a MO um dos primeiros efeitos secundários a aparecer em pessoas com CCP em tratamento de RT e referido com frequência como o que causa maior morbidade e desconforto, realizou-se no 3º local de estágio um estudo descritivo-exploratório, com dados colhidos em 3 momentos e com os objetivos de identificar a prevalência, e respetivos graus, da MO secundária ao tratamento de RT nos doentes com CCP e de identificar as intervenções de enfermagem

promotoras de conforto destes doentes e quais as estratégias que estes adotam para promover o seu conforto. A amostra de conveniência dos primeiros 17 sujeitos, com idades compreendidas entre 43 e 87 anos e uma média de idade de 61 anos, revelou que 9 (60%) sujeitos desenvolveram MO no 2º momento e 15 (94%) no 3º momento, sendo que no 2º momento, 8 (53%) sujeitos apresentaram MO grau 1 e 1 (7%) grau 2 e no 3º momento, 9 (56%) sujeitos apresentaram MO grau 1 e 7 (44%) grau 2. Estes resultados revelam que a prevalência da MO aumenta com o aumento da dose acumulada de radiação, indo ao encontro de outros estudos publicados. Relativamente à intervenção de enfermagem que melhor promove o conforto, no 2º momento a “escuta ativa” é referida por 10 (67%) sujeitos, seguida do “ensino sobre cuidados orais” indicada por 9 (60%) sujeitos; no 3º momento, foram referidas as mesmas intervenções, 11 (69%) sujeitos para a “escuta ativa” e 6 (40%) para o “ensino sobre cuidados orais” e o “apoio emocional”, respetivamente. Quanto à avaliação do desconforto total pode-se referir que existiu um aumento progressivo do desconforto ao longo dos três momentos, porque no 1º momento 14 (82%) sujeitos referem ter nível de desconforto inferior a 3, passando no 2º momento a haver 11 (69%) sujeitos com níveis de desconforto entre 3 e 8, sendo neste nível que se mantem o desconforto no 3º momento para 12 (80%) sujeitos. Relativamente às estratégias que os sujeitos mais utilizam para promover o conforto, estas são: a “utilização de bochechos”, tanto no 2º como no 3º momento, respetivamente por 73% e 94% dos sujeitos quanto ao conforto físico; a estratégia que melhor promove o conforto psico-espiritual, é o “apoio da família/amigos” , em 73% e 69% dos sujeitos, respetivamente no 2º e no 3º momento; ao nível do conforto ambiental, é o “conforto da casa” em 93% dos sujeitos no 2º momento e 88% no 3º, sendo o “estar com a família/amigos” que promove o conforto sociocultural para 73% dos sujeitos no 2º momento e 69% no 3º, seguida do “passear”, respetivamente 27% e 25% no 2º e 3º momento.

Decorrido este percurso aqui relatado, analisado e refletido, considero que a implementação deste projeto com intervenção cria condições para uma prática de enfermagem promotora de conforto e que visa representar os efetivos ganhos em saúde dos Cuidados de Enfermagem em Radioterapia. A conceptualização

teórica à luz da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba permitiu uma reflexão fundamentada da prática de enfermagem em ambientes complexos como aqueles onde decorreram os estágios.

Importa enaltecer a partilha de conhecimentos e a troca de experiências com todos os enfermeiros e outros elementos da equipa multi e interdisciplinar que cruzaram este meu caminho, com quem aprendi e cresci, tanto a nível pessoal como profissional.

Considero a Enfermagem a ciência e a arte do cuidar, um cuidar que se quer humano, criativo e científico, ou seja, um cuidar refletido, analisado e implementado pela prática de Enfermagem. Sendo a articulação destes conceitos na prática diária que torna esta disciplina importante na formação do enfermeiro especialista. Quanto mais proficiente a excelência do desempenho do Enfermeiro melhor será a sua capacidade de adaptação, de resposta imediata e adequada às necessidades de âmbito técnico, científico e humano, de todos aqueles que num momento da sua vida dependem desses cuidados e que têm o direito de serem considerados na abrangência que os constitui. É conseguirmos olhar para o doente em todas as suas dimensões e contribuir para a sua recuperação, superação dos obstáculos da doença crónica e respetivos tratamentos, que se **conforta**.

Neste sentido, foi evidente a relevância do exercício de reflexão continuo na e sobre a prática de cuidados, assim como a capacidade de antecipar e identificar precocemente complicações e possuir o raciocínio para a resolução de problemas ou constrangimentos, quer na prática de cuidados direta, como no seio da equipa de enfermagem ou multidisciplinar. Neste sentido, espero, como Enfermeira Especialista, deter o conhecimento e saber operacionalizá-lo, que mantenha um espírito crítico e de iniciativa, procurando novas soluções para os problemas com que me deparo dia a dia na atividade profissional especializada.

No que diz respeito a implicações para a investigação, a curto prazo, pretendo publicar um artigo sobre o estudo realizado em revista científica de Enfermagem. Pretendo também realizar um Guia de Boas Práticas a submetê-lo à apreciação da Ordem dos Enfermeiros, integrando os documentos elaborados e propostos no relatório, pois poderá ajudar os enfermeiros na sua

prática, uma vez que sistematizam as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica com risco de MO secundária à RT.

Admitindo que se encontra em aberto um vasto caminho de investigação nesta área pelo que, a longo prazo, pretendo produzir documentação científica que contribua para as boas práticas no âmbito da promoção do conforto ao doente oncológico.

Neste sentido, este percurso não termina aqui. É o início de uma nova jornada, em que os novos conhecimentos se transformam em novas ferramentas, os novos saberes em novas práticas, e o confortar numa nova forma de ser e de estar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aghamohammadi, A.; Hosseinimehr, S. (2016). Natural products for management of oral mucositis induced by radiotherapy and chemotherapy. *Integrative Cancer Therapies*, 15 (1), 60–68.
- Ahn, P.; Chen, C.; Ahn, A. (2009). Adaptive planning in intensity-modulated radiation therapy for head and neck cancers: single-institution experience and clinical implications. *International Journal Radiation Oncology*, 80 (3), 77-685.
- Airley, R. (2009). *Cancer chemotherapy: basic science to the clinic*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.
- Alarcão, I.; Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enfermagem*. 3 (14), 373-82.
- Albuquerque, A.; Soares, M.; Silva, D. (2010). Oral mucositis: pathobiology, prevention and treatment. *Com. Ciências Saúde*, 21 (2), 133-138.
- Albuquerque, I; Camargo, T. (2007). Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Revista Brasileira cancerologia*, 53 (2), 195-209.
- Allen, L. (2011). Oral mucositis and compounded mouthwashes. *U.S Pharmacist*, 20, 1-9. Acedido a 30/07/2017. Disponível em: <https://www.uspharmacist.com/article/oral-mucositis-and-compounded-mouthwashes>
- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco News*, 21, 27-31.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II Série (9), 61-67.

- Araújo, S.; Luz, M.; Silva, G.; Andrade, E.; Nunes, L.; Moura, R. (2015). Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23 (2), 267-274.
- Assembleia da República (2012). Lei n.º 52/2012, de 5 de Setembro. Lei de bases dos cuidados paliativos. Diário da República, 1.ª série - N.º 172 (05.09.2012), 5119 - 5124. Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>.
- Assembleia da República (2015). Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro: Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Diário da República, 1.ª Série - N.º 181:8059-8105. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (Coor.) (2017). Linha de consenso: Mucosite oral em radioterapia. Porto: Autor.
- Aziz, L.; Ebenfelt, A. (2010). Mucosal secretion changes during radiotherapy in the oral cavity. *Clinical Oral Investigation*, 11, 293-6.
- British Columbia Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursingsite/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>.
- Bensinger, W. (2008). Prevention and management of mucositis in cancer care. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 6 (1), S1-S21.
- Bonan, P.; Lopes, M.; Alves, F.; Almeida, O. (2005). Aspectos clínicos, biológicos, histopatológicos e tratamentos propostos para a mucosite oral induzida por radioterapia: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(3), 235-242.
- Bonassa, E. (2000). *Enfermagem em terapêutica oncológica* (2ª ed.). São Paulo: Atheneu.

- Bonassa, E.; Gato, M. (2012) *Terapêutica oncológica para enfermeiros e farmacêuticos*.(4ª ed.) São Paulo: Atheneu.
- Hu, K.; Harrison, L. (2008). Cancer of the Oral Cavity and Oropharynx In J. Lu & L. Brady (Eds). *Radiation oncology an evidence-based approach*. Berlin: Springer-Verlag.
- Cacelli, E.; Pereira, M.; Rapoport, A. (2009). Avaliação da mucosite e xerostomia como complicações do tratamento de radioterapia no cancer de boca e orofaringe. *Revista Brasileira Cirúrgica Cabeça Pescoço*, 38 (2), 80-83.
- Caldwell, L., & Grobbel, C. (2013). The importance of reflective practice in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6 (3), 319-326.
- Campana, I.; Goiato, M. (2013). Tumores da cabeça e pescoço: epidemiologia, fatores de risco, diagnóstico e tratamento. *Revista Odontológica de Araçatuba*, 34 (1), 20-26.
- Cancer Care Ontario (2012). *CCO's symptoms management guide-to-practice: oral care*. Ontario: Autor.
- Castro, M. (2002). *Sobre a morte e o morrer*. (Apontamentos em seminário).
- Conselho Internacional de Enfermeiras. (2009). *CIPE/ICNP – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. (Associação Portuguesa de Enfermeiros, Ed.) (3ª ed.). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2016). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem (CIPE) – versão 2015*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Cox, J. (1995). Toxicity criteria of the radiation therapy oncology group (RTOG) and the european organization for research and treatment of cancer (EORTC). *Int Journal Radiation Oncology Biol.*, 31 (5),1341-6.

- Cullen, L.; Baumler, S.; Farrington, M.; Dawson, C.; Folkmann, P.; Brenner, L. (2018). Oral care for head and neck cancer symptom management – piloting evidence-based practice change at a radiation oncology center. *AJN*. 118 (1), 24-34.
- De Boer, H.; Heijmen, B. (2001). A protocol for the reduction of systematic patient setup errors with minimal portal imaging workload. *International Journal of Radiation Oncology*, 5(50), 1350-1365. DOI: 10.1016/S0360-3016(01)01624-8.
- Decreto-lei nº 74/2006, de 24 de Março (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Diário da República Eletrónico (09/04/2017) 1- 36.
- Denardi, U. (2008). *Enfermagem em Radioterapia: Atlas e Texto*. São Paulo: Lemar.
- De Sanctis, V.; Bossi, P.; Sanguinetti, G.; Trippa, F.; Ferrari, D.; ... Lalla, V. (2016). Mucositis in head and neck cancer patients treated with radiotherapy and systemic therapies: literature review and consensus statements. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 100, 147-166.
- Direção Geral da Saúde (2018). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/07/26/dia-mundial-do-cancro-da-cabeça-e-pescoco/>.
- Dias, J. (2004). *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência.
- Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001). Lisboa: Instituto de Lexicologia e Lexicografia da Academia das Ciências de Lisboa.
- Echer, I. (2005). Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5 (13), 754-757.

- Egestad, H. (2013). The significance of fellow patients for head and neck cancer patients in the radiation treatment period. *European Journal of Oncology Nursing*, 5 (17), 618-624.
- Eilers, J., Million, R. (2011). Clinical update: prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4), e1- e16.
- Eilers, J.; Harris, D.; Harriman, A.; Cashavelly, B.; Maxwell, V. (2008). Evidence - based Interventions for cancer treatment – related mucositis: putting evidence into practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 1(12), 141-152.
- Eilers, J.; Harris, D.; Henry, K.; Johnson, L. (2014). Evidence - based Interventions for cancer treatment – related Mucositis: putting evidence into practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (6), 80-96.
- Estevão, R.; Santos, T.; Ferreira, A.; Machado, A.; Fernandes, J.; Monteiro, E. (2016). Características epidemiológicas e demográficas dos doentes portadores de tumores de cabeça e pescoço no norte de portugal: impacto na sobrevivência. *Revista da Ordem dos Médicos*. 29 (10), 597-604.
- European Oncology Nurse Society (2005). Oral mucosites guidelines: Implementation toolkit. Section 4. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/eons>
- European Oncology Nurse Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum* (4th ed.), 1-43. Acedido a 15/10/2017. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>.
- Ferreira, A.; Ferreira, L.; Pereira, L.; Pedrosa, C.; Pinto, C.; Vendeiro, N. (2006). Trabalho de equipa em enfermagem. *Forum Enfermagem*. Disponível em: [http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/artigos-de-autor/item/2356-trabalho-de-equipa-em-enfermagem#.W\\_8r4mj7Rdg](http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/artigos-de-autor/item/2356-trabalho-de-equipa-em-enfermagem#.W_8r4mj7Rdg).

- Melo Filho, M.; Pires, M.; Junior, H.; Bonan, P.; Lima, L. (2010). Prevalência de mucosite oral radioinduzida em um serviço de radioterapia no norte de Minas Gerais. *Revista Odontológica Brasileira Central*, 19 (50), 239-242.
- Franco, P.; Martini, S.; Muzio, J.; Cavallin, C.; Arcadipane, F.;... Ricardi, U. (2017). Prospective assessment of oral mucositis and its impact on quality of life and patient-reported outcomes during radiotherapy for head and neck cancer. *Medicine Oncology*, 34 (5), 1-8. DOI: 10.1007/s12032-017-0950-1.
- Gholizadeh, N.; Sheykhbahaei, N.; Sadrzadeh - Afshar, M. (2016). New treatment approaches of oral mucositis: A Review of literature. *Advances in Human Biology*, 6, 66-72.
- Gosh, G.; Tallari, R.; Malviya, A. (2016). Toxicity profile of IMRT vs. 3D-CRT in head and neck cancer: a retrospective study. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 10 (9), XC01-XC03. DOI: 10.7860/JCDR/2016/21457.8583.
- Godinho, N. (2017). *Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Normas APA e ISO 690 (NO 405)*. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Gondim, F. M.; Gomes, I. P.; Firmino, F. (2010). Prevenção e tratamento da mucosite oral. *Revista Enfermagem*, 1 (18), 67-74.
- Green, P.; Kinghorn, S. (1995). Radiotherapy: its nature and scope In J. David (Eds.), *Cancer care: Prevention, Treatment and Palliation*. Londres: Chapman & Hall.
- Gutierrez, C. (2009). *Manual CTO de urgências oncológicas*. Madrid: CTO Editorial.
- Hall, E.; Giaccia, E. (2006). *Radiobiology for the Radiologist* (6ª ed.) Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Hall, E. J.; Giaccia, A. J. *Radiobiology for the radiologist*. 7nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer - Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

- Harris, D.; Eilers, J.; Harriman, A.; Cashavelly, B.; Maxwell, C. (2008). Putting Evidence into practice: evidence-based interventions for oral management of oral mucosites. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 1 (12), 141-152.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital, Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Hurkmans, C.; Remeijer, P.; Lebesque, J.; Mijnheer, B. (2001). Set-up verification using portal imaging; review of current clinical practice. *Radiotherapy & Oncology*, 58 (2), 105-120. DOI:10.1016/S0167-8140(00)00260-7.
- Jham, B.; Freire, A. (2006). Oral complications of radiotherapy in the head and neck. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 72 (5), 704-708.
- Junior, E.; Sousa, F.; Jardim, E.; Castro, E.; Ciesielski, F. ... Castro, A. (2011). Efeitos da radioterapia sobre as condições bucais de pacientes oncológicos. *Revista Pós Graduada*, 18 (2), 96-101.
- Kartin, P.; Tasci, S.; Soyuer, S.; Elmali, F. (2014). Effect of oral mucositis protocol on quality of life of patients with head and neck cancer treated with radiation therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), E118-E125.
- Kasat, V. (2010). Radiotherapy: an update. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*, 22 (4), S26-S30.
- Kolcaba, K. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. 16, 1301-1310.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19, 1178-1184.
- Kolcaba, R. (1997). The primary holisms in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 290-296.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Nova York: Springer publishing company, Inc.

- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle range theories. Application to nursing research* (2<sup>nd</sup> ed.) Philadelphia: *Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins*.
- Lalla, R.; Sonis, S.; Bowen, J.; Barash, A.; Elting, L.; ...Peterson, D. (2014). MASC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 15, 1453 - 1461. DOI:10.1002/cncr.28592.
- Lin, Y.; Lin, C. (2011). Factors predicting patient's perception of privacy and satisfaction for emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 28 (7), 604-608. DOI: 10.1136/emj.2010.093807
- Lopes, C.; Mas, J.; Zângaro, R. (2006). Prevenção da xerostomia e da mucosite oral induzidas por radioterapia com uso de laser de baixa potência. *Radiologia Brasileira*, 39 (2),131 - 136.
- Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1 - 9. DOI: 10.1590/0104-070720160002060014.
- Lopes, M.; Silveira, D.; Ferreira, S. (1999). Educação em saúde nas doenças crônico-degenerativas e a promoção da qualidade de vida: relato de experiência. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 2, 121 - 30.
- Mallick, S.; Benson, R.; Rath, G. (2016). Radiation induced oral mucositis: a review of current literature on prevention and management. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 273, 2285 - 2293. DOI: 10.1007/s00405-015-3694-6.
- Malinowski, A.; Stamler, L. (2002). Comfort: exploration of the concept in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 39 (6), 599 - 606.
- Mata, L.; Cruz, F.; Ferreira, E.; Vasques, C.; Reis, P. (2016). Validation of an educative manual for patients with head and neck cancer submitted to

radiation therapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 24, 1 - 9. Acedido a 12/12/2017. Disponível em: [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae). DOI: 10.1590/1518-8345.0949.2706.

Mata, L. (2013). *Efetividade de um programa de ensino para o cuidado domiciliar de pacientes submetidos à prostatectomia radical: ensaio clínico randomizado*. (Tese Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Melo Filho, M.; Pires, M.; Junior, H.; Bonan, P.; Lima, L. (2010). Prevalência de mucosite oral radioinduzida em um serviço de radioterapia no norte de Minas Gerais. *Revista Odontológica Brasileira Central*, 19 (50), 239-242.

Ministério da Saúde (2014). Portaria N° 82/2014, de 10 de Abril. Diário da República, 1ª Série – N° 71. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/25343991>

Morse, J. (1998). A enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional. *Texto Contexto Enfermagem*, 7 (2), 70-92.

Morse, J.; Bortorff, J.; Hutchinson, S. (1995). The paradox of comfort. *Nursing Research*, 44 (1), 14-19. DOI: 10.1097/00006199-199501000-00004.

Murphy, B.; Beaumont, J.; Isitt, J.; Garden, A.; Gwede, C. ... Cella, D. (2009). Mucositis – related morbidity and resource utilization in head and neck cancer patients receiving radiation therapy with or without chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38 (4), 522-532.

National Cancer Institute (2010). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) Version 4.0. U.S. Department of health and human services. Acedido a 12/12/2017. Disponível em: [www.eortc.be/services/doc/ctc/CTCAE\\_4.03\\_2010-06-14\\_QuickReference\\_5x7.pdf](http://www.eortc.be/services/doc/ctc/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf).

Oliveira J.; Albuquerque, M.; Brêda M.; Barros, L.; Lisbôa, G. (2015). Concepts and practices for hosting presented by nursing in the context of primary

health care. *Journal of Nursing UFPE*, 9 (10), 1545-1555. Doi: 10.5205/reuol.8463-738612-SM.0910sup201522.

Oliveira, C. (2008). A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica. *Pensar Enfermagem*. 12(1), 2-13.

Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intenção conciliando intensões*. (Tese de Doutoramento). Universidade de Lisboa.

Oliveira, C.; Lima, J.; Ribeiro, R.; Domingues, A.; Moreira, V.; Oliveira, M. (2014). Actuação da enfermagem na prevenção e controle da mucosite oral em pacientes submetidos à quimioterapia: uma revisão da literatura. *C&S – Revista Electrónica da Fainor*, 7 (1), 94-107.

Oliveira, C.; Lopes, M. (2010). Construir laços de confiança e promover o conforto. *Pensar Enfermagem*. 1 (14), 67-74.

Oliveira, D. (2008) – Projecto dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em Portugal. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, 28, 36-41.

Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. Acedido a 22/07/2017. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%2de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007a). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) - Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*. Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/SIE.aspx>.

Ordem dos Enfermeiros. (2007b). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. Disponível em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde\\_in  
dicadores-vfout2007.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_in<br/>dicadores-vfout2007.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2010a). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. [Em linha]. Acedido a 10/05/2017. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (2010b). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. [Em linha]. Acedido a 10/05/2017. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica\\_aprovadoAG20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasPessoaSituacaoCritica_aprovadoAG20Nov2010.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulga-padroesdequalidadedoscuidados.pdf>.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Gui?o%20paraelaborac??oprojetosqualidadeSRS.pdf>

- Palmela, P. (2010). *Guidelines para Cuidados de Saúde Oral em Doentes Oncológicos*. Queluz: Círculo Médico.
- Paula, J.; Sonobe, H.; Nicolussi, A.; Zago, M.; Sawada, N. (2012). Symptoms of depression in patients with cancer of the head and neck undergoing radiotherapy treatment: a prospective study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 2 (20), 362-368.
- Pelisser, F.; Rockenbarch, M.; Cherubini, K.; Veeck, E.; Figueiredo, M. (2008). Considerações sobre modalidades radioterapêuticas empregadas para o tratamento de neoplasias da região da cabeça e pescoço. *Revista da Faculdade de Odontologia*, 13 (1), 75-79.
- Peters, M.; Godfrey, C.; McInerney, P.; Soares, C.; Khalil, H.; Parker, D. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5),v139-v151. DOI: 10.1093/annonc/mdv202.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinho, A.; Misorelli, J.; Montelli, R.; Longato, S. (2010). Mucosite no paciente em tratamento de cancer. *Science in Health* 1 (3), 145-160.
- Pott, F.; Stahlhoefer, T.; Felix, J.; Meier, M. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (2), 174-9.
- Pupulim, J.; Sawada, N. (2010). Privacidade física referente à exposição e manipulação corporal: percepção de pacientes hospitalizados. *Texto & Contexto Enfermagem*, 19 (1), 36-44. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072010000100004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010407072010000100004&script=sci_abstract&tlng=pt)

Quinn, B.; Botti, S.; Kurstjens, M.; Margulies, A.; Orlando, L.; ... Vasconcelos, (2015a). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. Clinical Practice Guidelines and recommendations. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html).

Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; ... Campbell, F. (2015b). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). *United Kingdom Oral Mucosistis in Cancer Group*. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.

Radünz, V. (1999). *Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológica e o self da enfermeira*. (2ª ed.) Goiânia: AB.

Ribeiro, P. (2012). A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar – construção de uma teoria explicativa. (Tese de doutoramento). Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

Rodrigues, R. (1999). Registo de tratamento de radioterapia. Acedido a 13/11/2017. Disponível em: <http://ruirodrigues.pt/piros/ComplicF.html>

Rodrigues, M.; Amaral, A. (1999). Sobre o significado de tratar e cuidar. *Sinais Vitais*, 12, 46-47.

Rolão, A.; Monteiro-Grillo, I.; Camilo, M.; Ravasco, P. (2011). Qual o perfil nutricional e de estilos de vida do doente oncológico? *Acta Médica Portuguesa*, 24 (S2), 113-122.

Roreno (2010). Registo Oncológico Regional do Norte. [Em linha]. Disponível em: <http://www.roreno.com.pt/pt/sobre-o-cancro/o-que-e-o-cancro.html>.

Rosa, L., Mercês, N., Marcelino, S., & Radunz, V. (2007). A consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: contextualizando uma realidade. *Cogitare Enfermagem*, 12 (4), 487-493. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/%20article/viewFile/10075/6927>

- Rosa, L.; Mercês, N.; Santos, V.; Radünz, V. (2008). The comfort's faces: from nurses and cancer patients point of view. *Revista Enfermagem UERJ*, 16 (3), 410-4.
- Rosenthal, D.; Trotti, A. (2009). Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiation Oncology*, 19, 29-34.
- Ruivo, M. A.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1–37. ISSN 1646-5067.
- Santos, R.; Dias, R.; Giordani, A.; Segreto, R.; Segreto, H. (2011). Mucositis in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 45 (6), 1338-44.
- Scaff, L. (1999). Bases físicas da radioterapia In J. Salvajoli; L. Souhami; S. Faria (Coords.). *Radioterapia em oncologia*. (35-90). Brasil: Atheneu.
- Scardina, G. Pisano, T. Messina, P. (2010). Oral mucositis: review of literature. *Dental Journal*, 76 (1), 34-38.
- Siefert, M. (2002). Concept Analysis of Comfort. *Nursing Forum*. 4 (37), 16-23.
- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55, 11-19.
- Silva, C. (2008). *Conceito de Conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras em unidades de internação hospitalar*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Silva, J.; Valente Ribeiro, P. (2015). Strategies for self-care of persons with cancer undergoing chemotherapy/radiotherapy and its relationship with comfort. *Enfermería Global*, 37, 384-400.
- SNS (2017). IPO Porto: cancro da cabeça e pescoço. Acedido a 11.01.2018. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2017/07/25/ipo-porto-cancro-da-cabeca-e-pescoco/>.

SNS (2018). Dia do cancro da cabeça e pescoço. Acedido a 10.04.2018.  
Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2018/07/26/dia-mundial-do-cancro-da-cabeca-e-pescoco/>.

Sonis, S. (2004). The pathobiology of mucositis. *National Rev. Cancer*, 4 (4), 277-284.

Sonis, S. (2009). Mucositis: the impact, biology and therapeutic opportunities of oral mucositis. *Oral Oncology*, 45, 1015-1020. DOI: 10/1016/j.oraloncology.2009.08.006.

Sonis, S. (2010). New thoughts on the initiation of mucositis. *Oral Diseases*, 16, 597-600.

Stokman, M.; Spijkervet, F.; Boezen, H.; Schouten, J.; Roodenburg, J. (2006). Preventive intervention possibilities in radiotherapy and chemotherapy-induced oral mucositis: Results of meta-analyses. *Journal Dental Res*, 85 (8), 690-700.

Thompson, A.; Taylor, B. (2008). *Guide for the use of the International System of Units (SI)*. Gaithersburg: National Institute of Standards and Technology.

Thomson, P. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2), 65-68.

Todorovic, V.; Russell, C.; Elia, M. (2011). *O Folheto Explicativo da “MUST”*. UK: BAPEN.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Vanzin, A.; Nery, M. (2000). *Consulta de enfermagem: uma necessidade social?* (2ª ed.) Porto Alegre: RM & L.

VanPutte, C.; Regan, J.; Russo, A. (2016). *Anatomia e Fisiologia de Seeley* (10ª edição). Brasil: McGraw-Hill.

Vidal, A.; Revoredo, E. (2010). Radiotherapy in tumors of mouth. *Odontologia Clínico-Científica*, 9 (4), 295-298.

Villas-Bôas, M. (2015). O direto-dever de sigilo na proteção ao paciente. *Revista Bioética*, 23 (3), 513-523.

Volpato, L.; Silva, T.; Oliveira, T.; Sakai, V.; Machado, M. (2007). Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia*, 4 (73), 562-568.

World Health Organization (1979). WHO handbook for reporting results of cancer treatment. Acedido a 14.03.2018. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37200/WHO\\_OFFSET\\_48.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37200/WHO_OFFSET_48.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

## **ANEXOS**



**Anexo I – Escala MUST**



## 'MUST'

A 'MUST' é uma ferramenta de rastreio em cinco passos que identifica **adultos** que sofrem de malnutrição, portanto, que estejam em risco de subnutrição ou que sofram de obesidade. Inclui ainda as linhas de orientação de controlo que podem ser utilizadas para desenvolver um plano de cuidados.

Destina-se a ser utilizada em hospitais, na comunidade e noutras instalações de cuidados e pode ser utilizada por todos os profissionais de saúde.

Esta guia contém:

- Um fluxograma que apresenta os 5 passos a utilizar para o rastreio e controlo
- A tabela de IMC (Índice de massa corporal)
- As tabelas de perda de peso
- As medidas alternativas quando o IMC não pode ser obtido medindo-se o peso e a altura.

## Os 5 passos da 'MUST'

### Passo 1

Medir a altura e o peso para obter a pontuação de IMC utilizando a tabela fornecida. Se não for possível obter a altura e o peso, utilizar os procedimentos alternativos indicados neste guia.

### Passo 2

Asotar a percentagem de perda de peso involuntária e pontuar utilizando as tabelas fornecidas.

### Passo 3

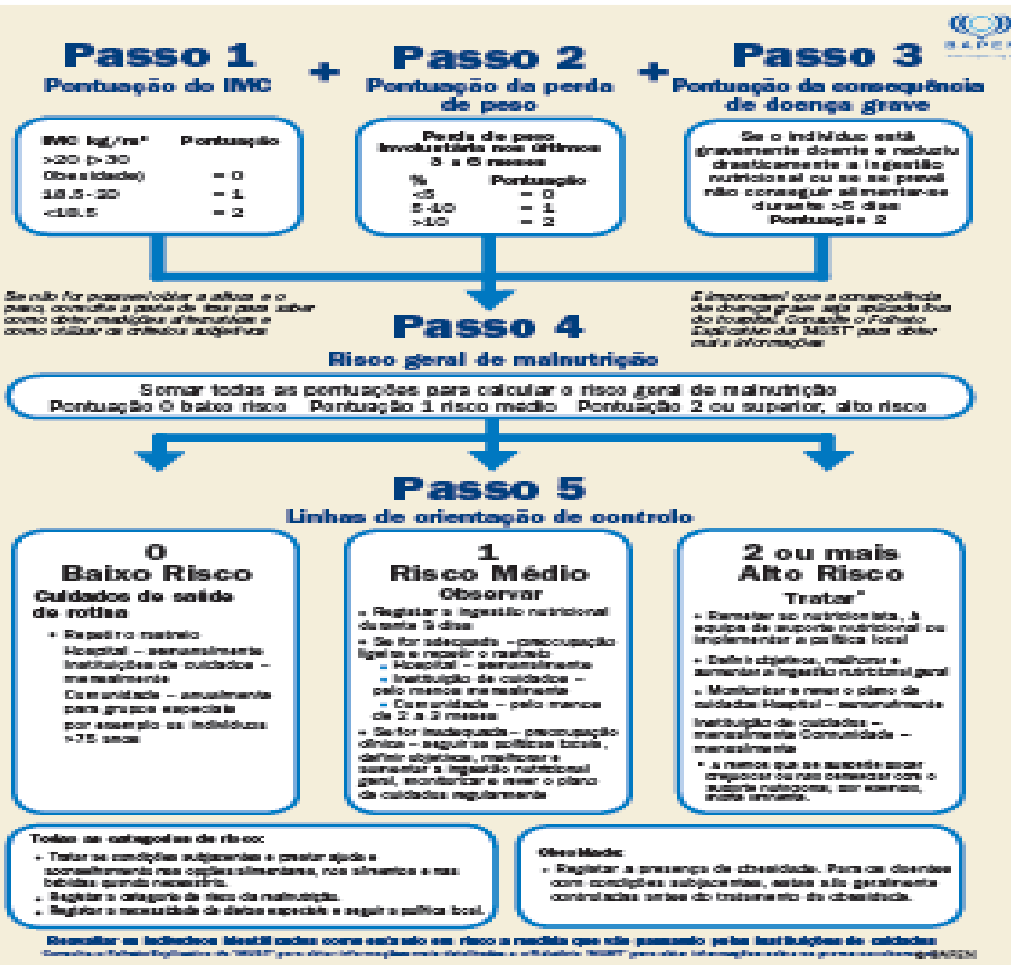
Estabelecer a consequência da doença grave e pontuar.

### Passo 4

Somar as pontuações dos passos 1, 2 e 3 para obter o risco geral de malnutrição.

### Passo 5

Utilizar as linhas de orientação de controlo a/ou a política local para desenvolver um plano de cuidados.





**Anexo II – Documento de avaliação da sessão de formação**



**APRECIÇÃO GLOBAL DA FORMAÇÃO – QUESTIONÁRIO DOS FORMANDOS**  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E FORMAÇÃO

Ação de formação: \_\_\_\_\_

Nome(s) do(s) formador(es): \_\_\_\_\_

Nome do formando: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Na procura da qualidade e melhoria contínua do processo formativo, propõe-se uma breve apreciação sobre a qualidade da sessão formativa fornecida. Responda a todas as questões que se seguem recorrendo à escala abaixo indicada. Marque um (X) sobre o algarismo que melhor corresponder à sua opinião:

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

Em que medida está satisfeito ou insatisfeito com...	1	2	3	4	5
1. A adequação da formação às suas necessidades e expectativas?					
2. A qualidade dos conteúdos (nível de informação, adequação e interesse)?					
3. As condições da sala					
4. A qualidade do apoio técnico e administrativo					
5. A possibilidade de aplicar os conhecimentos adquiridos em situação concreta de trabalho?					
6. A prestação do(s) formador(es):					
6.1 Domínio dos conteúdos / competências técnico-científicas?					
6.2 Metodologia da transmissão de conhecimentos?					
6.3 Utilização e domínio dos recursos didáticos?					
6.4 Documentação fornecida?					
<b>Total pontos (soma dos pontos)</b>					
<b>Pontuação final (soma pontos / 9)</b>					

**7. Sugestões para melhorar futuras ações de formação:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**NOTA:**

- Para o formando obter o certificado terá de assistir a 80% do tempo de duração do curso;
- Para obtenção de certificado com aproveitamento terá de obter uma classificação superior a 50%, no teste final.



**Anexo III – Resposta da Comissão de Ética**



De: Célia Carocinho (CEF)

Enviado: 23 de março de 2018 17:24

Para: [REDACTED]

Assunto: Autorização para recolha de dados, doentes oncológicos / Radioterapia , no âmbito do projeto - " Promoção do conforto da pessoa com mucosite oral secundária à radioterapia: intervenção da enfermagem" - Proposto pela Enf.ª Tânia Isabel Vitoriano

Boa tarde, no seguimento do seu pedido , informa-se que o mesmo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética e Conselho de Administração , à recolha de dados anonimizados e ainda que seja cumprida a Circular Informativa, nº23/2013.

Disponha,

Com os melhores cumprimentos,

Célia Carocinho

Coordenadora do Centro de Educação e Formação

[REDACTED]

PENSE ANTES DE IMPRIMIR



**Anexo IV – Certificado de participação nos Encontros da Primavera 2018**



# ENCONTROS 2018 DA PRIMAVERA ONCOLOGIA oncology spring meeting

Da evidência à clínica  
From evidence to clinic

## CERTIFICADO

O trabalho:

**Intervenção de Enfermagem ao doente com risco de mucosite oral  
induzida por Radioterapia**

elaborado por: Tânia Vitoriano; Elisabete Dias; Maria Manuel Madaleno;  
Alexandra Santos

foi apresentado no formato de Poster Enfermagem nos  
ENCONTROS DA PRIMAVERA 2018 - da evidência à clínica  
que decorreram no Évora Hotel de 11 a 14 de Abril de 2018.

 Ana Castro	 Ana Pais	 Carlos Neves	 Hélder Mansinho	 Joana Augusto	 Lúcio Lara Santos
 Miguel Barbosa	 Paulo Costa	 Pedro Chinita	 Sandra Bento	 Sérgio Barroso	

STEERING COMMITTEE

ORGANIZAÇÃO | organization

 DNA PRIME  
SCIENTIFIC EDUCATION

AGÊNCIA OFICIAL | official agency

 FactorChave



## **APÊNDICES**



**Apêndice I – Escalas de avaliação da toxicidade oral**



**Quadro 1: WHO Health Organization Criteria Mucositis (WHO, 1979)**

Grade	Description
0 (none)	None
1 (mild)	Soreness, erythema
2 (moderate)	Erythema, ulcers; patients can swallow solid diet
3 (severe)	Ulcers, extensive erythema; patients cannot swallow solid diet only
4 (life-threatening)	Mucositis to extent that alimentation is not possible

**Fonte:** www.who.com

**Quadro 2: National Cancer Institute Mucositis Grading Scale (NCI-CTCAE)**

Grade	Description
<b>0</b>	None
<b>1</b>	Painless ulcers, erythema or mild soreness in absence of lesions
<b>2</b>	Painful erythema, edema or ulcers, but patients can eat/swallow
<b>3</b>	Painful erythema, edema or ulcers, requiring i.v. hydration
<b>4</b>	Severe ulcerations or requires parenteral/enteral nutritional support or prophylactic intubation
<b>5</b>	Death due to toxicity

**Fonte:** National Cancer Institute (2010)

### Quadro 3: RTOG Acute Radiation Morbidity

Grade/ Tissue	Mucous Membrane	Salivary Gland	Pharynx	Larynx
<b>Grade 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritation;</li> <li>- May experience mild pain not requiring analgesic</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mild mouth dryness;</li> <li>- Slightly thickened saliva;</li> <li>- May have slightly altered taste such as metallic taste;</li> <li>- These changes not reflected in alteration in baseline feeding behavior, such as increased use of liquid with meals</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mild dysphagia or odynophagia;</li> <li>- May require topical anesthetic or non-narcotic analgesics;</li> <li>- May require soft diet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mild or intermittent hoarseness;</li> <li>- Cough not requiring antitussive;</li> <li>- Erythema of mucosa</li> </ul>
<b>Grade 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patchy mucositis that may produce inflammatory serosanguinous discharge;</li> <li>- May experience moderate pain requiring analgesia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moderate to complete dryness;</li> <li>- Thick, sticky saliva;</li> <li>- Markedly altered taste</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moderate dysphagia or odynophagia;</li> <li>- May require narcotic analgesics;</li> <li>- May require puree or liquid diet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Persistent hoarseness but able to vocalize;</li> <li>- Referred ear pain, sore throat, patchy fibrinous exudate or mild arytenoid edema not requiring narcotic;</li> <li>- Cough requiring antitussive</li> </ul>
<b>Grade 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confluent fibrinous mucositis;</li> <li>- May include severe pain requiring narcotic</li> </ul>	(none)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Severe dysphagia or odynophagia with dehydration or weight loss &gt; 15% from pretreatment baseline requiring NG feeding tube, i.v. fluids or hyperalimentation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Whispered speech, throat pain or referred ear pain requiring narcotic;</li> <li>- Confluent fibrinous exudate, marked arytenoid edema</li> </ul>
<b>Grade 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulceration, hemorrhage or necrosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acute salivary gland necrosis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Complete obstruction, ulceration, perforation, fistula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Marked dyspnea, stridor or hemoptysis with tracheostomy or intubation necessary</li> </ul>

Fonte: Cox (1995)

#### Quadro 4: Tradução livre da RTOG Acute Radiation Morbidity

(O grau de MO é atribuído segundo o maior grau que se apresenta)

Grau / Tecido	Mucosa	Glândula Salivar	Faringe	Laringe
<b>Grau 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Irritação;</li> <li>- Pode apresentar dor, não necessitando de analgesia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secura leve na boca;</li> <li>- Saliva ligeiramente espessa;</li> <li>- Pode ter sabor ligeiramente alterado, como gosto metálico;</li> <li>- Essas alterações não se refletem na alteração alimentar, apenas o aumento de líquidos com as refeições</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disfagia leve ou odinofagia;</li> <li>- Pode ser necessário analgesia tópica ou analgesia não opióide;</li> <li>- Pode ser necessária dieta suave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rouquidão leve ou intermitente;</li> <li>- Tosse sem necessidade de anti-tussíco;</li> <li>- Eritema da mucosa</li> </ul>
<b>Grau 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mucosite com produção de secreções sero hemática;</li> <li>- Processo inflamatório;</li> <li>- Dor moderada, necessitando de analgesia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moderada ou completa secura;</li> <li>- Alterações intensas no paladar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Moderada disfagia ou odinofagia;</li> <li>- Pode ser necessário uso de opióides;</li> <li>- Pode ser necessária dieta mole ou líquida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rouquidão persistente, mas capaz de vocalizar;</li> <li>- Disfagia e odinofagia, exsudado fibroso ou edema aritenóideo leve que não necessita de opióides;</li> <li>- Tosse que necessita de anti-tússico</li> </ul>
<b>Grau 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mucosite fibrinosa;</li> <li>- Pode existir dor severa, necessitando de analgesia com opióides</li> </ul>	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Severa disfagia ou odinofagia com desidratação ou se perda de peso &gt; 15% pré-tratamento, necessita de ENG, hidratação EV ou suplementos alimentares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fala em sussurro, dor de garganta ou dor de ouvido, necessitando de analgesia com opióides;</li> <li>- Exsudado fibrinoso, acentuado edema aritenóideo</li> </ul>
<b>Grau 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ulceração, hemorragia ou necrose</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Necrose aguda da glândula salivar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Completa obstrução da faringe, ulceração, perfuração, fístula</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispneia, estridor ou hemoptises, podendo ser necessária traqueostomia ou entubação</li> </ul>

## Quadro 5: Oral Assessment Guide (OAG)

(The scores of the 8 categories are summed. A normal mouth will receive a score of 8)

Category	Method of observation	Rating: 1	Rating: 2	Rating: 3
<b>Voice</b>	Converse with patient. Listen to crying.	Normal.	Deeper or raspy.	Difficulty talking or crying, or painful.
<b>Ability to swallow</b>	Ask patient to swallow.	Normal swallow.	Some pain on swallowing.	Unable to swallow.
<b>Lips</b>	Observe and feel tissue.	Smooth, pink and moist.	Dry or cracked.	Ulcerated or bleeding.
<b>Saliva</b>	Insert depressor into mouth, touching center of tongue and the floor of the mouth.	Watery.	Thick or ropy. Excess salivation due to teething.	Absent.
<b>Tongue</b>	Observe appearance of tissue.	Pink, moist and papillae present.	Coated or loss of papillae with a shiny appearance with or without redness. Fungal infection.	Blistered or cracked.
<b>Mucous membrane</b>	Observe appearance of tissue.	Pink and firm.	Reddened or coated without ulceration. Fungal infection.	Ulceration with or without bleeding.
<b>Gingiva</b>	Gently press tissue.	Pink and firm.	Edematous with or without redness, smooth. Edema due to teething.	Spontaneous bleeding or bleeding with pressure.
<b>Teeth (if no teeth, score 1)</b>	Visual. Observe appearance of teeth.	Clean and no debris.	Plaque or debris in localized areas (between teeth).	Plaque or debris generalized along gum line.

Fonte: Quinn et al. (2015a)

## Quadro 6: Patient-Reported Oral Mucositis Experience Questionnaire (PROMS)

<b>1. Mouth pain</b> (Mouth* encompass also lips, cheeks, tongue, gums, palate and throat)	no pain _____	worst possible pain
<b>2. Difficulty speaking because of mouth* scores</b>	no trouble speaking _____	impossible speak
<b>3. Restriction of speech because of mouth* scores</b>	no restriction of speech _____	complete restriction of speech
<b>4. Difficulty eating hard foods (hard bread, potato chips, etc) because of mouth* scores</b>	no trouble eating hard foods _____	impossible to eat hard foods
<b>5. Difficulty eating soft foods (jello, pudding, etc) because of mouth* scores</b>	no trouble eating soft foods _____	impossible to eat soft foods
<b>6. Restriction of eating because of mouth* scores</b>	no restriction of eating _____	complete restriction of eating
<b>7. Difficulty do drinking because of mouth* scores</b>	no trouble drinking _____	impossible to drink
<b>8. Restriction of drinking because of mouth* scores</b>	no restriction drinking _____	complete restriction of drinking
<b>9. Difficulty do swallowing because of mouth* scores</b>	not difficult to swallow _____	impossible to swallow
<b>10. Change in taste</b>	no change in taste _____	complete change in taste

Fonte: Gussgard, Hope, Jokstard, Tenenbaum & Wood (2014)

**Quadro 7:** Oral Mucositis Assessment Scale (OMAS)

	Grade 0	Grade 1	Grade 2	Grade 3
Ulceration	Normal	Not severe	Severe	NA
Erythema	Normal	< 1 cm <sup>2</sup>	1 - 3 cm <sup>2</sup>	> 3 cm <sup>2</sup>

**Fonte:** Allen, L. (2011)

## **Apêndice II:** Fatores de risco da mucosite oral



## FATORES DE RISCO DA MUCOSITE ORAL

Relacionados com o Doente Oncológico	
<b>Dados Sociodemográficos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade (crianças e idosos são mais suscetíveis de desenvolver MO) 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11</li> <li>• Mulheres, devido a fatores hormonais 2, 3, 5, 10</li> </ul>
<b>Estilo de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consumo de tabaco, álcool e drogas 2, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 11</li> </ul>
<b>Alterações dentárias pré-existentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Má higiene oral 1, 2, 3, 4, 7, 9</li> <li>• Cáries, infeções dentárias, doença periodontal 1, 2, 5, 6, 7, 10</li> <li>• Baixa produção de saliva 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8</li> <li>• Próteses dentárias mal ajustadas 5, 9</li> <li>• Aparelhos dentários fixos 5</li> </ul>
<b>Condições médicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema imunitário deficiente (por exemplo, VIH/SIDA, doentes transplantados, doentes imunodeprimidos) 1, 2, 4</li> <li>• Diabetes mellitus 7, 11</li> <li>• Estado nutricional com risco de desnutrição 2, 3, 4, 7, 8, 9</li> <li>• Deficiência de vitaminas (causam complicações orais) 9</li> <li>• Desidratação (relacionada com reduzida ingestão de líquidos, diarreia, vômito ou diaforese) 2, 9</li> <li>• Oxigenoterapia 2, 9, 10</li> <li>• Medicação diária que pode provocar complicações orais (efeitos adversos dos fármacos, relacionado com interações medicamentosas ou uma consequência do metabolismo do fármaco) 2, 9, 10</li> <li>• Fatores genéticos (alguns indivíduos apresentam um potencial aumento de resistência à MO - especificidades ainda a serem identificadas) 3, 4, 8</li> </ul>
<b>Tipo de tumor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancro da cabeça e pescoço (nomeadamente cancro oral) 2, 9</li> </ul>
Relacionados com o Tratamento Antineoplásico	
RT da região da cabeça e pescoço, nomeadamente campo e dose de radiação (diária e total) e fracionamento 1, 2, 4, 5, 6, 8, 9	
QT de alta dose 2, 4, 5, 9	
Protocolo QT/RT da região da cabeça e pescoço 2, 4, 8, 9, 10	
História de MO resultante de tratamento antineoplásico anterior 3	

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Albuquerque, A.; Soares, M.; Silva, D. (2010). Oral mucositis: pathobiology, prevention and treatment. *Com. Ciências Saúde*, 21 (2), 133-138.
2. British Columbia Cancer Agency. (s.d.) Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>.
3. Eilers, J.; Million, R. (2011). Clinical update: prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4), e1-e16.
4. Eilers, J.; Harris, D.; Harris, Henry, K.; Johnson, L. (2014). Evidence - based Interventions for cancer treatment – related mucositis: putting evidence into practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 80-96.
5. Gholizadeh, N.; Sheykhbahaei, N.; Sadrzadeh-Afshar, M. (2016). New treatment approaches of oral mucositis: a review of literature. *Advances in Human Biology*, 6, 66-72.
6. Gondim, F.; Gomes, I.; Firmino, F. (2010). Prevenção e tratamento da mucosite oral. *Revista Enfermagem*, 1 (18), 67-74.
7. Mallick, S.; Benson, R.; Rath, G. (2016). Radiation induced oral mucositis: a review of current literature on prevention and management. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 273, 2285-2293. Doi: 10.1007/s00405-015-3694-6.
8. Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5),v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202.
9. Pinho, A.; Misorelli, J.; Montelli, R.; Longato, S. (2010). Mucosite no paciente em tratamento de cancer. *Science in Health* 1 (3), 145-160.
10. Quinn, B.; Botti, S.; Kurstjens, M.; Margulies, A.; Orlando, L.; ... Vasconcelos, A. (2015a). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html).
11. Santos, R., Dias, R., Giordani, A., Segreto, R., Segreto, H. (2011). Mucositis in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 45 (6), 1338-1344.

**Apêndice III:** Tabela das atividades planejadas por campo de estágio



## NUM HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DE UM SERVIÇO DE HEMATO-ONCOLOGIA

**OBJETIVO 1:** Melhorar a intervenção de enfermagem sobre as estratégias de avaliação, prevenção e gestão da pessoa com doença oncológica com risco de MO em contexto de Hospital de Dia de Oncologia

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados Esperados	Indicadores de Resultados
<p><b>1. Integrar de modo progressivo a equipa de saúde do serviço e respeitando o seu funcionamento</b></p>	<p>a) Apresentação do projeto à Enfermeira Chefe e Enfermeiro orientador.</p> <p>b) Realização de visita guiada ao serviço</p> <p>c) Consulta de normas, protocolos e todo o material de apoio pertencente ao serviço relacionado com pessoa com risco de MO.</p>	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira chefe do serviço; Enfermeiro Orientador; Equipa de enfermagem; Equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Normas, protocolos e restante material de apoio pertencente ao serviço sobre MO; material bibliográfico; computador.</p>	<p><b>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE):</b></p> <p>A - <u>Responsabilidade profissional, ética e legal</u> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais</p> <p>B - <u>Melhoria da qualidade</u> B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro</p> <p>D - <u>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</u> D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p>	<p>a) a c) Demonstra conhecer a estrutura física do serviço, a sua dinâmica funcional e organizacional e dos elementos da equipa multidisciplinar, relacionados com a abordagem à pessoa com risco de MO.</p>	<p>a), b), c) Elaboração por escrito de análise crítica sobre práticas implementadas no local de estágio</p>

## NUM HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DE UM SERVIÇO DE HEMATO-ONCOLOGIA

**OBJETIVO 1:** Melhorar a intervenção de enfermagem sobre as estratégias de avaliação, prevenção e gestão da pessoa com doença oncológica com risco de MO em contexto de Hospital de Dia de Oncologia

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados Esperados	Indicadores de Resultados
<p><b>2. Prestar cuidados à pessoa em regime tratamento antineoplásico, mobilizando a evidência científica obtida sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com risco de MO e à sua família.</b></p>	<p>a) Observação da dinâmica do serviço e da articulação da equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar.</p> <p>b) Observação da metodologia de avaliação, consulta de 1ª vez e subsequentes à pessoa com risco de MO e à sua família.</p> <p>b) Colaboração na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica com risco ou com MO.</p> <p>c) Elaboração de instrumento de colheita de dados sociodemográficos, clínicos e de fatores de risco de MO.</p>	<p><u>Humanos:</u> Enfermeiro orientador; Equipa de Enfermagem; Equipa Multidisciplinar Professora Orientadora</p> <p><u>Materiais:</u> Normas, protocolos e restante material de apoio relacionado com as MO; Computador; Internet Guia de colheita de dados; Tabela de extração de dados Escala da RTOG; Escala MUST; Escala Numérica para avaliação da dor</p>	<p><b>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE):</b> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p><b>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE):</b> L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.</p>	<p>a) e b) Colabora nos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica com risco ou com MO, em contexto de hospital de dia.</p> <p>c) a e) Usa o conhecimento para contribuir para o desenvolvimento de instrumentos baseados na evidência científica que deem suporte à prática de enfermagem no âmbito da avaliação, prevenção e gestão da pessoa com risco ou com MO.</p>	<p>a) e b) Colaboração na prestação de cuidados a pelo menos 2 pessoas em consulta de acolhimento e 2 pessoas em consulta de seguimento.</p> <p>c) e d) Instrumento de colheita de dados, bem como de avaliação e prevenção da MO, testado e disponível até 10 novembro.</p>

## NUM HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA DE UM SERVIÇO DE HEMATO-ONCOLOGIA

**OBJETIVO 1:** Melhorar a intervenção de enfermagem sobre as estratégias de avaliação, prevenção e gestão da pessoa com doença oncológica com risco de MO em contexto de Hospital de Dia de Oncologia

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados Esperados	Indicadores de Resultados
<p><b>2. Prestar cuidados à pessoa em regime tratamento antineoplásico, mobilizando a evidência científica obtida sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com risco de MO e à sua família.</b></p>	<p>d) Elaboração de programa educativo de cuidado oral para a pessoa com risco de MO.</p> <p>e) Elaboração de programa educativo de prevenção da MO.</p> <p>f) Elaboração de cartaz informativo da intervenção de enfermagem da avaliação à prevenção da MO.</p> <p>g) Reflexão crítica acerca das práticas instituídas no serviço.</p>	<p><u>Humanos:</u> Enfermeiro orientador; Equipa de Enfermagem; Equipa Multidisciplinar; Professora Orientadora.</p> <p><u>Materiais:</u> Normas, protocolos e restante material de apoio relacionado com as MO; Computador; Internet; Guia de colheita de dados; Escala MUST; Escala Numérica para avaliação da dor</p>	<p><b>Competências do Core Curriculum da EONS:</b></p> <p>1. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro; 2. Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica; 3. A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica</p> <p><b>Competências de Mestre:</b> Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolve e aprofunde.</p>	<p>a) a g) Demonstra conhecimentos sobre intervenção de enfermagem, nomeadamente sobre estratégias de avaliação, prevenção e gestão da MO, à pessoa com doença oncológica com risco de ou com MO.</p>	<p>f) Programa educativo de cuidado oral.</p> <p>g) Programa educativo de prevenção da MO.</p> <p>h) Cartaz informativo da intervenção de enfermagem da avaliação à prevenção da MO.</p> <p>a) a i) Elaboração por escrito de análise crítica das práticas adotadas em estágio.</p>

**NUM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO**

**OBJETIVO 2:** Identificar as intervenções de enfermagem na avaliação, prevenção e gestão da pessoa em risco ou com MO a realizar radioterapia.

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados Esperados	Indicadores de Resultados
<p><b>1.Integrar de modo progressivo a equipa de saúde do serviço e respeitando o seu funcionamento</b></p>	<p>a) Apresentação do projeto à Enfermeira Chefe e Enfermeira orientadora.</p> <p>b) Realização de visita guiada ao serviço</p> <p>c) Consulta de normas, protocolos e todo o material de apoio pertencente ao serviço relacionado a pessoa com risco de MO.</p> <p>d) Observação da dinâmica do serviço e da articulação da equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar.</p>	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira chefe do serviço; Enfermeira Orientadora; Equipa de enfermagem; Equipa multidisciplinar</p> <p><u>Materiais:</u> Normas, protocolos e restante material de apoio pertencente ao serviço sobre MO; material bibliográfico; computador.</p>	<p><b>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE):</b> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p>	<p>a d) Demonstra conhecer a estrutura física do serviço, a sua dinâmica funcional e organizacional e dos elementos da equipa multidisciplinar, relacionados com a abordagem à pessoa com risco de MO.</p>	<p>a), b), c), d) Elaboração por escrito de análise crítica sobre práticas adotadas no local de estágio</p>

## NUM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO

**OBJETIVO 2:** Identificar as intervenções de enfermagem na avaliação, prevenção e gestão da pessoa em risco ou com MO a realizar radioterapia.

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados Esperados	Indicadores de Resultados
<p><b>2. Prestar cuidados à pessoa em regime tratamento de radioterapia, mobilizando a evidência científica obtida sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com risco de MO e à sua família.</b></p>	<p>a) Observação da metodologia de avaliação, consulta de 1ª vez e subsequentes à pessoa com risco de MO e à sua família.</p> <p>b) Colaboração na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica com risco ou com MO.</p> <p>c) Elaboração de instrumento de colheita de avaliação e gestão da MO e o seu impacto no conforto.</p> <p>d) Criação de matriz de extração de dados (Excel) para registo dos dados colhidos.</p> <p>e) Realização do pré-teste do instrumento de colheita de dados sociodemográficos, clínicos e de fatores de risco de MO, bem como de avaliação e prevenção deste efeito adverso.</p> <p>f) Realização do pré-teste do instrumento de colheita de dados de avaliação e gestão da MO e o seu impacto no conforto.</p>	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira orientadora; Equipa de Enfermagem; Equipa Multidisciplinar; Professora Orientadora</p> <p><u>Materiais:</u> Normas, protocolos e restante material de apoio relacionado com a MO; Computador; Internet; Guia de colheita de dados; Tabela de extração de dados; Escala da RTOG; Escala MUST; Escala Numérica para avaliação da dor.</p>	<p><b>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE):</b> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p><b>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE):</b> L5 e L6</p> <p><b>Competências do Core Curriculum da EONS:</b> 1. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro; 2. Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica.</p>	<p>a) e b) Colabora nos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica com risco ou com MO, em contexto de consulta de enfermagem em radioterapia.</p> <p>c) e d) Usa o conhecimento para contribuir para o desenvolvimento de instrumentos baseados na evidência científica que deem suporte à prática de enfermagem no âmbito da avaliação, prevenção e gestão da pessoa com risco ou com MO.</p> <p>b) a f) Demonstra conhecimentos sobre intervenção de enfermagem, nomeadamente sobre estratégias de avaliação, prevenção e gestão da MO, à pessoa com doença oncológica e cuidador.</p>	<p>a) e b) Colaboração na prestação de cuidados a pelo menos 2 pessoas em consulta de acolhimento e 2 pessoas em consulta de seguimento.</p> <p>c, f) Instrumento de colheita de dados avaliação e gestão da MO e o seu impacto no conforto, testado e disponível até 10 dezembro.</p> <p>d) Tabela de base de dados (Excel) para registo dos dados colhidos, testada e disponível até 15 dezembro.</p> <p>e) Instrumento de colheita de dados de avaliação e prevenção da MO, testado e disponível até 10 dezembro.</p>

## NUM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA DE UM HOSPITAL ESPECIALIZADO

**OBJETIVO 2:** Identificar as intervenções de enfermagem na avaliação, prevenção e gestão da pessoa em risco ou com MO a realizar radioterapia.

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados Esperados	Indicadores de Resultados
<p><b>2. Prestar cuidados à pessoa em regime de tratamento de radioterapia, mobilizando a evidência científica obtida sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com risco de MO e à sua família.</b></p>	<p>g) Aplicação do instrumento de colheita de dados sociodemográficos, clínicos e de fatores de risco de MO, bem como de avaliação e prevenção deste efeito adverso.</p> <p>h) Aplicação do instrumento de colheita de dados sociodemográficos, clínicos e de fatores de risco de MO, bem como de avaliação e gestão deste efeito adverso.</p> <p>i) Aplicação da base de dados para registo dos dados sociodemográficos, clínicos e fatores de risco da MO da pessoa, bem como da avaliação, prevenção e gestão deste efeito adverso.</p> <p>j) Elaboração de Programa Educativo de Gestão da MO.</p> <p>k) Elaboração de fluxograma de atuação de enfermagem na pessoa com risco de MO.</p> <p>l) Elaboração de um Algoritmo de intervenção de enfermagem à pessoa com risco de MO, com o acrónimo APEG.</p> <p>m) Elaboração de um folheto informativo para a pessoa com risco de MO, e cuidador.</p> <p>n) Planeamento dos cuidados em parceria cm a pessoa e cuidador para prevenir a MO e promover o seu conforto.</p>	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira orientadora; Equipa de Enfermagem; Equipa Multidisciplinar; Professora Orientadora.</p> <p><u>Materiais:</u> Normas, protocolos e restante material de apoio relacionado com a MO; Computador; Internet; Guia de colheita de dados; Tabela de extração de dados; Escala da RTOG; Escala MUST; Escala Numérica para avaliação da dor</p>	<p><b>Competências do Core Curriculum da EONS:</b></p> <p>3. A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica;</p> <p>4.Trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro</p> <p>5.Fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente.</p> <p><b>Competências de Mestre:</b></p> <p>a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:</p> <p>i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;</p> <p>ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;</p> <p>b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.</p>	<p>i, j, k, l) Usa o conhecimento para contribuir para o desenvolvimento de instrumentos baseados na evidência científica que deem suporte à prática de enfermagem no âmbito da avaliação, prevenção e gestão da pessoa com risco ou com MO.</p> <p>g) a i) Demonstra conhecimentos sobre intervenção de enfermagem, nomeadamente sobre estratégias de avaliação, prevenção e gestão da MO, à pessoa com doença oncológica e cuidador.</p>	<p>j) Programa Educativo de Gestão da MO.</p> <p>k) Fluxograma de atuação de enfermagem na pessoa com risco de MO.</p> <p>l) Algoritmo de intervenção de enfermagem à pessoa com risco de MO com acrónimo APEG.</p> <p>m) Folheto informativo para a pessoa com risco de MO, e cuidador.</p> <p>n) Estudo de caso.</p>

## NUM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

**OBJETIVO 3:** Promover a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com risco de MO

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados Esperados	Indicadores de Resultados
<p><b>1. Integrar os vários elementos da equipa de enfermagem na implementação do projeto.</b></p>	<p>a) Realização de uma reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora para validação da implementação do projeto.</p> <p>b) Realização de sessão de apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem do serviço.</p>	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Chefe do serviço; Enfermeira Orientadora; Equipa de Enfermagem; Equipa multidisciplinar .</p> <p><u>Materiais:</u> Material bibliográfico; Projektor de imagem para a sessão; Computador; Internet.</p>	<p><b>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE):</b> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p>	<p>a) Realiza reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora do estágio.</p> <p>b) Realiza a sessão de apresentação do projeto de estágio aos elementos da equipa de enfermagem.</p>	<p>a) Reunião com enfermeira chefe do serviço e enfermeira orientadora, realizada no dia 05.01.2018.</p> <p>b) Sessão de apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem no dia 08.01.2018.</p> <p>b) Taxa de adesão da formação – 72%.</p>

## NUM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

**OBJETIVO 3:** Promover a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com risco de MO

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados Esperados	Indicadores de Resultados
<p><b>2. Adequar as intervenções de enfermagem de avaliação, prevenção, educação e gestão à pessoa com risco ou com MO, integrando a evidência científica e promovendo o seu conforto.</b></p>	<p>a) Realização de sessão de formação à equipa de enfermagem sobre os cuidados à pessoa com MO de acordo com a mais recente evidência científica disponível.</p> <p>b) Elaboração de documentos para a formação.</p> <p>c) Elaboração de um procedimento sectorial: Intervenção de Enfermagem à Pessoa com risco de MO, de acordo com a evidência científica mais recente.</p> <p>d) Validação do procedimento sectorial pela Enfermeira Chefe e equipa de enfermagem.</p>	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Orientadora; Equipa de enfermagem do serviço</p> <p><u>Materiais:</u> Normas, protocolos e restante material de apoio relacionado com MO; Computador; Internet; Documentos de apoio à sessão de formação.</p>	<p><b>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE):</b> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p><b>Competências de Mestre:</b> b) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: i) sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde; ii) permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.</p>	<p>a) Realiza a sessão de formação à equipa de enfermagem relacionada com os cuidados à pessoa com MO.</p> <p>a) Participação de 100% dos elementos da equipa na sessão de formação.</p> <p>a) Aplica dos instrumentos de avaliação da ação de formação da instituição.</p> <p>b) Elabora documento de divulgação da sessão de formação.</p> <p>c) Elabora um procedimento sectorial: Intervenção de Enfermagem à Pessoa com risco de MO.</p> <p>d) Valida o procedimento sectorial com a Enfermeira Chefe e Equipa de Enfermagem.</p>	<p>a) Sessão de formação realizada à equipa de enfermagem no dia 15.01.2018, intitulada “<i>Intervenção de Enfermagem ao doente com risco de Mucosite oral secundária à Radioterapia</i>”</p> <p>a) Taxa de adesão da formação -100%</p> <p>b) Documento de divulgação da sessão de formação.</p> <p>c) Procedimento Sectorial: Intervenção de Enfermagem à pessoa com risco de MO, elaborado e finalizado até 09.02.2018.</p> <p>d) Reunião com enfermeira chefe e equipa de enfermagem para validação do procedimento sectorial até ao término do estágio.</p>

## NUM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

**OBJETIVO 3:** Promover a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com risco de MO

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados Esperados	Indicadores de Resultados
<p><b>2. Adequar as intervenções de enfermagem de avaliação, prevenção, educação e gestão à pessoa com risco ou com MO, integrando a evidência científica e promovendo o seu conforto.</b></p>	e) Realização de consultas de enfermagem de primeira vez e subsequentes à pessoa com risco de ou com MO.	<p><u>Humanos:</u> Enfermeira Orientadora; Equipa de enfermagem do serviço; Professora Orientadora</p> <p><u>Materiais:</u> Guião de colheita de dados; Escala MUST; Escala RTOG; Programa Educativo de Cuidado oral; Programa Educativo de prevenção da MO; Programa Educativo de gestão da MO; Computador; Internet.</p>	<p><b>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa (OE):</b> L5 e L6</p> <p><b>Competências de Enfermeiro especialista em oncologia (EONS):</b> 1. Avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro; 2. Informação e comunicação à pessoa com doença oncológica 3. A pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica; 4. Trabalhar em parceria com o doente para controlar os sintomas de cancro e as consequências subsequentes do tratamento do cancro 5. Fornecer planos de cuidados personalizados com base nos riscos individuais, necessidades e preferências do doente. b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem.</p>	<p>e) ao k) Presta cuidados à pessoa com risco de ou com MO, em contexto de consulta de enfermagem em radioterapia.</p>	<p>e) ao k) Prestação de cuidados a pelo menos 5 pessoas com risco de ou com MO, em consulta de acolhimento e subsequentes.</p>
	f) Aplicação de guião de avaliação e prevenção da MO e intervenções de enfermagem promotoras do conforto.				
	g) Aplicação do instrumento de avaliação do estado nutricional da pessoa com risco de ou com MO (MUST).				
	h) Aplicação do instrumento de avaliação da MO (RTOG).				
	i) Implementação do programa educativo de cuidado oral.				
	j) Implementação do programa educativo na prevenção da MO.				
	k) Implementação do programa educativo na gestão da MO.				

## NUM SERVIÇO DE RADIOTERAPIA

**OBJETIVO 3:** Promover a melhoria continua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com risco de MO

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados esperados	Indicadores de Resultados
<p><b>3. Analisar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa com risco de MO secundária à radioterapia</b></p>	<p>a) Elaboração de um Protocolo de Projeto de Investigação.</p> <p>b) Realização de Pedido de Autorização à Comissão de Ética do hospital para a realização de um estudo e publicação dos dados colhidos.</p> <p>c) Aplicação do guião de colheita de dados.</p> <p>d) Aplicação da matriz de extração de indicadores de enfermagem (Excel).</p>	<p><u>Humanos:</u> Comissão de Ética do hospital; Professora Orientadora</p> <p><u>Materiais:</u> Computador; Internet</p>	<p><b>Competências de Mestre</b></p> <p>Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação.</p>	<p>a) Elabora um Protocolo de Projeto de Investigação.</p> <p>b) Parecer positivo da Comissão de Ética do hospital C para a realização de um estudo e publicação dos dados colhidos.</p> <p>c) Aplica guião de colheita de dados.</p> <p>d) Aplica tabela de extração de dados (Excel).</p>	<p>a) Protocolo de Projeto de Investigação.</p> <p>b) Resposta da Comissão de Ética do hospital.</p> <p>c) Guião de colheita de dados.</p> <p>d) Matriz de extração de indicadores de enfermagem (Excel).</p>

**Apêndice IV – Revisão *Scoping***



## INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO DA PESSOA COM CANCRO DA CABEÇA E PESCOÇO COM RISCO DE MUCOSITE ORAL INDUZIDA POR RADIOTERAPIA: UMA REVISÃO SCOPING

### **BACKGROUND**

A Mucosite Oral (MO) é definida como sendo uma inflamação tóxica da mucosa oral que resulta da ação de agentes citostáticos e da radiação ionizante e caracteriza-se por eritema ou ulceração, que podem ser exacerbados por fatores locais, como infeções secundárias e trauma <sup>(1)</sup>. É referida como o efeito agudo mais frequente e de maior morbidade em doentes oncológicos que realizam tratamento de radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia <sup>(2,3)</sup>.

MO é caracterizada por uma cascata de eventos biológicos, progressivos, podendo dividir-se em cinco etapas <sup>(4)</sup>: **iniciação**, imediatamente após a exposição à RT ou QT, em que existe produção de um radical livre que dá início à cascata de eventos biológicos e ao dano tecidual; **regulação e criação de mensagem**, ocorre uma transcrição de fatores que regulam os genes que controlam a síntese das citocinas e que são ativados no epitélio, parede dos vasos e tecido conjuntivo da mucosa, aumentando a ocorrência da apoptose celular, o que leva a uma mucosa mais fina, eritematosa e dolorosa; **amplificação e sinalização**, em que são gerados mecanismos de *feedback* que amplificam o processo e originam uma estimulação de citocinas pró-inflamatórias, levando ao aparecimento da fase seguinte; **ulceração**, decorrente das fases anteriores, em que ocorre uma exposição das terminações nervosas, colonização da superfície por microorganismos que produzem toxinas, aumentando a produção de citocinas, o que leva a uma estimulação de células inflamatórias; e, por fim, **cicatrização**, a cura advém das moléculas do epitélio da úlcera que se soltam da matriz extracelular, ocorrendo divisão, migração e diferenciação celular numa parte de mucosa saudável.

Alguns fatores de risco, relacionados com a pessoa e com o tratamento antineoplásico, influenciam o aparecimento, a duração e a intensidade da MO. Os fatores de risco relacionados com a pessoa com cancro da cabeça e pescoço com risco de MO são a idade, género, a pré-existência de doença dentária, higiene oral descuidada e hábitos tabágicos e alcoólicos <sup>(5)</sup>. Os fatores de risco

relacionados com o tratamento são a RT de cabeça e pescoço, a localização do campo de irradiação, a QT de alta dose e protocolos de QRT <sup>(5)</sup>.

A MO é um fator dose-limitante para a RT na região da cabeça e pescoço. Quando o campo de irradiação abrange as glândulas salivares e a mucosa oral, o risco de desenvolver mucosite está aumentado <sup>(3)</sup>, devido ao fato de as células da mucosa oral, da laringe e faringe terem alta atividade mitótica são, por isso, mais sensíveis à radiação ionizante do que as células com baixo *turnover*, pois a radiação não consegue distinguir as células neoplásicas das sãs <sup>(6,7)</sup>.

A MO é um dos primeiros efeitos secundários da RT curativa em doentes com patologia oncológica de cabeça e pescoço, manifestando-se nas primeiras duas semanas de tratamento e podendo desaparecer lentamente entre duas a três semanas após o seu término sendo a sua prevalência de cerca de 80% a 100% dos doentes submetidos a RT <sup>(8,9,10)</sup>. Quando grave pode comprometer o tratamento antineoplásico (QT e/ou RT) planeado, conduzindo à sua interrupção parcial ou completa e aumentando assim o risco de proliferação das células tumorais, o que tem impacto no controlo da doença e na sobrevida do doente <sup>(11,4)</sup>.

A MO é causada por danos celulares diretos secundários à RT, que variam desde áreas eritematosas, até ulcerações, expondo o doente a infeções por microorganismos oportunistas, causando xerostomia, sensação de queimadura e dor intensa <sup>(10,12)</sup>. Estes danos comprometem a alimentação, devido à disfagia e odinofagia, provocando desidratação, anorexia, perda de peso e mesmo caquexia <sup>(2,12,13)</sup>. Influenciam também a higiene oral e a comunicação, o que resulta em isolamento social e risco de depressão <sup>(1,11,12)</sup>.

A deteção precoce de potenciais e atuais problemas da pessoa com doença oncológica, uma correta avaliação e um plano de tratamento com intervenções ativas são essenciais, pois visam evitar ou minimizar problemas orais, previnem atrasos ou interrupções nos tratamentos antineoplásicos e maximizam o conforto da pessoa <sup>(14)</sup>. As equipas de enfermagem têm a capacidade de avaliar a pessoa com risco de MO e implementar programas de administração de meios preventivos e terapêuticos na mucosite, nomeadamente programas educativos <sup>(15)</sup>, podendo contribuir substancialmente para a melhoria do conforto dos doentes, seriamente abalada por aspetos, não só físicos, como

a xerostomia, a dor ou a impossibilidade de comunicar e se alimentar, como também psico-espirituais, socioculturais e ambientais (13,14,16,17,18).

Apesar de existir variada literatura acerca das estratégias de avaliação, prevenção e gestão da MO, a intervenção de enfermagem à pessoa com CCP com risco de MO encontra-se dispersa e a que existe não está sistematizada. Surge assim a necessidade de realizar uma revisão *scoping*, que pretende mapear o conhecimento existente acerca das intervenções de enfermagem na pessoa com CCP com risco de MO induzida por radioterapia, avaliando a extensão do corpo de literatura acerca desta temática (19). Contudo, tem como limitação inerente o fato de não fazer recomendações para a prática, disponibilizando apenas a informação existente.

O procedimento metodológico utilizado foi o proposto no manual de revisões *scoping* da Joanna Briggs Institute (19).

### QUESTÃO DA REVISÃO

A questão desta revisão foi construída segundo a mnemónica “**PCC**” (População, Conceito e Contexto). A **população** é representada pela pessoa com cancro da cabeça e pescoço, o **conceito** refere-se às intervenções de enfermagem na pessoa com doença oncológica com risco de mucosite oral e o **contexto** integra o tratamento de radioterapia e quimio-radioterapia. Esta mnemónica traduz-se na seguinte **questão de investigação**: *Quais as intervenções de enfermagem na pessoa com cancro da cabeça e pescoço com risco de mucosite oral induzida por radioterapia?*

### OBJETIVOS

A presente revisão *scoping* é orientada no sentido de mapear as intervenções de enfermagem que promovem o conforto das pessoas com doença oncológica com risco de mucosite oral induzida por radioterapia, e de identificar as áreas de investigação futuras acerca desta temática.

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

No quadro 1 são apresentados os critérios de inclusão e exclusão utilizados para a seleção dos textos da revisão. Estes dizem respeito aos

participantes; conceito; contexto; tipo de texto; data de publicação; idioma de publicação e disponibilidade do texto.

**Quadro nº 1:** Critérios de inclusão e exclusão para a seleção de textos da revisão

<b>Critérios de Seleção</b>		
	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
<b>PARTICIPANTES</b>	Pessoa em idade adulta (idade $\geq$ a 19 anos <sup>22</sup> ) com cancro da cabeça e pescoço;	Pessoa com doença oncológica que não se encontre em idade adulta.
<b>CONCEITO</b>	Intervenções de enfermagem à pessoa com CCP com risco de mucosite oral	Documentos que não identifiquem intervenções de enfermagem.
<b>CONTEXTO</b>	Radioterapia de ambulatório; Quimio-radioterapia de ambulatório	Todos os contextos que não sejam de ambulatório.
<b>TIPO DE TEXTO</b>	Todo o tipo de literatura existente (revisões da literatura; estudos qualitativos, quantitativos ou mistos publicados ou não publicados; teses de mestrado e doutoramento; opiniões de peritos; reflexões críticas; guidelines; relatórios; estudos de caso, outros).	
<b>DATA DA PUBLICAÇÃO</b>	Entre Janeiro de 2010 e Janeiro de 2018.	Anterior a Janeiro de 2010.
<b>IDIOMA DE PUBLICAÇÃO</b>	Português e Inglês	Documentos cujo idioma não seja o Português e Inglês.
<b>DISPONIBILIDADE DE TEXTO</b>	<i>Full text.</i>	Ausência de <i>full text.</i>

## **ESTRATÉGIA DE PESQUISA**

A estratégia de pesquisa adotada pretendeu encontrar documentos publicados (Apêndices I e II). Recorrendo à plataforma agregadora de bases de dados EBSCOhost, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL Plus with Full Text e MEDLINE with Full Text por forma a extrair as palavras em linguagem natural que aludiam aos critérios de inclusão. Tendo em conta o grau

<sup>22</sup> Nas bases de dados CINAHL e MEDLINE são definidos como “todos os adultos” (all adult) pessoas com idade igual ou superior a 19 anos.

de relevância no título e resumo de cada documento, foram identificados como palavras-chave ou termos de pesquisa: “mucositis”, “radiotherapy”, “oncology” e “nurse”.

Relativamente aos documentos publicados, no que diz respeito à pesquisa efetuada na base de dados CINAHL, recorreu-se ao CINAHL Headings para encontrar os termos indexados a cada palavra-chave. Utilizando as expressões booleanas OR e AND foram encontrados 62 estudos. Aplicando como limitadores da pesquisa o intervalo temporal entre 2010-2018, a existência de disponibilidade do texto em *fulltext* e a idade dos participantes ( $\geq$  a 19 anos), resultaram 9 estudos (Apêndice I). Pela leitura do título e do resumo dos 9 estudos encontrados, 4 reuniam os critérios de inclusão e integraram a revisão.

A pesquisa realizada na base de dados MEDLINE seguiu o mesmo procedimento metodológico. Como tal, recorreu-se ao MeSH2015 por forma a encontrar os termos indexados a cada palavra-chave. Utilizando as expressões booleanas OR e AND foram encontrados 35 estudos. Aplicando como limitadores da pesquisa o intervalo temporal entre 2010-2018, a existência de disponibilidade do texto em *fulltext* e a idade dos participantes ( $\geq$  a 19 anos), resultaram 4 estudos (Apêndice II). Pela leitura do título e do resumo, e excluindo 2 estudos repetidos, 2 resultados cumpriam os critérios de inclusão e integraram a revisão.

## **EXTRAÇÃO DE DADOS**

Os seis documentos selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão foram sujeitos a leitura na íntegra. Esta leitura foi efetuada com o intuito de obter uma compreensão global de cada um deles. Nos quadros 2, 3, 4, 5, 6 e 7 que se seguem, estão expostas as características dos documentos incluídos na presente revisão *scoping*. Os quadros apresentam os dados de cada documento analisado (por ordem cronológica de publicação do documento) com os seguintes campos de extração: o autor/ano de publicação; o tipo de texto/metodologia; os objetivos; os participantes e os resultados.

**Quadro nº 2 – Apresentação dos dados do documento “*Prevention and treatment of oral mucositis*”**

<b>Autores e ano de publicação</b>	Gondim, F; Gomes, I.; Firmino, F. (2010) <sup>(14)</sup>
<b>Tipo de documento</b>	Revisão bibliográfica com um limite temporal compreendido entre 1993 e 2007.
<b>Metodologia</b>	Os autores consultaram as seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e o Caribe em Ciências da Saúde, <i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i> , Biblioteca Cochrane e <i>Scientific Electronic Library Online</i> , obtendo 38 artigos contendo, definições, características e cuidados com mucosite oral.
<b>Objetivos</b>	Identificar a evidência sobre as ações de prevenção e tratamento para a mucosite oral induzida por quimioterapia e/ou radioterapia que apoia o cuidado de enfermagem.
<b>Participantes</b>	Enfermeiros que prestam cuidados a doentes com risco de ou com mucosite oral.
<b>Resultados</b>	<p>A evidência mostrou que a mucosite oral é uma toxicidade comum nos doentes sujeitos a RT do cancro de cabeça e pescoço (CCP). O conhecimento sobre este efeito secundário e os métodos de prevenção e tratamento são essenciais para a prática diária de enfermagem oncológica, devido à alta incidência de MO e comprometimento da qualidade de vida dos doentes. A atuação do enfermeiro é assim essencial ao longo do tratamento, já que a sua prática visa o bem-estar geral do doente.</p> <p>É necessário conhecer a classificação deste sintoma quanto à sua gravidade para que a enfermagem possa traçar intervenções efetivas para o cuidado ao doente.</p> <p>Independentemente da classificação da mucosite, a higiene oral efetiva é imprescindível, considerando uma escovagem dentária após cada refeição, com utilização de uma escova de dentes macia, pasta de dentes não abrasiva e realização de bochechos com peróxido de hidrogénio ou solução salina alcalina (com bicarbonato de sódio). O tabaco, o álcool, bebidas ou comidas extremamente quentes ou frias devem ser evitados. Recomenda-se, igualmente, aumentar a ingestão de água, manter a boca húmida, evitar alimentos ácidos e evitar jejum prolongado.</p> <p>A intervenção de enfermagem centra-se na monitorização sistemática da cavidade oral e dos sintomas da mucosite, diagnosticando o risco e o seu grau precocemente, e atender às características individuais e necessidades afetadas de cada doente. O planeamento das intervenções deve ser estendido aos familiares dos doentes, nomeadamente a educação para a saúde e o estímulo ao autocuidado. Além disso, os enfermeiros podem e devem estar envolvidos no planeamento e desenvolvimento de protocolos de cuidados orais; de avaliação do doente com mucosite oral; e ainda utilizar as escalas de avaliação do grau de comprometimento da cavidade oral proveniente da mucosite, para acompanhamento e implementação de intervenções antes e durante o tratamento.</p>

**Quadro nº 3 – Apresentação dos dados do documento “*Clinical update: prevention and management of oral mucositis in patients with cancer*”**

<b>Autores e ano de publicação</b>	Eilers, J. & Million, R. (2011) <sup>(13)</sup>
<b>Tipo de documento</b>	Revisão da literatura.
<b>Metodologia</b>	Foram analisados estudos, artigos de revisão, guias baseados em evidência, materiais baseados na web e experiências clínicas.
<b>Objetivos</b>	Apresentar a evidência clínica mais atualizada, que se possa aplicar no desenvolvimento de um plano de cuidados de enfermagem, para a prevenção e tratamento da mucosite oral relacionada com a terapêutica citotóxica.
<b>Participantes</b>	Equipa multidisciplinar.
<b>Resultados</b>	<p>No documento são abordados os fatores de risco e os sintomas da mucosite oral, as intervenções de enfermagem mais adequadas, bem como as implicações que os sintomas acarretam na qualidade de vida dos doentes. Os cuidados à cavidade oral e o controlo da dor são destacados no artigo, pois mobilizam intervenções de enfermagem na área da educação/promoção para a saúde e gestão do autocuidado.</p> <p>As queixas mais comuns relacionadas com a MO incluem alterações na sensação, dificuldade em falar e engolir, a presença de feridas na boca e, às vezes, secura. Os doentes, muitas vezes, experimentam um conjunto de sinais e sintomas, que incluem dor, hemorragia, infeção, ulceração, xerostomia, alterações do paladar e alteração do estado nutricional.</p> <p>A adequada avaliação da cavidade oral é essencial na prevenção e tratamento da MO, sendo a intervenção de enfermagem mais importante no cuidado ao doente com MO. Para isso deve-se recorrer a um instrumento válido e fiável que forneça informações críticas para orientar as intervenções de enfermagem. A avaliação inclui a identificação dos fatores de risco, determinar as práticas de cuidados orais da pessoa, avaliar a capacidade da pessoa de realizar o cuidado oral e de avaliar a capacidade de compreensão da pessoa sobre a importância dos cuidados orais durante o tratamento antineoplásico.</p> <p>As recomendações para o cuidado oral incluem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colaborar com a equipa multidisciplinar em todas as fases de tratamento;</li> <li>- Escovar, pelo menos duas vezes por dia, toda a superfície dos dentes pelo menos durante 90 segundos, usando uma escova de dentes suave;</li> <li>- Secar a escova de dentes antes de a guardar;</li> <li>- Usar fio dental pelo menos uma vez por dia ou segundo indicação clínica;</li> <li>- Bochechar a boca 4 vezes por dia com uma solução de bochechos suave;</li> <li>- Evitar o uso de tabaco, álcool e alimentos irritantes (ácidos, quentes, crus ou picantes);</li> <li>- Usar protetor labial à base de água;</li> <li>- Manter uma adequada hidratação;</li> <li>- Fornecer material educativo escrito aos doentes acerca dos itens acima descritos.</li> </ul> <p>Por não haver nenhum agente universalmente efetivo de prevenção da MO, o tratamento dos problemas experienciados pelos doentes com MO é uma</p>

	área de intervenção de enfermagem, que incide em três focos de atenção: o tratamento da dor, a xerostomia e a ulceração.
--	--

**Quadro nº 4 – Apresentação dos dados do documento “Evidence-based interventions for cancer treatment-related mucositis: putting evidence into practice”**

<b>Autores e ano de publicação</b>	Eilers, J.; Harris, D.; Henry, K.; Johnson, L. (2014) <sup>(15)</sup>
<b>Tipo de documento</b>	Revisão da literatura.
<b>Metodologia</b>	A pesquisa foi realizada nas bases de dados da PubMed e da CINHALL®, com um limite temporal compreendido entre maio de 2008 e dezembro de 2013. Após a aplicação dos limitadores de pesquisa, de modo a cumprir os critérios de inclusão, obtiveram-se 104 publicações.
<b>Objetivos</b>	O objetivo deste artigo é realizar uma revisão das intervenções baseadas em evidências para a mucosite oral e fornecer aos clínicos, diretrizes para as intervenções de enfermagem.
<b>Participantes</b>	Enfermeiros
<b>Resultados</b>	Os resultados obtidos foram classificados em 4 categorias: - <b>Recomendações para a prática:</b> esta categoria inclui intervenções para as quais a eficácia foi demonstrada por fortes evidências de estudos, meta-análises ou revisões sistemáticas rigorosamente concebidas e para as quais a expectativa de prejuízo é pequena em comparação com os benefícios. Nesta categoria foram incluídas terapias complementares, tais como: crioterapia, terapia laser de baixa potência, protocolos de cuidados orais, bochechos com bicarbonato de sódio. - <b>É provável que seja eficaz:</b> estas intervenções incluem evidências de um único teste controlo rigorosamente conduzido, evidências consistentes de ensaios controlados bem projetados usando pequenas amostras, evidências de meta-análises ou revisões sistemáticas, usando pequenas amostras, ou evidências de diretrizes desenvolvidas a partir de evidências e apoiadas por pareceres de especialistas. Novas recomendações nesta categoria incluem bochechos profiláticos de clorhexidina, bochechos com benzidamina e pastilhas de <i>lactobacillus</i> . - <b>Eficácia não estabelecida:</b> Esta categoria inclui intervenções para as quais os dados são insuficientes ou necessitam de qualidade adequada. Numerosas intervenções farmacológicas e não farmacológicas tópicas e sistémicas foram estudadas quanto à eficácia na prevenção e gestão da mucosite oral ou na gestão da dor associada. A evidência das intervenções é limitada devido a resultados de pesquisa inconsistentes, pequenos estudos e projetos de estudo. Como resultado, esta categoria inclui o maior número de agentes: bochechos de alopurinol, aloé vera, amifostina IV, bochechos de fosfato cálcio, bochechos de <i>caléndula officinalis</i> , mel, alta dose de terapia laser, glutamina, ácido hialurónico, fatores de crescimento epitelial, própolis, zinco ou suplementos de zinco, vitamina E, entre outros. - <b>Improável eficácia:</b> estas são intervenções para as quais a falta de eficácia foi demonstrada por evidências negativas de um único ensaio

	<p>rigorosamente controlado, evidência negativa consistente de ensaios controlados bem projetados usando pequenas amostras, pequenas amostras dentro de meta-análise ou revisões sistemáticas, ou diretrizes ineficazes desenvolvidas por consenso ou opinião de especialistas. Três agentes estão nesta classificação: iseganan (uma peptina), traumeel (substância homeopática) e wobe-mugos (mistura de enzimas proteolíticas).</p> <p>Esta revisão fornece recomendações para a prática no âmbito dos cuidados orais na prevenção e tratamento da MO:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Avaliar a mucosite oral com um instrumento válido e fiável como um passo inicial para prevenção e gestão da MO.</li> <li>2) Desenvolver protocolos de cuidados orais baseados em evidências como base para o tratamento da MO.</li> <li>3) Ensinar técnicas de autogestão da MO aos doentes e aos cuidadores.</li> </ol>
--	--

**Quadro nº 5 – Apresentação dos dados do documento “O paciente oncológico com mucosite oral: desafios para os cuidados de enfermagem”**

<b>Autores e ano de publicação</b>	Araújo, S.; Luz, M.; Silva, G.; Andrade, E.; Nunes, L.; Moura, R. (2015) <sup>(1)</sup>
<b>Tipo de documento</b>	Estudo exploratório descritivo, transversal e quantitativo.
<b>Metodologia</b>	O estudo foi desenvolvido em dois serviços especializados em oncologia, um público e outro privado e foi realizado com 213 doentes submetidos a quimioterapia e/ou radioterapia. A colheita de dados ocorreu entre agosto de 2011 e janeiro de 2012 em 3 etapas: a 1ª consistia na aplicação de um formulário referente a dados sociodemográficos e clínicos dos doentes e se recebeu ou não assistência de enfermagem ; a 2ª etapa foi identificar quais as intervenções no processo de enfermagem que eram executadas e se eram dirigidas ao doente com mucosite oral; a 3ª etapa consistia na observação da mucosa oral e aplicação da escala da mucosite oral da OMS.
<b>Objetivos</b>	Analisar o cuidado de enfermagem ao doente oncológico com mucosite oral.
<b>Participantes</b>	213 doentes com diagnóstico de mucosite oral ou que desenvolveram esta complicação no período de colheita de dados.
<b>Resultados</b>	Os doentes eram maioritariamente do sexo feminino, com média de idade de 45,8 anos, possuíam até 11º ano de escolaridade. As formas graves de mucosite detetadas relacionaram-se com quimio-radioterapia. Apenas 25,3% dos doentes relevaram ter recebido orientações de enfermeiros durante o tratamento e, segundo a perceção dos doentes, houve uma diferença significativa na qualidade da assistência de enfermagem entre serviços públicos e privados. As principais áreas afetadas referidas pelos doentes relacionaram-se com o conforto, alimentação e higiene. A partir disso, delineou-se um Protocolo de Enfermagem formulando diagnósticos, intervenções e resultados esperados, a fim de se estabelecer um padrão ideal, porém individualizado, de assistência de enfermagem a estes doentes.

**Quadro nº 6 – Apresentação dos dados do documento “*Oral care for head and neck cancer symptom management – piloting an evidence-based practice change at a radiation oncology center*”**

<b>Autores e ano de publicação</b>	Cullen, L.; Baumler, S.; Farrington, M.; Dawson, C.; Folkmann, P.; Brenner, L. (2018) <sup>(20)</sup>
<b>Tipo de documento</b>	Estudo-piloto
<b>Metodologia</b>	Trata-se da implementação de um projeto de cuidados orais baseados em evidências, seguindo o modelo de Iowa, primeiro identificando a necessidade de mudanças na prática, depois projetando e dirigindo a intervenção e, finalmente, integrando e sustentando a mudança da prática.
<b>Objetivos</b>	Mudança de prática baseada em evidências num centro de oncologia de radioterapia de um grande centro médico académico, com o objetivo de reduzir a gravidade da mucosite oral em adultos que receberam tratamento de RT para cancro de cabeça e pescoço.
<b>Participantes</b>	Adultos com cancro de cabeça e pescoço sob tratamento ambulatorio de radioterapia, com ou sem quimioterapia concomitante.
<b>Resultados</b>	Na intervenção descrita, os doentes receberam <i>kits</i> de cuidados orais recém-criados e materiais educativos para melhorar a sua higiene oral. As avaliações foram realizadas em três momentos durante o projeto (antes do tratamento de RT, durante a semana 4 a 5 de tratamento e um mês após o tratamento). Na semana 4 a 5 - quando a gravidade da mucosite oral é esperada, os doentes relataram melhores práticas de higiene oral e redução da gravidade da mucosite oral.

## **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Da análise dos documentos selecionados emergiram três áreas centrais para a intervenção de enfermagem: avaliação, prevenção e gestão da MO.

Gondim et al. (2010) <sup>(14)</sup> descrevem a MO como uma lesão que ocorre na superfície da mucosa oral causada pela quimioterapia e/ou radioterapia. Eilers et al. (2011) <sup>(13)</sup> e Araújo et al. (2015) <sup>(1)</sup> acrescentam que é uma reação tóxica inflamatória que envolve a membrana mucosa da cavidade oral. Eilers et al. (2014) <sup>(15)</sup> mencionam a MO como um processo complexo que envolve diferentes fatores, tais como um processo inflamatório, apoptose celular, citocinas, citotoxicidade dos tratamentos e microrganismos da cavidade oral. Assim, a MO desenvolve-se num *continuum*, desde alterações inflamatórias até lesões ulcerativas <sup>(20)</sup>. Todos os documentos descrevem a MO como um dos efeitos secundários da RT com maior incidência, ocorrendo em todos os doentes com cancro de cabeça e pescoço, e que compromete a qualidade de vida do doente. A MO interfere no conforto, no comer e no beber, na comunicação, aumenta o

risco de desenvolver infeção e influencia o bem-estar geral do doente <sup>(13,20)</sup>. Araújo et al. (2015) <sup>(1)</sup> e Cullen et al. (2018) <sup>(20)</sup> somam a dor intensa a estes sintomas. Neste sentido, a mucosite oral é dolorosa, aumenta o risco de infeção e afeta a qualidade de vida do doente <sup>(20)</sup>.

Doentes com cancro de cabeça e pescoço que estiveram sob tratamento de radioterapia, com ou sem quimioterapia concomitante, referem que a MO é o efeito secundário que provoca maior angústia <sup>(13)</sup>. Além disso, Cullen et al. (2018) <sup>(20)</sup> mencionam que 93% dos doentes sob tratamento de RT apresentam xerostomia e a sua presença pode tornar os doentes mais propensos a experimentar efeitos mais significativos e graves de MO.

O enfermeiro, elemento essencial da equipa multidisciplinar, desempenha um papel fundamental de suporte e orientação à pessoa, ao longo do tratamento, na tomada de decisão <sup>(20)</sup>. Desta forma, o conhecimento acerca da MO e das estratégias de prevenção e gestão da MO são essenciais na intervenção de enfermagem, no sentido de uma atuação alinhada com as necessidades da pessoa, minimizando a severidade da MO <sup>(1,11,13,15,20)</sup>.

## 1. Avaliação do Doente

Eilers & Million (2011) <sup>(15)</sup> referem que a avaliação do doente incide na identificação dos fatores de risco, pois sabe-se que a interação de vários fatores influencia o aparecimento da MO. Assim os fatores de risco que são identificados como tendo potencial de influenciar a MO, são classificados em duas categorias: relacionados com o doente e relacionados com o tratamento <sup>(13,14,15)</sup>. Os fatores e risco relacionados com o doente são: a idade (crianças, devido ao aumento do *turnover* celular, e idosos por causa da diminuição da taxa de cura) <sup>(13,14,15)</sup>, género (mulheres apresentam maior risco de MO devido ao fator hormonal), <sup>(13)</sup> estado nutricional deficiente <sup>(13)</sup>, problemas dentários e lesões orais pré-existentes <sup>(13)</sup>; hábitos de higiene orais precários <sup>(13,14)</sup>, função salivar diminuída <sup>(13,15)</sup>, fatores genéticos (alguns pessoas parecem ter um risco significativamente menor de desenvolver mucosite do que outros expostos aos mesmos agentes mucotóxicos) <sup>(13,15)</sup>, IMC (pessoas mal nutridas apresentam maior tempo de cicatrização) <sup>(13)</sup>, função renal (o aumento da creatinina potencialmente leva a um aumento da mucotoxicidade)<sup>(13)</sup> e história de MO resultante de tratamentos

antineoplásicos anteriores <sup>(13)</sup>. Outros fatores que podem aumentar ou agravar a incidência da MO são o consumo de tabaco e álcool, de bebidas ou comidas quentes ou geladas e a presença de infeções <sup>(13,14,15)</sup>.

Fatores relacionados com o tratamento de RT de cancro de cabeça e pescoço tais como, o tipo de radiação, técnicas de planeamento, área de tecido irradiado, doses diária e total e esquemas de fracionamento, interferem na alteração do tecido normal irradiado <sup>(14)</sup>. Além destes, a combinação da QT com RT é acrescentada por Eilers et al. (2014) <sup>(15)</sup>.

Araújo et al. (2015) <sup>(1)</sup> afirmam que no acolhimento ao doente oncológico com risco de MO o enfermeiro estabelece uma classificação de risco com base nos fatores de risco.

## **2. Prevenção da MO**

A saúde oral é essencial para o bem-estar e começa com uma higiene oral adequada. Isto é especialmente importante nos doentes oncológicos de cabeça e pescoço.

As diretrizes de prática clínica e as revisões sistemáticas consistentemente apoiam o cuidado oral, mas incluem evidências insuficientes sobre protocolos educativos de cuidados orais, incluindo bochechos, exceto pelo aconselhamento contra o uso de clorexidina e misoprostol e produtos contendo álcool <sup>(13,15,20)</sup>. Araújo et al. (2015) <sup>(1)</sup> e Eilers et al. (2014) <sup>(15)</sup> reconhecem que um programa de cuidados orais é importante na prevenção da MO. Eilers & Million (2011) <sup>(13)</sup> identificam a benzidamina, fosfato de cálcio, mel, enzimas hidrolíticas, iodopovidona e sulfato de zinco como agentes que atuam na prevenção da MO induzida pelo tratamento antineoplásico. Eilers et al. (2014) <sup>(15)</sup> recomendam a terapia laser de baixa potência e bochechos com bicarbonato de sódio para gerir a MO e categoriza os bochechos com benzidamina como sendo possível a sua eficácia. Em contrapartida, Eilers & Million (2011) <sup>(13)</sup> referem que o sucralfato, a clorexidina e pastilhas antimicrobianas não são recomendadas para a prevenção da MO induzida por RT em pessoas com cancro de cabeça e pescoço.

O enfermeiro tem um papel primordial na implementação e supervisão dos cuidados orais, considerando sempre como prioridade a informação dada ao

doente, tornando-o foco do processo de educação para a saúde, facilitando a adesão terapêutica e sucesso das intervenções de enfermagem (1,15).

Cullen et al. (2018) (20) mostram-nos um projeto de mudança de práticas, com base na evidência, em que os líderes do projeto trabalharam com a equipe coordenadora do centro de RT - que incluiu o enfermeiro chefe e o diretor clínico - ao projetar e pilotar essa mudança de prática. A mudança das práticas passou por os doentes receberem *kits* de cuidados orais recém-criados e materiais educativos para melhorar a sua higiene oral. Estes *kits* de cuidados orais, que eram colocados num saco que continha material educativo, eram compostos por:

- Escovas de dentes com cerdas macias
- Dentífrício Biotene®
- Produtos de lanolina para cuidados com os lábios
- Fio dentário encerado
- Pacotes pré-embalados de sal e bicarbonato de sódio
- Copo para a dentadura e outros copos pequenos (para misturar e fazer o bochecho oral quando estiver fora de casa)
- Um temporizador, para incentivar a escovagem completa, durante 2 minutos.

Os pacotes de sal e de bicarbonato facilitaram a realização de bochechos orais não irritantes quando os doentes se encontravam fora de casa. Considerou-se importante que o enfermeiro tivesse um *kit* de cuidados orais para demonstração durante a educação do doente, mostrando e explicando cada artigo, ajudou a reforçar a importância desses produtos específicos (20). Os resultados demonstraram que houve uma melhoria das práticas de higiene oral por parte dos doentes e redução da gravidade da MO, bem como os doentes sabiam como prevenir a MO, sentiam-se preparados para realizar um bom cuidado oral e estavam conscientes de que a pasta de dente de Biotene® e os bochechos orais eram úteis (20).

A equipa de enfermagem desempenha um papel fundamental no planeamento e orientação do cuidado oral nos doentes que recebem tratamento de RT de cabeça e pescoço. Isso inclui a colaboração com o doente/família e outros profissionais envolvidos no tratamento do doente (1,13,14,15,20). Neste

sentido, foram identificadas as seguintes intervenções de enfermagem para o cuidado oral do doente:

- Colaborar com a equipa multidisciplinar em todas as fases de tratamento (13);
- Observar a cavidade oral, utilizando escalas de avaliação do grau de toxicidade da cavidade oral, como a escala da OMS (1);
- Criar programas de cuidados orais, e aplicar de acordo com as particularidades de cada pessoa (1);
- Escovar, pelo menos duas vezes por dia, toda a superfície dos dentes pelo menos durante 90 segundos, usando uma escova de dentes suave (13,20). Araújo et al. (2015) (1) sugere a escovagem dentária após as refeições, usando escova suave e pasta de dentes com flúor;
- Educar para a limpeza da escova de dentes com hipoclorito de sódio<sup>1</sup> e secar a escova de dentes antes de a guardar (13);
- Educar acerca do uso correto do fio dentário, pelo menos uma vez por dia ou segundo indicação clínica (1,13);
- Bochechar 4 vezes por dia com uma solução de bochechos suave (13);
- Evitar o uso de tabaco, álcool e alimentos irritantes (ácidos, quentes, crus ou picantes) (1,13,14,15);
- Usar protetor labial à base de água (1,20);
- Manter uma adequada hidratação (1,13,14);
- Orientar a pessoa para a higienização de próteses dentárias e o abandono destas quando mal ajustadas, durante a presença de MO (1);
- Fornecer material educativo escrito aos doentes acerca dos itens acima descritos (1,13).

O uso da terapia de laser de baixa potência é identificado pelos documentos como sendo uma intervenção interdisciplinar eficaz na redução da intensidade da MO, que requer equipamento específico e um profissional treinado (1,13,14,15).

A MO é considerada uma consequência inevitável do tratamento. Assim, embora a utilização de produtos naturais não se encontre estabilizada, a identificação preventiva de doentes em risco e cuidados dentários profissionais são conhecidos por ajudar a prevenir e reduzir esse efeito colateral. Logo o enfermeiro desempenha um papel importante na melhoria do cuidado oral na pessoa com CCP (11,13,20).

### 3. Gestão da MO

Araújo et al. (2015) <sup>(1)</sup> aludem que a avaliação e monitorização contínuas são fundamentais para uma gestão eficaz e uma adequada identificação de diagnósticos de enfermagem da MO, a fim de definir intervenções específicas, assim como, o conhecimento atual sobre os aspetos temporais de manifestações clínicas, baseado em evidências, e abordagens padronizadas para avaliação, fornecem um importante meio para melhorar os resultados dos doentes.

Uma adequada avaliação da cavidade oral é essencial para prevenir a MO, fornecendo informações para uma intervenção precoce e individualizada, diminuindo o risco de problemas secundários, como septicemia e dor <sup>(13)</sup>. A avaliação oral é assim um processo contínuo, que orienta no desenvolvimento de um plano de cuidados que é implementado e avaliado de forma contínua <sup>(13)</sup>.

A literatura identifica a necessidade de selecionar instrumentos, que forneçam informação precisa acerca da cavidade oral, para orientar a intervenção de enfermagem. Esses instrumentos ajudam a identificar as mudanças da mucosa oral com MO, comparativamente com uma mucosa normal, possibilitando identificar a toxicidade da mucosa oral dos tratamentos antineoplásicos e permitem avaliar a eficácia das intervenções que foram utilizadas na gestão da MO <sup>(13)</sup>. Contudo, ao analisar os documentos, constata-se que não existe um consenso no uso de um instrumento de avaliação da cavidade oral, sendo os mais referenciados: a Escala de Toxicidade da OMS (desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde), a *Common Terminology Criteria* (CTC) – version 4.03, desenvolvida pelo *National Cancer Institute* (NCI) e a *Radiation Therapy Oncology Group Score Criteria* (RTOG).

A pesquisa demonstra que o cuidado oral pode reduzir a gravidade da MO. Assim como, a educação sobre a importância do tratamento oral antes do tratamento antineoplásico (dentista/estomatologista) pode reduzir a dor e a gravidade da MO <sup>(20)</sup>. A gestão da MO requer assim intervenções no sentido de reduzir a sua gravidade, bem como sintomas associados, como a dor <sup>(1,13,14,15,20)</sup>.

A dor é um sintoma associado à MO, frequentemente referido pelos doentes como uma queixa que dificulta o falar e o engolir, o que influencia de modo negativo o estado nutricional e a comunicação <sup>(13)</sup>. Além disso, as

necessidades de conforto e de higiene podem ficar afetadas pela sua presença (1). A dor torna-se mais severa quanto maior a extensão e intensidade da MO (14).

A intensidade da dor e a angústia vivida pelos doentes está relacionada com a natureza altamente sensível dos neurónios localizados na cavidade oral (13). Todavia, embora a dor seja uma componente da experiência da MO, é importante manter a avaliação da dor como um elemento separado porque desta classificação depende a adequação do tratamento e não apenas da gravidade da MO existente (15). Assim, para controlo da dor foram identificadas as seguintes intervenções de enfermagem:

- Informar o doente acerca da causa da dor, o tempo previsto de duração, com o objetivo de minimizar a sua ansiedade (1);
- Valorizar as queixas de dor do doente (1);
- Proporcionar alívio da dor, com analgesia prescrita (1,13) (administração de opióides e não opióides, assim como a combinação de agentes (13));
- Avaliar, após administração, a eficácia do analgésico (1);
- Encorajar métodos de distração durante a dor aguda (1);
- Orientar sobre técnicas não invasivas de alívio da dor<sup>1</sup>, como elixires/bochechos suaves e sem álcool (13,20);
- Aplicar escalas de avaliação da dor (1);
- Observar sinais não-verbais de dor e desconforto (1,13);
- Consultar médico ou enfermeiro especializado sobre soluções orais para alívio da dor (1).

## **IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E INVESTIGAÇÃO**

As revisões *scoping* pretendem ser abrangentes e fornecer uma visão geral da evidência existente, na medida em que visam fornecer um mapa da evidência produzida, em detrimento da melhor evidência disponível. Desta forma, não existiu uma avaliação formal da qualidade metodológica ou do nível de evidência dos estudos incluídos na revisão, motivo pelo qual a presente *scoping* não permite fornecer recomendações para a prática, mas apenas conceder informações que possam orientar a prática.

A revisão integrou maioritariamente revisões da literatura que revelaram informações acerca da definição de mucosite oral, características, clínicas,

incidência, morbilidade associada e as intervenções na prevenção e tratamento deste efeito secundário tão severo. Centrados nesta abordagem, os resultados revelam que o enfermeiro tem um papel importante na prevenção e tratamento da mucosite oral, onde a educação acerca de um adequado e eficaz cuidado oral é a pedra angular da sua intervenção. As intervenções de enfermagem presentes nos documentos analisados encontram-se pouco sistematizadas e na maioria das conclusões dos mesmos é referida a necessidade de um consenso acerca de quais as intervenções mais eficazes para cada área de intervenção (avaliação, prevenção e gestão). Por este motivo, devem ser desenvolvidos estudos que abordem a intervenção de enfermagem na pessoa com MO e que revelem indicadores de cuidados e resultados obtidos.

## **CONCLUSÕES**

A mucosite oral é um efeito colateral associado a uma grande morbilidade e com grande impacto na qualidade de vida do doente oncológico, interferindo nas necessidades humanas básicas. Neste sentido, o enfermeiro tem um papel ativo, dinâmico e individualizado no âmbito da prevenção e tratamento da MO, onde desenvolve um plano individualizado de cuidados, com a implementação de intervenções baseadas em evidências. A implementação de práticas baseadas na evidência envolve a integração dos valores e preferências do doente em relação aos seus cuidados, num plano de cuidados individualizado, contudo deve basear-se num suporte teórico, que oriente a colheita de dados, no estabelecimento de diagnósticos, planeamento de intervenções e avaliação dos resultados obtidos.

A educação para a saúde, no contexto dos cuidados com a higiene oral, é uma intervenção de extrema importância, no sentido em que é uma medida primária essencial na prevenção de sintomas provocados pela mucosite.

A dor associada à MO é um sintoma frequente e um importante foco do cuidado a ter pelos enfermeiros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Araújo, S.; Luz, M.; Silva, G.; Andrade, E.; Nunes, L.; Moura, R. (2015). Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 267-274.
2. Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/0104-070720160002060014.
3. Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5),v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202
4. Albuquerque, A.; Soares, M.; Silva, D. (2010). Oral mucositis: pathobiology, prevention and treatment. *Com. Ciências Saúde*, 21 (2), 133-138.
5. Quinn, B.; Botti, S.; Kurstjens, M.; Margulies, A.; Orlando, L.; ... Vasconcelos, (2017). A. European oral care in cancer group. *Oral care guidance and Support*. (s.n).
6. Thomson, P. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2).
7. Kasat, V. (2010). Radiotherapy: an update. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*, 22(4).
8. Stokman, M.; Spijkervet, F.; Boezen, H.; Schouten, J.; Roodenburg, J. (2006). Preventive intervention possibilities in radiotherapy and chemotherapy-induced oral mucositis: results of meta-analyses. *Journal Dental Res*, 85 (8), 690-700.
9. Rosenthal, D.; Trotti, A. (2009). Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol*, 19, 29-34.
10. Kartın, P.; Tasci, S.; Soyuer, S.; Elmali, F. (2014). Effect of an oral mucositis protocol on quality of life of patients with head and neck cancer treated with radiation therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), E118-E125.

11. Filho, M.; Pires, M.; Junior, H.; Bonan, P.; Lima, L. (2010). Prevalência de mucosite oral radioinduzida em um serviço de radioterapia no norte de Minas Gerais. *Revista Odontológica Brasileira Central*, 19 (50), 239-242.
12. Oliveira, C.; Lima, J.; Ribeiro, R.; Domingues, A.; Moreira, V.; Oliveira, M. (2014). Actuação da enfermagem na prevenção e controle da mucosite oral em pacientes submetidos à quimioterapia: uma revisão da literatura. *C&S – Revista Electrónica da Fainor*, 7 (1), 94-107
13. Eilers, J., Million, R. (2011). Clinical update: prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4), e1-e16.
14. Eilers, J.; Harris, D.; Harris; Henry, K.; Johnson, L.A. (2014). Evidence - based interventions for cancer treatment – related mucositis: putting evidence into practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 80-96.
15. Gondim, F. M.; Gomes, I. P.; Firmino, F. (2010). Prevenção e tratamento da mucosite oral. *Revista Enfermagem*, 1 (18), 67-74.
16. Bonan, P.; Lopes, M.; Alves, F.; Almeida O. (2005). Aspectos clínicos, biológicos, histopatológicos e tratamentos propostos para a mucosite oral induzida por radioterapia: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(3), 235-242.
17. Lopes, C.; Mas, J.; Zângaro, R. (2006). Prevenção da xerostomia e da mucosite oral induzidas por radioterapia com uso de laser de baixa potência. *Radiologia Brasileira*, 39 (2), 131-136.
18. Silva, J.; Valente Ribeiro, P. (2015). Strategies for self-care of persons with cancer undergoing chemotherapy/radiotherapy and its relationship with comfort. 37.
19. Peters, M. D., Godfrey, C. M., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.
20. Cullen, L.; Baumler, S.; Farrington, M.; Dawson, C.; Folkmann, P.; Brenner, L. (2018). Oral care for head and neck cancer symptom management – piloting evidence-based practice change at a radiation oncology center. *AJN*. 118 (1). 24-34.



**APÊNDICES**  
**(Revisão *Scoping*)**



## APÊNDICE I - Histórico de pesquisa na base de dados CINAHL

### (Revisão Scoping)

Search ID #	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S5	S1 AND S2 AND S3	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	9
S4	S1 AND S2 AND S3	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	62
S3	(MM "Radiation Oncology Nursing") OR (MH "Oncologic Nursing+") OR (MM "Oncology Nursing Society") OR (MM "Cancer Nurses Society of Australia")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	29,924
S2	(MH "Practical Nurses") OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Nurse-Practice Acts") OR (MH "Nurse Practitioners+") OR	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database -	49,211

	<p>(MH "&gt;Expert Nurses")  OR (MH "National Association of Clinical Nurse Specialists") OR (MH "Nursing Assistants")  OR (MH "American Nurses Association")  OR (MH "Nurses+")  OR (MH "International Council of Nurses") OR (MH "Nursing Organizations+") OR (MH "Nursing Skills")  OR (MH "Nursing Organizations, International+") OR (MH "Practical Nursing") OR (MH "Nursing Protocols+")  OR (MH "Nursing Practice, Evidence-Based+") OR (MH "Nursing Outcomes")  OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Nursing Care Plans+") OR (MH "Oncology Nursing Society") OR (MH "Oncologic Nursing+") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Nursing Practice+") OR (MH "Nursing Management") OR</p>		<p>CINAHL Plus with Full Text</p>	
--	---	--	-----------------------------------	--

	(MH "Nursing Care+")			
<b>S1</b>	(MH "Mucositis+") OR (MH "Stomatitis+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - CINAHL Plus with Full Text	<b>3,453</b>



**APÊNDICE II - Histórico de pesquisa na base de dados MEDLINE  
(Revisão Scoping)**

<b>Search ID #</b>	<b>Search Terms</b>	<b>Search Options</b>	<b>Last Run Via</b>	<b>Results</b>
<b>S10</b>	S1 AND S3 AND S5 AND S7	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20181231 Search modes - Boolean/Phrase		<b>4</b>
<b>S9</b>	S1 AND S3 AND S5 AND S7	Narrow by SubjectAge: - all adult: 19+ years Search modes - Boolean/Phrase		<b>12</b>
<b>S8</b>	S1 AND S3 AND S5 AND S7	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	<b>35</b>
<b>S7</b>	(MH "Nurse Specialists+") OR (MH "Nurse Practitioners+") OR (MH "Nurse-Patient Relations") OR (MH "Nurses, Community Health") OR (MH "Nursing, Supervisory") OR (MH "Nurses+") OR (MH "Nurse's Role") OR (MH "Nursing+") OR (MH "Oncology Nursing") OR (MH "Nursing Assessment+") OR (MH "Specialties, Nursing+") OR (MH "Societies, Nursing+") OR (MH "Nursing, Practical")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	<b>467,567</b>

	OR (MH "Nursing Diagnosis") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Education, Nursing+") OR (MH "Holistic Nursing") OR (MH "Clinical Nursing Research") OR (MH "American Nurses' Association") OR (MH "Evidence-Based Nursing") OR (MH "Critical Care Nursing") OR (MH "International Council of Nurses") OR (MH "Patient Care Planning+")			
<b>S6</b>	S1 AND S3 AND S5	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	<b>1,552</b>
<b>S5</b>	S2 OR S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	<b>716,571</b>
<b>S4</b>	(MH "Radiation+") OR (MH "Radiation Effects+") OR (MH "Radiation Oncology") OR (MH "Radiotherapy+") OR (MH "Radiotherapy, Conformal+") OR (MH "Radiotherapy Dosage+") OR (MH	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database -	<b>574,191</b>

	"Oncologists+") OR (MH "Mucositis")		MEDLINE with Full Text	
<b>S3</b>	(MM "Oncology Nursing") OR (MM "Radiation Oncology") OR "oncology"	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	<b>460,629</b>
<b>S2</b>	(MH "Radiotherapy+") OR "radiotherapy" OR (MH "Radiotherapy, Conformal+") OR (MH "Radiotherapy Dosage+") OR (MM "Radiotherapy, Adjuvant") OR (MM "Radiotherapy, Intensity-Modulated") OR (MH "Dose Fractionation+") OR (MH "Radiation Tolerance+") OR (MM "Radiation Oncology") OR (MM "Radiation Oncologists") OR (MM "Mucositis") OR (MM "Chemoradiotherapy, Adjuvant") OR (MH "Chemoradiotherapy+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	<b>355,585</b>
<b>S1</b>	(MM "Mucositis") OR "mucositis" OR (MH "Stomatitis+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	<b>22,248</b>



**Apêndice V – Programa educativo de prevenção da mucosite oral**



## PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENÇÃO DA MUCOSITE ORAL

	Intervenções de Enfermagem Independentes	Intervenções de Enfermagem Dependentes
Baixo Risco	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educar e incentivar o doente para a auto-vigilância da mucosa oral. <sup>(2)</sup></li> <li>Educar e incentivar o doente para o auto-relato de quaisquer mudanças orais. <sup>(2,3)</sup></li> <li>Validação da avaliação da cavidade oral realizada pelo doente. <sup>(2)</sup></li> <li>Boa e regular higiene oral: <sup>(1,2,3)</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>escovar os dentes com uma escova de dentes suave, após as refeições e antes de dormir;</li> <li>usar pasta de dentes com alto teor de flúor (entre 1350 e 1500 ppm);</li> <li>realizar bochechos após a escovagem, para remover quaisquer detritos alimentares e pasta de dentes remanescente (bochechos com cloreto de sódio a 0,9% / água salgada -1 colher de chá para 1 copo de água);</li> </ul> </li> <li>Retirar dentadura/prótese durante a noite, mergulhando-a numa solução de lavagem. <sup>(1,2,3)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incentivar e apoiar a cessação do tabagismo, se necessário com apoio de médico <sup>(1,3,4)</sup></li> <li>Incentivar a redução de ingestão de álcool, se necessário com apoio de médico <sup>(1,3,4)</sup>.</li> <li>Intervenção nutricional antes do início da terapêutica, incluindo apoio nutricional para detetar possível desnutrição. <sup>(1,3,4)</sup></li> </ul>
Risco Moderado	<p><b>Além das intervenções de baixo risco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Acompanhamento adicional para quaisquer mudanças iniciais na cavidade oral (encaminhamento para dentista). <sup>(1,2)</sup></li> <li>Aumentar a frequência de bochechos com cloreto sódio 0,9% / água salgada. <sup>(1,2,3,4)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Considerar a utilização de colutórios orais (Caphosol®, Tantum Verde®), desde o primeiro dia de radioterapia da região de cabeça e pescoço de acordo com prescrição médica <sup>(1,2,3,4)</sup>.</li> <li>Considerar a utilização de protetores de mucosa oral, de acordo com prescrição médica <sup>(1,2,3,4)</sup>.</li> </ul>
Risco Elevado	<p><b>Além das intervenções de médio risco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliar e acompanhar o estado nutricional do doente. <sup>(1,2,3)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizar técnica de IMRT em doentes com tumor de cabeça e pescoço (para minimizar complicações orais). <sup>(1,2,3,4)</sup> Colocação de PEG profilática. <sup>(1,2,3)</sup></li> <li>Considerar a utilização de suplementos de vitamina B em doentes alcoólicos. <sup>(1,3)</sup></li> </ul>



### Referências Bibliográficas:

1. British Columbia Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>.
2. Quinn, B. (2015). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. Clinical practice guidelines and recommendations. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html).
3. Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.
4. Harris, D.; Eilers, J.; Harriman, A.; Cashavelly, B.; Maxwell, C. (2008). Putting Evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis Clinical. *Journal of Oncology Nursing*, 12 (1), 141-152.

**Apêndice VI - Programa educativo de cuidado oral**



# PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADO ORAL

ATITUDE	PLANO DE CUIDADO ORAL BÁSICO
	<p><b>Estratégias-chave para o alívio da MO antes e durante o tratamento:</b><sup>(3, 4, 8)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Desenvolver uma rotina diária de higiene oral, incluindo escovar os dentes e as gengivas quatro vezes ao dia com uma escova macia e usar colutórios na boca. Esta abordagem pode contribuir para a redução e, idealmente, a prevenção da MO e dor associada, comprometimento nutricional e resultados adversos relacionados com a mesma:             <ul style="list-style-type: none"> <li>Inspecionar a mucosa oral diariamente<sup>(3, 4, 8)</sup></li> <li>Eliminar as fontes de trauma (por exemplo, próteses mal ajustadas, dentes fraturados)</li> <li>Lubrificar os lábios com creme de base aquosa<sup>(8)</sup></li> <li>Beber uma grande quantidade de líquidos para manter a boca húmida<sup>(4)</sup></li> </ul> </li> <li>Manutenção do suporte nutricional ideal ao longo de todo o período da terapêutica antineoplásica</li> </ul>
Uso de Fio Dentário	<ul style="list-style-type: none"> <li>Passar o fio dentário pelo menos uma vez por dia<sup>(1, 2, 3, 9)</sup></li> <li>O fio dentário encerado pode ser mais fácil de usar e minimizar o traumatismo na gengiva<sup>(8, 9)</sup></li> <li>Se o fio dentário causar hemorragia nas gengivas, e não parar após 2 minutos, o seu uso deve ser descontinuado<sup>(6, 8, 9)</sup></li> <li>Os doentes que não usam fio dentário antes do tratamento oncológico não devem começar a usar neste momento, pois destrói a barreira epitelial, visível através de sangramento gengival<sup>(6, 8, 9)</sup></li> <li>Doentes com cancro localizado na boca podem não ser capazes de usar fio dentário<sup>(8, 9)</sup></li> </ul>
Escovar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usar uma escova de dentes com ponta arredondada, de cerdas pequenas e suaves, para reduzir o risco de hemorragia. Substituir a escova de dentes mensalmente ou quando as cerdas não estiverem direitas<sup>(1 - 6, 8)</sup></li> <li>Molhar a escova de dentes com água quente para suavizar a escova antes de usar<sup>(8, 9)</sup></li> <li>Usar uma pasta de dentes com flúor (entre 1350 e 1500ppm de flúor)<sup>(1, 3, 9)</sup></li> <li>Escovar após as refeições e antes de dormir. Certificar de que a porção gengival do dente e sulco periodontal esteja incluída (a escovagem não é indicada na área de envolvimento tumoral)<sup>(3, 5-8)</sup></li> <li>Escovar a língua suavemente de trás para a frente<sup>(1)</sup></li> <li>Lavar a escova de dentes com água quente depois de a usar e deixar secar ao ar<sup>(1, 5, 6)</sup></li> <li>Substituir a escova de dentes por dedeira ou esponja oral (de uso único), se necessário<sup>(1, 3, 9)</sup></li> </ul> <p><u>Dentaduras/Próteses</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Remover dentadura/próteses antes de realizar cuidados à boca.<sup>(1, 5, 6, 9)</sup></li> <li>Escovar e lavar a dentadura/prótese após as refeições e antes de dormir<sup>(1, 5, 8, 9)</sup></li> <li>Retirar a dentadura/prótese durante a noite (pelo menos 8 horas) e colocar numa solução para lavagem<sup>(8, 9)</sup></li> </ul>
Bochechar	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar bochechos ao levantar e, pelo menos 4 vezes por dia, após cada escovagem ou uso de fio dentário e conforme necessário, durante +/- 1 minuto, com: água salgada (1 colher de chá de sal para um copo de água), uma solução suave (1 colher de chá de sal + 1 colher de chá de bicarbonato de sódio para 4 copos de água), ou colutório bucal sem álcool<sup>(1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10)</sup></li> </ul> <p><u>Dentaduras</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Após a remoção da dentadura/prótese, bochechar a boca com solução de bochechos água salgada/solução suave<sup>(1, 5, 8, 9)</sup></li> </ul> <p><u>Não Recomendado</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Colutórios bucais comerciais com base hidroalcoólica ou propriedades adstringentes não são recomendados<sup>(1, 2, 3, 5, 8, 9)</sup></li> <li>O desbridamento de tecido da mucosa oral só deve ser realizado se o tecido estiver solto e se for absolutamente necessário, podendo causar engasgamento<sup>(8)</sup></li> </ul>
Hidratar a Cavidade Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar bochechos da cavidade oral com água ajuda a manter a humidade na boca, remove os restos de alimentos e pasta de dentes remanescente, reduz a acumulação de placa bacteriana e previne a infeção<sup>(1, 10)</sup></li> <li>Hidratar a boca com saliva artificial ou outros lubrificantes solúveis em água para uso na boca<sup>(8)</sup></li> <li>Aplicar lubrificante após cada lavagem, à hora de dormir e conforme necessário<sup>(8)</sup></li> <li>O lubrificante à base de água precisa ser aplicado com mais frequência ao longo do dia<sup>(8)</sup></li> <li>Bochechar frequentemente a cavidade oral com solução de bochecho suave, conforme necessário<sup>(8, 9)</sup></li> <li>Mastigar pastilhas de xilitol ou rebuçados de xilitol, até 6 gramas por dia<sup>(8)</sup></li> </ul>
Cuidados aos lábios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para manter os lábios húmidos e evitar o desenvolvimento de fissuras, usar lubrificantes solúveis em água (os lubrificantes à base de cera, óleo e petróleo são desaconselhados no tratamento de Radioterapia)<sup>(1, 2, 6, 8)</sup></li> <li>Aplicar lubrificante nos lábios após cada limpeza da boca, à hora de dormir e conforme necessário<sup>(8)</sup></li> </ul>
Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingerir alimentos mornos ou à temperatura ambiente<sup>(8)</sup></li> <li>Evitar alimentos que irritam a mucosa oral como os sumos de citrinos, alimentos picantes ou muito salgados, ásperos e secos<sup>(8)</sup></li> <li>Cozinhar os alimentos até ficarem macios e suaves e ingerir alimentos fáceis de mastigar e engolir, em forma de purés e cremes<sup>(8)</sup></li> <li>Ingerir alimentos ricos em proteínas, como carne, peixe, leguminosas, gelatinas<sup>(8)</sup></li> <li>Ingerir alimentos ricos em calorías, como leite condensado, chocolate em pó/derretido, mel<sup>(8)</sup></li> <li>Aumentar a ingestão de líquidos adicionando caldos (de carne, peixe, legumes) ou molhos não picantes<sup>(8)</sup></li> <li>Encaminhar para nutricionista no caso de malnutrição<sup>(8)</sup></li> </ul>

### Referências Bibliográficas

1. Thomson, P. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2).
2. Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/0104-070720160002060014
3. Quinn, B. (2015). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. Clinical Practice Guidelines and Recommendations. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html).
4. Albuquerque, I; Camargo, T. (2007). Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Revista Brasileira Cancerologia*, 53 (2), 195-209.
5. Harris, D.; Eilers, J.; Harriman, A.; Cashavelly, B.; Maxwell, C. (2008). Putting evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (1), 141-152.
6. Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5), v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202
7. Eilers, J.; Harris, D.; Henry, K.; Johnson, L. (2014). Evidence - based interventions for cancer treatment – related mucositis: putting evidence into practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), 80-96.
8. British Columbia Cancer Agency. (s.d.) Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>.
9. Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.

**Apêndice VII – Cartaz informativo – Mucosite oral – Intervenção de enfermagem: da avaliação à prevenção**



# Intervenção de Enfermagem em pessoas com risco de Mucosite Oral: da Avaliação à Prevenção

## AVALIAÇÃO

### Fatores de Risco do Doente

- Idade (crianças e idosos)
- Género feminino
- Higiene oral descuidada
- Doenças dentárias pré-existentes
- Medicação cause Xerostomia
- Desidratação
- Consumo de álcool, tabaco ou drogas
- Oxigenoterapia
- Mal nutrição

### Fatores de Risco do Tratamento

- QT
- QT/RT
- RT de cabeça e pescoço
- Irradiação total do corpo

### Antineoplásicos com risco de MO

<u>Antraciclinas</u> Daunorrubicina Doxorrubicina Adriamicina Epirubicina	<u>Agentes Alquilantes</u> Busulfan Procarbazona Ciclofosfamida	<u>Antimetabolitos</u> Metotrexato 5-fluorouracil Hidroxyurea Pemetrexado
<u>Antibióticos Antitumorais</u> Bleomicina	<u>Taxanos</u> Docetaxel Paclitaxel	<u>Inibidor Topoisomerase</u> Irinotecano
<u>Vinca Alcalóides</u> Vincristina Vinblastina	<u>Anti-neoplásico</u> Mitoxantrona	<u>Anti-corpo Monoclonal</u> Pertuzumab Cetuximab
<u>Terapêutica Oral</u>		
Capecitabina Ciclofosfamida		Everolimos Sunitinib

## PREVENÇÃO

### Risco Elevado

Doentes com antecedentes de problemas orais moderados a graves; QT de alta dose; RT (>60Gy) com ou sem QT, da região da cabeça e pescoço.

#### Além das intervenções de baixo e moderado risco

- Avaliar e acompanhar o estado nutricional do doente.

### Risco Moderado

(Doentes com antecedentes de problemas orais; mucosite oral, grau 2; o tratamento provoca mucosite oral (QT, RT de cabeça e pescoço – 40-60 Gy); terapêutica do domicílio que pode provocar xerostomia)

#### Além das intervenções de baixo risco

- Iniciar bochechos com fosfato de cálcio no 1º dia de QT ou de RT de cabeça e pescoço, de acordo com prescrição médica
- Chupar pedaços de gelo 5 minutos antes de bolus de 5-FU (administração de 30 minutos, exceto em protocolo com Oxaliplatina)
- Iniciar protetores da mucosa oral, de acordo com prescrição médica

### Baixo Risco

(doentes sem história de MO ou tratamento não causa MO)

- Boa e regular higiene Oral, pelo menos 4x/d, depois das refeições e antes dormir
- Realizar bochechos com solução salina depois da escovagem
- Refrir dentaduras durante a noite
- Incentivar e apoiar a cessação tabágica e alcoólica

### Educação do Doente

- Cuidados orais
- Gestão dietética

#### Cuidados Oraís

- Diária auto-vigilância da cavidade oral
- Escovar os dentes após as refeições e antes de dormir, com escova suave (criança) e pasta de dentes com flúor
- Bochechar com soluções salinas ou Caphosol após a escovagem
- Hidratar a cavidade oral e lábios frequentemente

#### Gestão Dietética

- Evitar alimentos irritantes ou traumatizantes (cítricos, alimentos picantes ou muito salgados, ásperos ou secos)
- Ingerir alimentos moles, suaves e com molhos
- Ingestão hídrica reforçada (1.5l/dia)
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em proteínas

#### Referências bibliográficas:

- 1 - Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/0104-070720160002060014; 2 - Quinn, B. (2015). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. *Clinical Practice Guidelines and recommendations*. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancerurses.eu/education/guidelines-recommendations.html](http://www.cancerurses.eu/education/guidelines-recommendations.html); 3 - Albuquerque, J.; Camargo, T. (2007). Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Revista Brasileira Cancerologia*, 53 (2), 195-209; 4 - Peterson, D.; Soers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Harrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury. *ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up*. *Annals of Oncology*, 26 (5), v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202; 5 - Eilers, J.; Harris, D.; Henry, K.; Johnson, L. (2014). Evidence - based interventions for cancer treatment - related Mucositis: putting evidence into Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), 80-98; 6 - BC Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>; 7 - Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomico.co.uk>



**Apêndice VIII – Guião I (1ª versão)**



<b>GUIÃO I</b>  <b>(Colheita de Dados)</b> <b>1º Dia</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO</b>  1. Nº Guião: _____ 2. Nome: _____ 3. Nº Processo Hospitalar: _____
---	--

4.Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

5.Sexo:  Masculino <sup>1</sup>

6.Idade: \_\_\_\_\_ anos

Feminino <sup>2</sup>

7.Estado Civil:  Solteiro (a) <sup>1</sup>

8.Escolaridade:  Nenhuma <sup>1</sup>

Casado (a) ou vive

1º Ciclo <sup>2</sup>

maritalmente <sup>2</sup>

2º Ciclo <sup>3</sup>

Viúvo (a) <sup>3</sup>

3º Ciclo <sup>4</sup>

Divorciado (a) <sup>4</sup>

Secundário <sup>5</sup>

Superior <sup>6</sup>

9.Profissão:  Estudante <sup>1</sup>

Doméstica <sup>2</sup>

10.Dificuldades

Empregado <sup>3</sup>

económicas:  Não <sup>1</sup>

Desempregado <sup>4</sup>

Sim <sup>2</sup>

Reformado <sup>5</sup>

Quais? \_\_\_\_\_

Outro <sup>6</sup> \_\_\_\_\_

11.Cuidador (Pessoa Significativa):  Não <sup>1</sup>

Sim. <sup>2</sup> Nome: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco:  Esposa (o) <sup>a</sup>

Mãe /Pai <sup>b</sup>

Irmã(o) <sup>c</sup>

Outro <sup>d</sup>

12.Antecedentes familiares de neoplasia:  Não <sup>1</sup>

Sim <sup>2</sup>

13. TERAPÊUTICA DO DOMICILIO	DOSE/ VIA	HORÁRIO

### SITUAÇÃO ATUAL DE DOENÇA

14. Histologia do tumor: \_\_\_\_\_

15. Estadio do tumor: \_\_\_\_\_

16. Localização do Tumor:  Cavidade Oral <sup>1</sup>  
 Faringe: <sup>2</sup>  
 Nasofaringe <sup>a</sup>  Orofaringe <sup>b</sup>  
 Laringe <sup>3</sup>  
 Glândulas salivares: <sup>4</sup>  
 Parótida <sup>a</sup>  Submandibular <sup>b</sup>  
 Sublingual <sup>c</sup>  Salivares Menores <sup>d</sup>

17. Já realizou anteriormente tratamentos de Radioterapia  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup>  
Local da Irradiação: \_

18. Já realizou anteriormente tratamentos de Quimioterapia  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

19. Tipo de Tratamento:  RT pré-operatória <sup>1</sup>  
 RT pós-operatória <sup>2</sup>  
 RT QT <sup>3</sup>  
 RT QT pós-operatória <sup>4</sup>

20. Técnica de Tratamento de RT:  3D-CRT <sup>1</sup>  
 IMRT <sup>2</sup>

21. Prescrição de Radioterapia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Gy/Nº Frações/Nº Semanas)

22. Prescrição de Quimioterapia: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (Protocolo/Periodicidade)

23. Como faz a lavagem:  Escova menos de 1 minuto <sup>1</sup>  
 Escova durante 1 minuto <sup>2</sup>  
 Escova durante 1 minuto e meio <sup>3</sup>  
 Escova durante 2 minutos ou mais <sup>4</sup>  
 Bochechos com água <sup>5</sup>  
 Bochechos com outros produtos. <sup>6</sup> Quais: \_\_\_\_\_

24. Que zonas da boca lava:  Dentes <sup>1</sup>  
 Gengivas <sup>2</sup>  
 Língua <sup>3</sup>  
 Palato (céu da boca) <sup>4</sup>  
 Parte interna das bochechas <sup>5</sup>

25. Cuidados que tem com a escova de dentes depois de utilizar:  
 Lava-a <sup>1</sup>  
 Seca-a <sup>2</sup>  
 Desinfeta-a. <sup>3</sup> Produto: \_\_\_\_\_

26. Apresenta lesões na boca:  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup> Quais:  Cáries Dentárias <sup>a</sup>  
 Aftas <sup>b</sup>  
 Gengivite <sup>c</sup>  
 Alterações salivares <sup>d</sup>  
 Infecções Dentárias pré-existentes <sup>e</sup>

27. Lubrifica/hidrata os lábios:  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup> Produto: \_\_\_\_\_

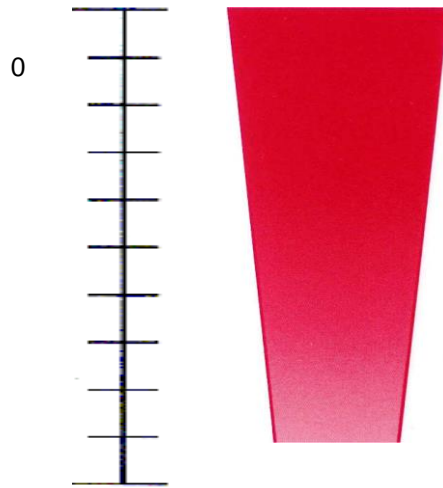
### **RISCO DE MUCOSITE ORAL**

28. Avaliação Risco MO:  Baixo Risco <sup>1</sup>  
 Risco moderado <sup>2</sup>  
 Risco elevado <sup>3</sup>

## CONFORTO

### 29. Avaliação do Desconforto

**Pior desconforto Possível**



**Sem Desconforto**

**Apêndice IX – Programa educativo de gestão da mucosite oral**



## PROGRAMA EDUCATIVO DE GESTÃO DA MUCOSITE ORAL

		GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 4
<b>ESCALA RTOG</b>	<b>Mucosa</b>	Irritação, pode apresentar dor, não necessitando de analgesia	Mucosite com produção de secreções sero hemáticas, processo inflamatório, dor moderada, necessitando de analgesia	Mucosite, pode incluir dor severa, requerendo opióides	Ulceração, hemorragia ou necrose
	<b>Glândula Salivar</b>	Alteração no paladar, gosto metálico, consegue ingerir líquidos, apresenta boca seca	Moderada ou completa secura, alterações no paladar	-	Necrose da glândula salivar
	<b>Faringe</b>	Eritema da mucosa, rouquidão média ou intermitente, tosse	Moderada disfagia, dieta líquida, pode necessitar de opióides	Severa disfagia ou odinofagia, desidratação, perda de peso > 15%, necessita de ENG e hidratação EV	Dispneia, hemoptises, pode ser necessária traqueostomia ou entubação
	<b>Laringe</b>	Disfagia ou odinofagia, pode necessitar de analgesia não opióides ou analgesia tópica, dor leve	Rouquidão persistente, dor de ouvido e de garganta, exsudado, edema, não requer opióides, necessário antitússicos	Dor garganta e ouvido, exsudado e edema	Completa obstrução da faringe, ulceração, perfuração, fístula
<b>INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoiar e incentivar o doente a manter os cuidados higiene oral (2,3,5,6)</li> <li>Apoiar e incentivar a aumentar a frequência dos bochechos (3,5,6)</li> <li>Incentivar o doente a retirar dentaduras caso causem desconforto ou traumatismo (2,5)</li> <li>Educar o doente a gerir a consistência dos alimentos, de acordo com a tolerância (dieta mole/pastosa) (2,3,5)</li> <li>Educar o doente na escolha de alimentos ricos em proteínas e calorias (5)</li> <li>Educar o doente no fracionamento das refeições (6-8 refeições/lanches diários) (5)</li> <li>Incentivar o doente a aumentar a ingesta hídrica (água, sumos, bebidas desportivas) . exceto quando contra-indicada (2,3,5)</li> </ul>	<p><b>Além dos cuidados de grau 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Instruir o doente a escovar os dentes mais gentilmente se causar desconforto ou sangramento (2,5)</li> <li>Instruir o doente a lavar os dentes com cotonete ou gaze caso seja muito doloroso a escovagem com a escova de dentes (2,5)</li> <li>Incentivar o doente a aumentar a frequência dos bochechos para 1-2 horas de intervalo e a cada 4 horas durante a noite (se acordado) (5)</li> <li>Incentivar o doente a retirar dentadura até a MO estar resolvida (2,3,5)</li> <li>Educar o doente na gestão da dor (2,5)</li> <li>Educar o doente na gestão da analgesia (1,2,5)</li> <li>Educar o doente na gestão medicamentosa (1,2,8)</li> </ul>	<p><b>Além dos cuidados de grau 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Educar o doente a manter cuidados orais frequentes com lavagem oral com solução bochechos a cada 1-2 horas (ou conforme tolerado) (3,5)</li> <li>Educar o doente a não usar escovagem, fio dentário ou dentaduras até a MO estar resolvida (5)</li> <li>Incentivar o doente a aplicar lubrificante à base de água nos lábios, a cada 1-2 horas (5)</li> <li>Educar doente na gestão dietética (2,3,5)</li> <li>Incentivar doente a ingerir líquidos com alto teor de calorias e proteínas (2,5)</li> <li>Realizar ENG se necessário (5)</li> <li>Encaminhar doente para médico para possível internamento (2,5)</li> </ul>	
<b>INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar bochechos com fosfato de cálcio, iniciando 4xd (6)</li> <li>Ou</li> <li>Realizar bochechos com benzidamina 0,15% (Tantum®) (5,6)</li> <li>Pode ser aconselhado iniciar medicação multivitáminica, de acordo com prescrição médica (5)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recomenda-se o uso de suplementos alimentares, de acordo com prescrição médica;</li> <li>Em caso de presença de infeção, iniciar terapêutica adequada (1,5)</li> <li>Aumentar frequência dos bochechos com fosfato de cálcio (6)</li> <li>Aplicar anestésico tópico para controlo da dor (3,4,5,6,7)</li> <li>Em caso de presença de dor intensa, iniciar analgesia com opióides, de acordo com prescrição médica (4,5,6)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar frequência dos bochechos com fosfato de cálcio (6);</li> <li>Analgesia com opióides para controlo da dor, de acordo com prescrição médica (3,4,5,6,7)</li> <li>Realizar bochechos com soluções de morfina 0,2% (2,4,5,6,7)</li> <li>Em caso de presença de infeção, iniciar terapêutica adequada, de acordo com prescrição médica (1,3,5)</li> <li>Em caso de presença de febre, iniciar antipiréticos adequados, de acordo com prescrição médica (5)</li> </ul>	



### Referências Bibliográficas:

1. Thomson, P. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2).
2. Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/0104-070720160002060014
3. Quinn, B. (2015a). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. Clinical Practice Guidelines and recommendations. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html).
4. Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5), v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202
5. British Columbia Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>.
6. Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; ... Campbell, F. (2015b). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.
7. Lalla, R.; Sonis, S.; Bowen, J.; Barash, A.; Elting, L.; ... Peterson, D. (2014). MASCC/ISOO Clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 15, 1453-1461. Doi: 10.1002/cncr.28592

**Apêndice X** – Folheto informativo - Mucosite oral – Recomendações para o doente e cuidador



- Cozinhar os alimentos até ficarem macios e suaves e ingerir alimentos fáceis de mastigar e engolir, em forma de purés e cremes <sup>(10)</sup>.
- Ingerir alimentos ricos em proteínas, como carne, peixe, leguminosas, gelatinas <sup>(10)</sup>.
- Ingerir alimentos ricos em calorias, como leite condensado, chocolate em pó/derretido, mel. <sup>(10)</sup>
- Aumentar a ingestão de líquidos adicionando caldos (de carne, peixe, legumes) ou molhos não picantes <sup>(10)</sup>.



#### **Outras Precauções**

Para manter a sua boca cuidada e limpa, recomenda-se também que evite estímulos dolorosos, como Fumar e ingerir Bebidas Alcoólicas <sup>(6.11)</sup>.

Se necessitar de apoio na cessação tabágica ou alcoólica, não hesite em pedi-lo ao seu médico ou enfermeira <sup>(6.11)</sup>.

#### **O que fazer quando a Mucosite está instalada?**

- É muito importante observar a sua boca diariamente para identificar alguma alteração o mais cedo possível e comunicá-la à enfermeira ou médico <sup>(2.6.7.10)</sup>.
- Aumentar a frequência dos cuidados de higiene oral é fundamental para evitar infeções, mantendo a boca limpa <sup>(6.9.10.11)</sup>.

- Se necessário, pode recorrer à utilização de compressa ou esponja oral para lavagem dos dentes e boca <sup>(5.6.11)</sup>.
- Aplicar lubrificante nos lábios, recomendado pela enfermeira ou médico <sup>(6.10.11)</sup>.
- Alterar a consistência dos alimentos, optando por papas, panquecas, cremes e pudins, mantendo a ingestão de proteínas <sup>(10)</sup>.
- Ingerir batidos de fruta e vegetais, com suplemento proteico <sup>(10)</sup>.
- Manter a ingestão de água ou líquidos é importante para preservar a boca hidratada <sup>(6.10.11)</sup>.
- Pode chupar rebuçados ou mascar pastilhas sem açúcar e com xilitol para evitar a boca seca <sup>(10)</sup>.

**Em caso de dúvidas ou dor, peça apoio ao seu Médico ou Enfermeira e siga as indicações e recomendações.**

#### **Nome da Instituição**

morada

Serviço de Radioterapia

Telefone:

Fax:

E-mail: \_\_@\_\_.min-saude.pt

www.\_\_.min-saude.pt



### **Mucosite Oral**

**Recomendações para o Doente e Cuidador**

### O que é a Mucosite Oral?

É uma inflamação da mucosa da boca e garganta, resultante da ação de agentes citostáticos (quimioterapia) e/ou da radiação ionizante (radioterapia) e caracteriza-se por vermelhidão ou feridas da mucosa da cavidade oral, com a formação de uma pseudomembrana (semelhante a aftas), que podem ser aumentados por fatores locais, como infecções secundárias (cáries, gengivites) e trauma (por exemplo, próteses dentárias mal ajustadas). Pode causar dor, dificultando a fala e comer.

### O que causa a Mucosite Oral?

A mucosite oral é um dos efeitos secundários da radioterapia na zona da cabeça, boca e pescoço, manifestando-se após as primeiras duas semanas de tratamento, podendo desaparecer lentamente entre duas a três semanas depois do fim do tratamento.

É também um dos efeitos secundários de alguns tratamentos de quimioterapia<sup>(1-4)</sup>.

### Como prevenir a Mucosite Oral?

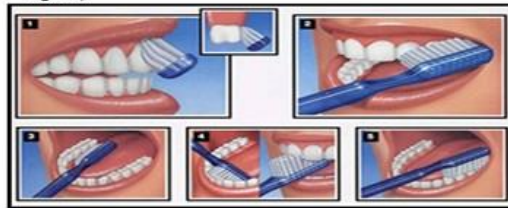
Uma boa e regular **Higiene Oral** é a principal medida de prevenção da mucosite oral, assim como alguns cuidados com a **Alimentação**.<sup>(6-11)</sup>



### Cuidados de Higiene Oral

#### Escovar os Dentes:

- Usar uma escova de dentes com ponta arredondada e de cerdas pequenas e suaves (escova de criança). Substituir a escova de dentes mensalmente ou quando as cerdas não estiverem direitas<sup>(2,3,5-8,10)</sup>.
- Usar uma pasta de dentes suave e com flúor (entre 1350 e 1500ppm de flúor)<sup>(5,6,11)</sup>.
- Molhar a escova de dentes com água quente para suavizar a escova antes de usar<sup>(10,11)</sup>.
- Escovar os dentes após as refeições e antes de dormir (4x/dia)<sup>(2,6,8-11)</sup>.
- Escovar, não só os dentes, como também a parte interna das bochechas, gengivas e língua<sup>(2,6,8-11)</sup> (ver figura)



#### Dentaduras

- Remover dentadura/próteses antes de realizar os cuidados à boca<sup>(2,5,8-11)</sup>.
- Escovar e lavar a dentadura/prótese após as refeições e antes de dormir<sup>(2,8,10,11)</sup>.
- Retirar a dentadura/prótese durante a noite (pelo menos 8 horas) e colocar numa solução para lavagem<sup>(10,11)</sup>.

### Bochechar a Boca

- Realizar bochechos ao levantar e, pelo menos 4 vezes por dia, após cada escovagem ou uso de fio dentário e conforme necessário, durante +/- 1 minuto, com uma solução de bochechos recomendada pelo seu médico ou enfermeira<sup>(2-11)</sup>.

#### Dentaduras

Após a remoção da dentadura/prótese, bochechar a boca com solução de bochechos recomendada<sup>(5,8,10,11)</sup>.

#### Cuidados aos Lábios

- Aplicar lubrificante nos lábios à base de água após cada limpeza da boca, à hora de dormir e sempre que necessário<sup>(10)</sup>.

#### Hidratar a boca

- Hidratar a boca com água, saliva artificial ou outros lubrificantes solúveis em água para uso dentro da boca, recomendados pela enfermeira ou médico<sup>(8)</sup>.
- Mastigar pastilhas de xilitol ou chupar rebuçados de xilitol, até 6 gramas por dia<sup>(10)</sup>.

#### Cuidados com a Alimentação

- Ingerir alimentos mornos ou à temperatura ambiente<sup>(10)</sup>.
- Evitar alimentos que irritam a mucosa oral como os sumos de citrinos, alimentos picantes ou muito salgados, ásperos e secos<sup>(10)</sup>.

---

## Referências Bibliográficas

1. Araújo, S.; Luz, M.; Silva, G.; Andrade, E.; Nunes, L.; Moura, R. (2015). Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 267-274.
2. Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5),v139-v151. DOI: 10.1093/annonc/mdv202.
3. Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. DOI: 10.1590/0104-070720160002060014.
4. Kartin, P.; Tasci, S.; Soyuer, S.; Elmali, F. (2014). Effect of oral mucositis protocol on quality of life of patients with head and neck cancer treated with radiation therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), E118-E125.
5. Thomson, P. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2), 65-68.
6. Quinn, B.; Botti, S.; Kurstjens, M.; Margulies, A.; Orlando, L.; ... Vasconcelos, (2015a). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. Clinical Practice Guidelines and recommendations. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html).
7. Albuquerque, I; Camargo, T. (2007). Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Revista Brasileira cancerologia*, 53 (2), 195-209.
8. Harris, D.; Eilers, J.; Harriman, A.; Cashavelly, B.; Maxwell, C. (2008). Putting Evidence into practice: evidence based interventions for oral management of oral mucosites. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. Pittsburg. 1 (12), 141-152.
9. Eilers, J.; Harris, D.; Harris; Henry, K.; Johnson, L. (2014). Evidence - based Interventions for cancer treatment – related Mucositis: putting evidence into practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18 (6), 80 - 96.
10. British Columbia Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>.
11. Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; ... Campbell, F. (2015b). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). *United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group*. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.



**Apêndice XI – Guião II (1ª versão)**



<b>GUIÃO II</b>  <b>___º Dia (___ Gy)</b> <b>(___º Momento)</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO</b>  1.Nº Guião: _____ 2.Nome: _____ 3.Nº Processo Hospitalar: _____
--	---

4. Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_\_

### AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

5. Estado de nutrição (aplicar Escala de MUST): Score \_\_\_\_\_

Peso \_\_ Kg

6. Perda de peso:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Desde a 1ª avaliação: \_\_\_\_\_ Kg

7. Necessitou de fazer alterações alimentares:  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup>  Dieta Mole <sup>a</sup>  
 Dieta líquida <sup>b</sup>

8. Necessidade de colocar SNG:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

### AVALIAÇÃO CAVIDADE ORAL

9. Mucosite Oral:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

10. Grau de Mucosite Oral (Escala RTOG):

- Grau 1 <sup>1</sup>
- Grau 2 <sup>2</sup>
- Grau 3 <sup>3</sup>
- Grau 4 <sup>4</sup>

1	2	3	4
Reação aguda da mucosa, pode experimentar dor não necessitando de analgesia	Mucosite com produção de secreção serosanguinolenta, processo inflamatório, dor moderada necessitando de narcóticos	Mucosite, pode incluir dor severa requerendo narcóticos	Ulceração, hemorragia ou necrose
Reação aguda da glândula salivar, alteração no paladar, gosto metálico, consegue ingerir líquidos, ressecamento da boca	Moderado ou completo ressecamento, alterações no paladar	-	Necrose da glândula salivar
Reação aguda da faringe, disfagia ou odinofagia, pode necessitar de analgésico não narcótico ou anestésico tópico, dor leve	Moderada disfagia, dieta líquida, pode necessitar de narcóticos	Severa disfagia ou odinofagia, desidratação, perda de peso > 15%, necessita de sonda nasoentérica e hidratação endovenosa	Completa obstrução, ulceração, perfuração, fistula
Reação aguda da laringe, eritema da mucosa, rouquidão média ou intermitente, tosse	Rouquidão persistente, dor de ouvido e garganta, exsudato, edema, não requer narcóticos, antitussígenos necessários	Dor de garganta e ouvido, exsudato confluyente e edema	Dispneia, hemoptise, pode ser necessária traqueostomia ou intubação

11. Próteses dentárias:  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup> Está ajustada:  Sim <sup>a</sup>  
 Não <sup>b</sup>

### HIGIENE ORAL

12. Cumpriu programa de Cuidados Oraís:  Sim <sup>1</sup>  
 Não <sup>2</sup>
13. Tem realizado auto-vigilância da cavidade oral:  Sim <sup>1</sup>  
 Não <sup>2</sup>
14. Aumentou a frequência da escovagem da boca:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
15. Frequência da escovagem a boca:  1 vez dia <sup>1</sup>  
 2 vezes dia <sup>2</sup>  
 3 vezes dia <sup>3</sup>  
 mais de 3 vezes dia <sup>4</sup>
16. Aumentou a frequência dos bochechos da boca:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
17. Frequência dos bochechos da boca:  1 vez dia <sup>1</sup>  
 2 vezes dia <sup>2</sup>  
 3 vezes dia <sup>3</sup>  
 mais de 3 vezes dia <sup>4</sup>
18. Lubrifica/hidrata os lábios:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
19. Necessidade de usar saliva artificial:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
20. Apresenta Dor:  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup> Intensidade da Dor ( EVA): \_\_\_\_\_
21. Analgesia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup>  Não opióides <sup>a</sup>  
 Opióides <sup>b</sup>

## INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

22. Educar acerca:  alimentação <sup>1</sup>  
 cuidados orais <sup>2</sup>  
 Ingestão hídrica <sup>3</sup>  
 gestão medicamentosa <sup>4</sup>  
 controlo da dor <sup>5</sup>
23. Instruir acerca:  Higiene oral <sup>1</sup>  
 escovagem da boca <sup>2</sup>  
 bochechar a boca <sup>3</sup>  
 Cuidados com traqueostomia <sup>4</sup>
24. Executar:  administração de terapêutica <sup>1</sup>  
 Cuidados à Traqueostomia <sup>2</sup>  
 Higiene Brônquica <sup>3</sup>  
 apoio emocional <sup>4</sup>  
 escuta ativa <sup>5</sup>  
 Outro <sup>6</sup>
25. Articulação com outro profissional de saúde:  
 médico <sup>1</sup>  
 nutricionista <sup>2</sup>  
 psicólogo <sup>3</sup>  
 terapeuta de diagnóstico de radioterapia <sup>4</sup>  
 outro <sup>5</sup>

## CONFORTO

26. Qual a intervenção de enfermagem que resulta melhor para si para se sentir confortável?
- Ensinos sobre cuidados orais <sup>1</sup>  
 Ensinos sobre adequação da alimentação <sup>2</sup>  
 Ensinos sobre estratégias de gestão da MO <sup>3</sup>  
 Toque <sup>4</sup>  
 Escuta ativa <sup>5</sup>  
 Apoio emocional <sup>6</sup>  
 Outro <sup>7</sup> Qual: \_\_\_\_\_

27. Em casa, qual a estratégia que lhe promove maior conforto?

a) Contexto Físico

- escovagem da boca <sup>1</sup>
- bochechos <sup>2</sup>
- hidratar/lubrificar lábios <sup>3</sup>
- saliva artificial <sup>4</sup>
- analgesia <sup>5</sup>
- Outro <sup>6</sup>

b) Contexto Psico-Espiritual

- Fé
- Apoio familiar/amigos
- Auto-estima
- Sentir-se seguro(a)
- confiança
- outro

c) Contexto Ambiental

- conforto da casa
- a cama/sofá
- a vista da sua casa/quarto
- outros

d) Contexto Socio-Cultural

- estar com a família/amigos
- práticas religiosas
- passear
- outro

28. Tendo em consideração a sua situação de saúde e a realização dos tratamentos de Radioterapia, quão confortável você está agora? \_\_\_\_\_

(Avalie o seu conforto total de 1 a 10, sendo 10 o maior conforto possível)

**Apêndice XII – Matriz de extração de indicadores de enfermagem**







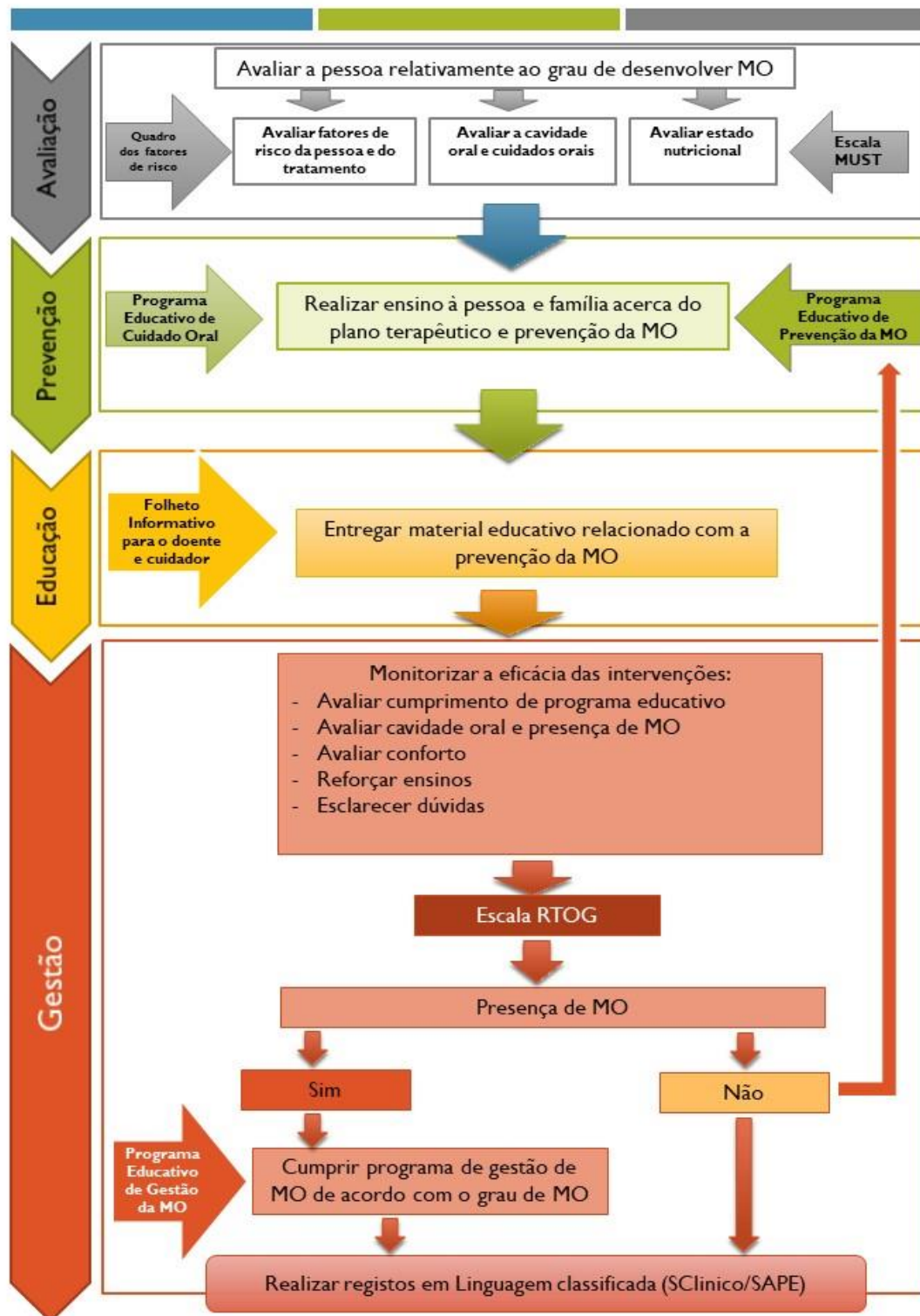




**Apêndice XIII – Fluxograma de atuação de enfermagem na pessoa com  
risco de mucosite oral**



## FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO NA PESSOA COM RISCO DE MUCOSITE ORAL





**Apêndice XIV – APEG: Algoritmo de intervenção de enfermagem à  
pessoa com risco de mucosite oral**



# APEG

## ALGORITMO DE INTERVENÇÃO NA PESSOA COM RISCO DE MUCOSITE ORAL

<b>Avaliação</b>	<p><b>Fatores de risco relacionados com a pessoa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idade (crianças e idosos)</li> <li>• Género feminino</li> <li>• Higiene oral descuidada</li> <li>• Doenças dentárias pré-existentes</li> <li>• Medicação cause alterações na mucosa da boca/dentes</li> <li>• Desidratação</li> <li>• Consumo de álcool, tabaco ou drogas</li> <li>• Oxigenoterapia</li> <li>• Mal nutrição</li> </ul>	<p><b>Fatores de risco relacionados com o tratamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RT de cabeça e pescoço</li> <li>• Irradiação total do corpo</li> <li>• QT alta dose</li> <li>• QT/RT</li> </ul>	<p><b>Instrumentos de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instrumento de avaliação do Estado Nutricional - MUST</li> <li>• Escala Numérica de avaliação da Dor</li> <li>• Escala de avaliação da toxicidade oral - RTOG</li> </ul>
<b>Prevenção</b>	<p><b>Baixo Risco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boa e regular higiene Oral, pelo menos 4 vezes por dia, após as refeições.</li> <li>• Realizar bochechos com solução salina ou solução recomendada pela enfermeira ou médico</li> <li>• Retirar dentaduras durante a noite ou se largas/ não adaptadas.</li> <li>• Incentivar e apoiar a cessação tabágica.</li> <li>• Incentivar e apoiar a cessação da ingestão álcool.</li> </ul>		
	<p><b>Risco Moderado</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Além das intervenções de baixo risco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar bochechos mais frequentes.</li> <li>• Iniciar bochechos com fosfato de cálcio no 1º dia de RT de cabeça e pescoço.</li> <li>• Iniciar protetores da mucosa oral.</li> </ul>		
	<p><b>Risco Elevado</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Além das intervenções de baixo e médio risco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Monitorizar o estado nutricional do doente.</li> <li>• Utilizar técnica de IMRT em doentes com tumor de cabeça e pescoço (para minimizar complicações orais).</li> <li>• Colocação de PEG profilática.</li> <li>• Considerar a utilização de suplementos de vitamina B em doentes alcoólicos.</li> </ul>		
<b>Educação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar o doente sobre uma boa e regular higiene oral, após as refeições e antes de dormir.</li> <li>• Educar o doente a usar escova de dentes com ponta arredondada, cerdas pequenas e suaves e pasta de dentes suave e com flúor.</li> <li>• Educar o doente a passar fio dentário, pelo menos 1x dia, caso já o use. No entanto está contraindicado em pessoas com tumor da boca.</li> <li>• Instruir o doente na realização de bochechos 4x dia, após cada escovagem e conforme necessário. Doentes com risco moderado de MO devem iniciar bochechos com fosfato de cálcio no 1º dia de RT.</li> <li>• Educar o doente a manter uma boa hidratação da cavidade oral e lábios.</li> <li>• Educar o doente na gestão da alimentação, nomeadamente evitar alimentos que irritam a mucosa oral como alimentos ácidos, picantes, muito salgados, ásperos e secos e manter ingestão proteica adequada (carnes, peixe, leguminosas, entre outros).</li> <li>• Educar o doente a aumentar a ingestão de líquidos.</li> <li>• Incentivar o doente a realizar atividades que lhe promovam bem-estar e conforto.</li> </ul>		
<b>Gestão</b>	<p><b>Grau 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o doente a manter uma boa e regular higiene oral.</li> <li>• Educar o doente na gestão da consistência dos alimentos, na escolha de alimentos calóricos e proteicos e fracionamento das refeições.</li> <li>• Manter realização de bochechos (benzidamina 0,15% ou fosfato de cálcio), 4 vezes/dia.</li> </ul>		
	<p><b>Grau 2</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Além das intervenções para Grau 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o doente a aumentar a frequência dos bochechos para 1-2 horas de intervalo e a cada 4 horas de noite (se acordado).</li> <li>• Educar o doente a retirar a dentadura, caso tenha, até a MO se encontrar tratada.</li> <li>• Recomenda-se o uso de suplementos alimentares.</li> <li>• Aplicação de anestésico tópico para controlo da dor e iniciar terapêutica com opióides, se necessário.</li> </ul>		
	<p><b>Grau 3-4</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Além das intervenções para Grau 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o doente a manter uma boa e regular higiene oral, aumentando a sua frequência, caso tolere, e substituindo a escova de dentes por compressa ou esponja oral de uso único. Suspender o uso de fio dentário.</li> <li>• Educar doente na gestão dietética.</li> <li>• Incentivar doente a ingerir líquidos com alto teor de calorías (leite condensado, mel, chocolate em pó, entre outros) e proteínas (carne, peixe, leguminosas, entre outros).</li> <li>• Realizar ENG se necessário.</li> <li>• Encaminhar doente para médico para possível internamento.</li> <li>• Realizar analgesia com opióides para controlo da dor.</li> <li>• Realizar bochechos com soluções de morfina 0,2%.</li> </ul>		



**Apêndice XV – Estudo de situação**





**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**

8º Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica

Área Específica de Intervenção de Enfermagem Oncológica

**PESSOA COM CANCRO DA CABEÇA E PESCOÇO COM RISCO  
DE MUCOSITE ORAL SECUNDÁRIA À RADIOTERAPIA**

**= Estudo de Situação =**

**Tânia Isabel Espadinha de Matos Vitoriano**

Orientadora: Maria Alexandra Pinto Santos da Costa

Lisboa

2017



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

CCP	- Cancro da Cabeça e Pescoço
CPC	- Carcinoma Pavimento-celular
DE	- Diagnóstico de Enfermagem
DGS	- Direção Geral de Saúde
Gy	- Gray
HTA	- Hipertensão arterial
IE	- Intervenção de Enfermagem
IMRT	- Radioterapia de Intensidade Modelada
MO	- Mucosite Oral
PEG	- Gastrostomia Endoscópica Percutânea
QRT	- Químio-radioterapia
QT	- Quimioterapia
RE	- Resultados de Enfermagem
RT	- Radioterapia
RTE	- Radioterapia Externa
SO <sub>2</sub>	- Saturação Periférica de Oxigénio
TC	- Tomografia Computorizada



## ÍNDICE

<b>Introdução</b> .....	5
<b>1. Consulta de Enfermagem</b> .....	7
1.1. História Clínica .....	7
1.2. Consulta de Enfermagem de 1ª vez .....	8
1.3. Plano de Cuidados .....	10
1.4. Consulta de Enfermagem Subsequente .....	16
<b>2. Conclusão</b> .....	19
<b>Referências bibliográficas</b> .....	20
Apêndice 1: Guião preenchido de colheita de dados da CE de 1ª vez e subsequente	



## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Diagnósticos de enfermagem para cada contexto onde se produz conforto, com distribuição dos resultados para atingir os tipos de conforto .....	14
<b>Quadro 2:</b> Relação entre as intervenções de enfermagem e os diagnósticos de enfermagem de cada contexto de conforto .....	15
<b>Quadro 3:</b> Resultados alcançados após a intervenção de enfermagem da consulta de 1 <sup>a</sup> vez .....	18



## INTRODUÇÃO

Em Portugal, anualmente, há cerca de 3.000 novos casos de carcinomas de cabeça e pescoço, tendo taxas de incidência e mortalidade das mais elevadas na Europa (DGS, 2018).

Para o tratamento deste tipo de tumores são utilizados, a cirurgia, a quimioterapia (QT) e a radioterapia (RT), quer isoladamente, quer combinados, dependendo, da histologia e estadiamento do tumor, da acessibilidade cirúrgica e do estado geral do doente (Thomson, 2010; Santos, Dias, Giordani, Segreto e Segreto, 2011). Mas as terapêuticas antineoplásicas embora eficazes no tratamento e controlo destes tumores são acompanhadas de efeitos adversos durante, ou até mesmo após o tratamento, nomeadamente complicações associadas à mucosa oral. A mucosite oral é o efeito colateral geralmente descrito na literatura (Caccelli, Pereira e Rapoport, 2009; Murphy et al., 2009; Scardina, Pisano e Messina, 2010; Peterson, Boers-Doets, Bensadoun e Herrstedt, 2015; Lopes et al., 2016) como sendo o de maior morbidade e mais debilitante, pois pode provocar xerostomia, alterações na alimentação e ingestão hídrica, na comunicação e aparência provocando desconforto e dor.

Este estudo de situação tem assim como objetivo analisar e refletir sobre o cuidado de enfermagem a um doente com cancro da cabeça e pescoço com risco de mucosite oral a realizar tratamento de radioterapia, tendo por base a teoria do conforto de K. Kolcaba utilizada para nortear a realização de todo o trabalho. De acordo com Kolcaba (2003), uma forma de intervenção de enfermagem é denominada de cuidados de conforto que requerem um conjunto de ações confortantes, aplicando os princípios científicos e humanísticos dos cuidados, dentro dos contextos específicos do cuidar. Morse considera o conforto como a denominação para o estado final das ações terapêuticas de enfermagem, definindo-o como o estado de bem-estar que pode ocorrer durante qualquer estágio do *continuum* saúde-doença (Morse, 1992).

O presente estudo de situação foi realizado no âmbito do segundo contexto de estágio, no serviço de radioterapia, e reporta-se a uma pessoa com doença oncológica com cancro de cabeça e pescoço, um CPC do trígono retro molar direito em tratamento de radioterapia, a quem foram prestados cuidados. A

metodologia do processo de enfermagem utilizou os instrumentos desenvolvidos no âmbito do projeto com intervenção que se está a implementar e a sua elaboração foi consentida verbalmente pela doente. Devido à limitação de tempo de estágio foram realizadas apenas duas consultas de enfermagem.

Os dados apresentados foram recolhidos através de entrevista à pessoa e cuidador, observação da doente e cuidador, processo clínico e registos de enfermagem, apoiados pela evidência científica mais recente.

O trabalho encontra-se assim organizado em três capítulos, sendo o primeiro capítulo correspondente à primeira consulta de enfermagem, onde se encontra a história clínica e o decorrer da consulta, o segundo capítulo abarca a o plano de cuidados e, por fim, encontra-se a conclusão.

Ao longo do trabalho os diagnósticos identificados e as intervenções de enfermagem planeadas foram analisados e refletidos de forma metódica, em que a promoção do conforto foi o elo de ligação entre a prática e a evidência científica.

## 1. CONSULTA DE ENFERMAGEM

### 1.1. HISTÓRIA CLÍNICA

A doente em questão é a Sra R.P. e ao planear a consulta de enfermagem debrucei-me sob o seu processo clínico, de forma a conhecê-la, não só a história da doença, mas conhecê-la no seu todo. A doente em questão é uma senhora de 76 anos, caucasiana, portuguesa, casada há 49 anos, sem filhos mas tinha o apoio de uma sobrinha, tinha trabalhado como agente de seguros, encontrava-se reformada há uns anos e morava em Lisboa. Como antecedentes pessoais apresenta HTA (medicada com Lisinopril 5mg/dia). Não refere antecedentes familiares de doença oncológica. Nega alergias, tinha hábitos tabágicos (cerca de 20 cigarros/dia) até há 10 anos atrás. Nega hábitos alcoólicos.

Em 2013 a sra. R.P. foi diagnosticada com CPC do trígono retro molar direito, tendo realizado cirurgia e QT + Radioterapia adjuvante. Em julho de 2014 surge a primeira recidiva, sendo re-operada nesse mês (RpT1N0). Permaneceu em consultas de *follow up* até maio de 2015, altura em que surge a segunda recidiva, onde nesse mês realizada excisão e reconstrução da mandíbula, sendo o diagnóstico de CPC da cavidade oral, moderadamente diferenciado (G2), com invasão das fibras musculares do pavimento bucal. Em janeiro de 2017 surge uma lesão do lábio inferior (nova recidiva) do CPC no sulco/pavimento bucal anterior, sendo submetida a nova cirurgia, e manifestando-se a neoplasia moderadamente diferenciada (G2). Esta dista menos de 1 mm do limite cirúrgico posterior (o mais próximo) e infiltra no tecido ósseo da mandíbula, onde foram identificadas "invasões hipocelulares por células neoplásicas." É colocada PEG a 4 de janeiro em ambulatório (já tinha tido PEG e tinha ainda fístula na altura). Sem queixas álgicas, tolerou dieta líquida em bólus pela PEG. Já sabe utilizar a PEG, tem marido que vive com ela e é o seu cuidador. Fica medicada com paracetamol e nolutil.

Em julho de 2017 surge nova recidiva, com lesões cutâneas do mento, cujo diagnóstico é carcinoma da região labio-mentoniana - *status* pós cirurgias e QRT por carcinoma da cavidade oral. É novamente submetida a uma cirurgia em agosto por dificuldade em respirar, por edema da glote, ficando com traqueostomia por esse motivo.

A 27 de setembro 2017 é discutido o caso pela equipa multidisciplinar, onde foi equacionada a hipótese de RT adjuvante, a avaliar em função da área previamente irradiada há mais de 3 anos.

A 20 de outubro é avaliada pelo radio-oncologista, apresentando boa cicatrização do retalho cirúrgico. Faz TC de planeamento com máscara de imobilização. O plano terapêutico é RTE sobre a região cervical anterior (reirradiação), numa dose de 60 Gy (1.8 Gy diário, em 33 frações).

A 25 de outubro tem nova consulta com radio-oncologista e repete nova TC de planeamento por ter retirado traqueostomia. Doente muito ansiosa (a adaptar-se à ausência da traqueostomia). Por esse motivo manteve-se em observação: SO<sub>2</sub> em decúbito dorsal superior a 95%. Foi administrado 10mg de diazepam (via oral) para conseguir tolerar decúbito e realizar TAC de planeamento. O radio-oncologista ajusta a dose da terapêutica, aumentando a Mirtazapina para 30 mg ao deitar e inicia alprazolam 1 mg ao jantar. Fica prescrito a doente realizar 1 mg de alprazolam 1h antes de cada sessão de RT.

### 1.2. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE 1ª VEZ

A 1ª consulta de enfermagem, também chamada de consulta de acolhimento, foi a 23.11.2017, em gabinete à porta fechada, promovendo a privacidade da doente. Apresentei-me como enfermeira a estagiar no serviço de radioterapia e permiti que a senhora e o marido, que a acompanhava, se apresentassem, para assim criar empatia. Posteriormente comecei por explicar à doente e marido o seu propósito, tentando proporcionar um ambiente acolhedor e tranquilo. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética que implica partilha de saberes, necessidades, possibilidades e angústias entre o enfermeiro e o doente (Oliveira, Albuquerque, Brêda, Barros e Lisboa, 2015). E foi esta a postura que tentei ter em toda a consulta, estando atenta à comunicação verbal e não-verbal, à postura corporal, mantendo uma linguagem acessível, clara e precisa, respeitando os silêncios e as pausas da doente e do marido. Quando o silêncio se impõe, o toque é fundamental para comunicarmos com os que cuidamos, para lhe demonstrámos que essa pessoa nos importa e que nos preocupamos com ela e não apenas com a sua doença ou com o tratamento que está a realizar.

A sra. R.P. encontrava-se consciente, orientada no tempo, espaço e pessoa. Bom estado geral. Apresentava-se normotensa (120/61 mmHg), normocárdica (60 bat/min), com pulso palpável, filiforme e rítmico. A avaliação da MUST indicou um alto risco de malnutrição (score de 5.5). Alimenta-se por PEG (Gastrostomia Endoscópica Percutânea), a qual manuseia sem dificuldade com o apoio do marido. Os lábios são muito reduzidos, não se tocam, formando um pequeno orifício. Comunica através da escrita, uma vez que não possui mandíbula nem língua devido às intervenções cirúrgicas a que foi submetida, percebi também que a escrita era hoje o seu refugio, o marido segura-lhe na mão após ela começar a lacrimejar, referindo que até ter este problema ela adorava cantar, era aí que encontrava segurança, mas hoje era através da escrita que o fazia. A higiene oral é feita 2 vezes por dia recorrendo a esponja de uso único embebida em nistatina (por indicação médica), que o consegue fazer sozinha mesmo com as suas limitações físicas.

Quanto aos fatores de risco que a sra. R.P apresenta estes são no âmbito de duas categorias. Por um lado, como fatores relacionados com a doente pode-se identificar:

- a doente ser do género feminino;
- apresentar xerostomia (devido à fisionomia atual da boca);
- apresentar má higiene oral.

Por outro lado, os fatores relacionados com o tratamento, prendem-se com o fato de já ter realizado QRT e ser novamente submetida a RT na mesma localização da anterior.

A sra. R.P apresenta um risco elevado de desenvolver MO pois tem antecedentes de MO (induzida pelos tratamentos antineoplásicos anteriores) e vai realizar RT de cabeça e pescoço com uma dose de 60 Gy.

Durante a consulta de enfermagem foi explicado o tipo de tratamento a que iria ser submetida (RT com a técnica de IMRT), desmistificando receios e angústias e foram abordadas as informações que a doente sabia acerca do mesmo. Apesar de não ser novo para a sra. R.P, a verdade é que manifestou alguma ansiedade por fazer “outra vez estes tratamentos.... Eu sei como é, mas não deixo de ficar nervosa sempre que me colocam a máscara”, escreve a sra. R. no bloco de notas que, entretanto, tirou da sua mala. Além disso, foram

também explicados quais os possíveis efeitos secundários e realizados ensinamentos sobre os cuidados a ter durante os mesmos.

No final da consulta foi informada que a equipa de enfermagem estaria disponível para apoiá-la e seria marcada nova consulta para a semana seguinte.

### 1.3. PLANO DE CUIDADOS

O termo conforto é diariamente utilizado nos diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem comum dos enfermeiros, sendo considerado como um estado resultante das intervenções de enfermagem para aliviar ou eliminar o sofrimento (Apóstolo, 2009).

O processo de confortar é dinâmico, inacabado, pró-ativo e complexo, dirigido à globalidade e unicidade da pessoa, sendo um trabalho individualizado que vai ao encontro do que é mais significativo para ela (Oliveira, 2008). É um processo de cuidar inevitavelmente contextualizado pelo encontro pessoa-a-pessoa, em que o enfermeiro, empenhado em ajudar a melhorar o nível de conforto do doente, não se poupa a sucessivas tentativas na busca das intervenções, por vezes alternativas, que confortem aquele doente (Oliveira, 2008).

Neste sentido, o plano de cuidados foi elaborado de acordo com as necessidades de conforto da sra. R.P em tratamento de RT à cavidade oral e teve como referência a Teoria de Conforto de Kolcaba. Assim, para cada contexto onde se produz conforto – físico, ambiental, sociocultural e psicoespiritual – foram formulados os diagnósticos de enfermagem relacionados com as necessidades de conforto, os resultados esperados (alívio, tranquilidade e/ou transcendência) e as intervenções de enfermagem adequadas. Segundo Kolcaba (2003), o contexto físico pertence às sensações do corpo, o ambiental ao ambiente e às condições e influências externas; o sociocultural refere-se às relações interpessoais, familiares e sociais, que englobam ainda aspetos financeiros e informações da vida social; e o psico-espiritual relaciona-se com a consciência de si próprio, o que inclui a autoestima, o autoconceito, a sexualidade, o sentido da vida e relação com um ser superior.

No cuidado de enfermagem, os pedidos de conforto podem-se apresentar como impaciência com o desconhecido, incapacidade de concentração, expressões físicas de desconforto e insegurança (Rosa, Mercês, Santos e

Radünz, 2008). A avaliação do desconforto/conforto pelo enfermeiro vai além da interpretação de sinais e sintomas. Quando o profissional utiliza a intuição, percepção, o *insight*, a experiência e a empatia e sua avaliação considera as necessidades individuais. Assim, confortar é o resultado de estratégias de cuidado, reavaliadas permanentemente e em sintonia com as necessidades do doente (Morse, 1998).

A sra. R.P, no início da consulta de enfermagem, encontrava-se um pouco agitada, com um fôlego preocupado e olhar algo vago. As mãos estavam pousadas na mala que tinha colocado em cima das pernas, mas, de forma intermitente, mexia nas alças da mesma. Como não comunica verbalmente, a comunicação foi sempre escrita e, algumas vezes, o marido respondia por ela e a sra. R.P acenava com a cabeça, concordando com a sua resposta.

Com o avançar da consulta, a sua inquietação foi passando e, apesar de não poder esboçar um sorriso (pelo fato da fisionomia facial estar alterada, não tem mandíbula, nem língua), consegue-se perceber quando está a sorrir, o seu olhar fica diferente, mais brilhante. Ao longo da consulta tentei criar um ambiente externo acolhedor, atencioso e até amoroso, no sentido de promover o conforto da sra. R.P.

Tendo presente os contextos em que o conforto pode acontecer ou ser percebido pela sra. R., identificaram-se as necessidades de conforto pelos dados colhidos junto da doente sobre cada contexto descrito por Kolcaba. Com a identificação das necessidades também foi reconhecido o tipo de conforto exigido pelas mesmas.

### ❖ Contexto Físico

No âmbito do contexto físico foram identificados os seguintes problemas:

- sente-se com uma aparência desagradável devido às alterações na face provocadas pelas intervenções cirúrgicas;
- sente-se desconfortável por ter PEG;
- sente-se seca na boca por esta se encontrar sempre aberta;
- cansa-se facilmente com pouca atividade física.

Assim, foram formulados os seguintes Diagnósticos de Enfermagem (DE):

- Conforto prejudicado, caracterizado por a doente referir estar desconfortável, relacionado com a situação de doença (alterações da face, seca na boca, presença de PEG);

- Conforto prejudicado, caracterizado por falta de satisfação com a situação, relacionado com falta de controlo sobre a situação (alteração da face, cansaço fácil);
- Xerostomia, caracterizada por a doente referir secura da mucosa, relacionado com intervenções cirúrgicas;
- Risco de mucosite oral, caracterizado por apresentar um risco elevado de mucosite oral, relacionado com os fatores de risco que apresentar;
- Disposição para melhorar o conforto, caracterizado pelo desejo expresso de aumentar o contentamento, relacionado com a vontade de se tornar fisicamente mais ativa.

### ❖ Contexto Ambiental

No âmbito do contexto ambiental foi identificado como problema a ansiedade causada pela máscara de imobilização. Logo, o DE formulado foi Ansiedade, caracterizado por a doente referir sentir-se desconfortável, relacionado o uso de máscara de imobilização.

### ❖ Contexto Sociocultural

Neste contexto foi identificado como problema a dependência no seu autocuidado da sra. R.P do seu marido. O DE formulado foi então Conforto Prejudicado, caracterizado por Falta de controlo na situação, relacionado com dependência de outras pessoas no seu autocuidado.

### ❖ Contexto Psicoespiritual

Para este contexto identificou-se como problema a tristeza que a doente sente pela sua situação. O DE levantado foi Conforto Prejudicado, caracterizado por Falta de controlo na situação, relacionado com tristeza pela situação.

Seguidamente estabeleceram-se os Resultados Esperados (RE) para cada DE, que foram classificados de acordo com o tipo de conforto que poderiam proporcionar, descritos por Kolcaba - alívio, tranquilidade ou transcendência (Kolcaba, 2003). Como forma de organizar esta informação, foi elaborado um quadro onde se estabeleceu uma correspondência entre os contextos sugeridos por Kolcaba, os diagnósticos formulados e os resultados esperados para cada tipo de conforto (Quadro 1).

## Estudo de Situação

**Quadro 1:** Diagnósticos de Enfermagem para cada contexto onde se produz conforto, com distribuição dos resultados esperados para atingir os tipos de conforto

Contexto (segundo a teoria do conforto)	Diagnóstico de Enfermagem (DE)	DE (Fatores relacionados)	Resultados Esperados (Tipos de Conforto, segundo Kolcaba)		
			Alívio	Tranquilidade	Transcendência
<b>Físico</b>	Conforto Prejudicado	Situação de doença doença (alterações da face, secura da boca, presença de PEG)	melhoria da secura da boca	nível de conforto	aceitar as alterações corporais (PEG)
		falta de controlo sobre a situação (alteração da face, cansaço fácil)	diminuição do cansaço	-	aceitar as alterações da face
	Xerostomia	intervenções cirúrgicas (orifício na zona dos lábios)	melhoria da secura da boca	diminuição da sensação	-
	Risco de mucosite oral	fatores de risco (género feminino, xerostomia, má higiene oral, já ter realizado QRT e ser novamente submetida a RT (60Gy) na mesma localização)	controlar a mucosite oral	prevenir a mucosite oral	-
	Disposição para melhorar o conforto	a vontade de se tornar fisicamente mais ativa	autocuidado nas atividades de vida diárias	autocuidado nas atividades de vida diárias	confiança em si
<b>Ambiental</b>	Ansiedade	Máscara de imobilização para tratamento de RT	permanecer calma durante o tratamento	ter controlo sobre si	confiança em si
<b>Sociocultural</b>	Conforto Prejudicado	falta de controlo na situação (dependência de outras pessoas para o seu cuidado)	-	adaptação psicossocial: mudança de vida	autonomia pessoal
<b>Psicoespiritual</b>	Conforto Prejudicado	falta de controlo na situação (a sua situação deixa-a triste)	aceitação do estado de saúde	acreditar em si	autoestima

A alteração da imagem corporal, nomeadamente do rosto, aliado à mudança na forma de comunicar são os problemas que emergem do contacto com a sra. R e que são influenciadores no seu conforto. Comunicar sem a via tradicional a partir da emissão de som significa ter de exercitar alternativas para o fazer e isso poderá comprometer a auto imagem da doente, podendo caracterizar-se como situações experimentadas por ela e manifestadas no seu corpo como desconforto, exigindo um diagnóstico preciso desta manifestação a partir, tanto das informações narradas, como também da leitura corporal, para que o plano de cuidados vá ao encontro das suas necessidades de conforto.

Assim, após a identificação dos DE e respetivos RE, foram definidas Intervenções de Enfermagem (IE) para cada DE, visando atingir os resultados

## Estudo de Situação

esperados. Para facilitar a perceção desta informação, foi elaborado um quadro (Quadro 2) que organiza as IE correspondentes a cada DE.

**Quadro 2:** Relação entre as intervenções de enfermagem e diagnósticos de Enfermagem para cada contexto de conforto

Contexto (segundo a teoria do conforto)	Diagnóstico de Enfermagem (DE)	Intervenções de Enfermagem
Físico	Conforto Prejudicado	- Realizar ensinamentos sobre hidratação da boca de acordo com o programa de cuidado oral
		- Realizar ensinamentos sobre cuidados de higiene oral de acordo com o programa de cuidado oral
		- Reforçar ensinamentos sobre alimentação hiperproteica e hipercalórica
		- Capacitar a doente para aceitar as alterações da face com apoio psicológico
	Xerostomia	- Realizar ensinamentos sobre hidratação da boca e lábios
		- Realizar ensinamentos sobre cuidados de higiene oral regulares
	Risco de mucosite oral	- Educar e incentivar a auto-vigilância da mucosa oral, dentro das suas limitações
		- Educar e incentivar a comunicação de quaisquer alterações na mucosa oral
		- Educar e incentivar uma boa e regular higiene oral, pelo menos 4 vezes por dia e antes de dormir, recorrendo ao uso de esponja de uso único.
		- Realizar ensinamentos sobre a utilização de esponja de uso único embebida em solução de água salgada
	Disposição para melhorar o conforto	- Encorajar a doente a realizar atividade física (caminhar, passear)
		- Estimular a doente a ter períodos alternados de repouso e de atividade
- Encorajar a realização de atividades físicas compatíveis com os recursos energéticos da doente		
- Realizar ensinamentos sobre humedecer boca, com o uso da esponja de uso único		
Ambiental	Ansiiedade	- Encorajar a doente a manter a tranquilidade durante o tratamento de RT (visualizações, solicitar aos técnicos que falem com a doente durante o tratamento) - Realizar ensinamentos sobre técnicas de relaxamento - respiração controlada
Sociocultural	Conforto Prejudicado	- Apoiar a doente a identificar situações que promovem a sua autonomia - Apoiar a doente a identificar os seus pontos fortes e capacidades
Psicoespíritual	Conforto Prejudicado	- Apoiar a doente a identificar estratégias positivas para lidar com as limitações - Apoiar a doente a promover as mudanças necessárias no estilo de vida e no desempenho de papéis.

Sendo que o cuidado de enfermagem se apoia na relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente/família, a comunicação “constitui a principal ferramenta terapêutica de que dispõe a enfermeira, uma vez que lhe permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa e a conceção do mundo” (Phaneuf, 2005, p. 17). Permite dar informação, responder ao doente/cuidador numa linguagem acessível, reconhecer a resposta emocional à informação, bem como apoiá-lo nas suas dúvidas e preocupações. Para isso a enfermeira necessita de ter

“um “feeling” especial para com os outros e para com ela mesma, com competência na área de Enfermagem em Oncologia, que cuida de si mesmo e profissionalmente dos outros, que procura despertar nos outros e nela mesma a capacidade que o indivíduo tem para desempenhar os seus papéis e que desenvolve empatia ao interagir terapêuticamente” (Radünz citado por Rosa et al., 2008, p. 489).

Assim, ao transmitir as informações pertinentes à Sra. R., procurei estar atenta à sua comunicação não-verbal, aos pequenos gestos, não só dela, como também do seu marido, no sentido de ir ao encontro dos dois. Perceber as necessidades de ajuda e as intervenções conforto de a proporcionar, implica que a enfermeira avance para o outro, determinada a conhecê-lo durante a caminhada conjunta que o processo de cuidados representa (Oliveira, 2011).

Para dar resposta às necessidades de conforto da sra. R., apoiei-me em alguns documentos que fazem parte deste projeto, como sendo o “Programa Educativo de Cuidado Oral” e “Programa Educativo de Prevenção da MO” adaptando as intervenções à sra. R. Contudo não foi possível disponibilizar folheto informativo à doente, dada a política do serviço de RT.

Tentei também demonstrar à sra. R. e marido (cuidador) que cada pessoa deve procurar realizar aquilo que lhe dá prazer, e deve ter a possibilidade de ter acesso, no seu dia-a-dia, às suas pequenas coisas, para se sentirem melhor com elas próprias. Tentei transmitir à sra. R. que, mesmo sentindo-se vulnerável, é possível aceitar o apoio e ajuda de outras pessoas, do seu marido, pois ele refere que “é a minha forma de demonstrar o meu carinho.... Não me aborrece nada tratar de ti... Demoro mais tempo, mas também temos tempo, não é?” (sic).

Neste sentido, Hesbeen (2000, p.47) refere que “as enfermeiras e os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas”. A valorização das pequenas coisas para dar sentido à vida, para alimentar a esperança, é a prova da grande atenção e respeito que os enfermeiros disponibilizam àqueles de quem cuidam, permitindo-lhes desenvolver as suas forças e capacidades de lidar com a doença (Hesbeen, 2000).

Foi também importante realizar novas técnicas de relaxamento (respiração controlada, visualizações agradáveis) para a sra. R. conseguir lidar com a ansiedade causada pela máscara de imobilização.

Desta forma, a prática de promover medidas de conforto é imprescindível ao cuidado humanizado e de qualidade ao doente. É através das medidas de conforto que o enfermeiro promove a esperança, a coragem, o consolo, apoio e cuidados de qualidade (Pott, et al, 2013).

### 1.4. CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTE

Na consulta de enfermagem subsequente foi realizada a avaliação do impacto das intervenções de enfermagem no conforto da sra. R. A doente referiu que as intervenções de enfermagem de 1ª vez foram importantes e ajudaram-na no domicílio, nomeadamente os ensinamentos sobre cuidados de higiene oral, técnicas de relaxamento e o incentivo para realizar pequenas atividades.

A doente identifica também a escuta ativa como uma intervenção promotora do seu conforto. A escuta ativa foi essencial para identificar as necessidades da sra. R. para isso foram usadas algumas das técnicas sugeridas por Twycross (2003) tais como: acenar com a cabeça, repetir as últimas palavras da pessoa (neste caso do marido, ou, no caso da doente, validar a informação escrita por ela) se esta parar a meio, explorar pistas, devolver questões, perguntar sobre sentimentos, validar sentimentos, verificar se foram compreendidos os problemas da pessoa, priorizar os problemas, observar a linguagem corporal e avaliar pistas não-verbais.

Portanto, o diagnóstico *Ansiedade* foi terminado, pois a doente refere sentir-se “mais à vontade e segura” (sic) quando lhe é colocada a máscara, usado para isso a respiração controlada para se acalmar.

Quanto aos outros DE:

#### ❖ Contexto Físico

- Conforto Prejudicado: a sra. R. refere que a solução salina aplicada várias vezes na mucosa da boca alivia a sensação de secura na boca. Refere também que já aceita melhor as alterações corporais e, nalguns dias, maquilha-se e sente-se bem com ela. Quanto ao cansaço, refere ligeira melhoria desde que aumentou o aporte de proteínas e calorias na alimentação. Não houve necessidade de reforçar ensinamentos sobre alimentação.

- Xerostomia: refere melhoria da sensação de secura da boca, cumprindo o “Programa Educativo de Cuidado Oral” instituído. Foram reforçados ensinamentos sobre cuidados orais.

- Risco de Mucosite Oral: a sra. R. não apresenta MO e está a cumprir com o “Programa Educativo de Cuidado Oral” e “Programa Educativo de Prevenção da MO”. Foram dados ensinamentos sobre cuidados orais.

- Disposição para melhorar o conforto: a sra. R. refere entusiasmo para sair de casa com o marido, dando pequenos passeios. “não são muito grandes, às vezes vamos só ao jardim lá perto e voltamos...Chego cansada, mas sinto-me melhor” (sic). Menciona que ainda não consegue administrar uma refeição completa pela PEG, necessitando da ajuda do marido.

### ❖ Contexto Sociocultural

- Conforto Prejudicado: refere pedir ajuda ao marido e sente que ele é importante para a promoção do seu conforto.

### ❖ Contexto Psicoespiritual

- Conforto Prejudicado: refere que se sente muito apoiada, pelo marido e alguns amigos. Com o fato de realizar pequenas coisas que gosta (ler, escrever e passear), aceita melhor a sua condição de saúde. “Sinto mais coragem para viver o dia-a-dia” (sic). Refere que o fato de confiar nos profissionais de saúde proporciona-lhe segurança.

Quando a confiança é desenvolvida, a pessoa sente-se capaz de partilhar os seus pensamentos, sentimentos e experiências. Sente-se seguro e confortável para pedir ou aceitar ajuda quando esta lhe é oferecida, o que potencia o efeito terapêutico da confiança. Assim, quando se estabelece a relação entre o enfermeiro e o doente surge o potencial confortador e cria-se um laço de confiança. O facto de confiar é em si mesmo terapêutico pois só o facto de saber que pode contar com a ajuda do enfermeiro, mesmo que não fisicamente presente, é em si mesmo um instrumento confortador, na medida em que propicia tranquilidade e segurança ao doente (Oliveira & Lopes, 2010). Como Morse (2000) sustenta, para alcançar o mais elevado nível de conforto, os pacientes têm que ser capazes de confiar nos seus enfermeiros.

## Estudo de Situação

**Quadro 3:** Resultados alcançados após a intervenção de enfermagem da consulta de 1ª vez

Contexto (segundo a teoria do conforto)	Diagnóstico de Enfermagem (DE)	DE (Fatores relacionados)	Resultados Alcançados (Tipos de Conforto, segundo Kolcaba)		
			Alívio	Tranquilidade	Transcendência
<b>Físico</b>	Conforto Prejudicado	Situação de doença doença (alterações da face, secura da boca, presença de PEG)	alívio da sensação de secura da boca	diminuição da sensação - agitação	tenta aceitar as alterações corporais
		falta de controlo sobre a situação (alteração da face, cansaço fácil)	diminuição do cansaço alcançado	-	confiança em si (maquilhase)
	Xerostomia	intervencções cirúrgicas (orifício na zona dos lábios)	alívio da sensação de secura da boca	diminuição da sensação	-
	Risco de mucosite oral	fatores de risco (género feminino, xerostomia, má higiene oral, já ter realizado QRT e ser novamente submetida a RT (60Gy) na mesma localização)	não apresenta MO	não apresenta MO	-
	Disposição para melhorar o conforto	a vontade de se tornar fisicamente mais ativa	faz pequenos passeios para ter mais energia,	autocuidado nas atividades de vida diárias	aceita melhor as alterações da face
<b>Ambiental</b>	Ansiedade	Máscara de imobilização para tratamento de RT	permanecer calma durante o tratamento	ter controlo sobre si	confiança em si (não apresenta ansiedade)
<b>Sociocultural</b>	Conforto Prejudicado	falta de controlo na situação (dependência de outras pessoas para o seu cuidado)	-	adaptação psicossocial: mudança de vida	autonomia (sente-se capaz)
<b>Psicoespiritual</b>	Conforto Prejudicado	falta de controlo na situação (a sua situação deixa-a triste)	aceitação do estado de saúde	acreditar em si	autoestima (maquilhase e gosta de si)

Dada a limitação de tempo de estágio não foi possível fazer o acompanhamento da sra. R. até ao final do tratamento de RT. Por esse motivo, não foi possível realizar mais consultas subsequentes e assim, o 3º momento de avaliação do guião de colheita de dados. Contudo a sra. R. tem ferramentas e conhecimentos para lidar com os obstáculos que poderão ocorrer e ficará com uma equipa de enfermagem dotada de grande sensibilidade no que toca à promoção do conforto dos doentes e dará continuidade ao plano de cuidados delineado.

## 2. CONCLUSÃO

Este estudo de situação possibilitou a utilização da Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba no cuidado ao doente com CCP em tratamento de RT. Trata-se de uma teoria de médio alcance, que demonstrou estar em afinidade com o objetivo do estudo (validação da eficácia do projeto), o qual foi proporcionar conforto à pessoa através do cuidado de enfermagem.

Acredito que esta teoria enaltece a Enfermagem, pois é dotada de um referencial teórico complexo que incentiva a proximidade com o outro, a empatia, a interação e o compromisso e a confiança, valorizando a autonomia e o outro. Possibilita ao enfermeiro uma melhor compreensão das necessidades reais do doente além de orientar o seu olhar para o cuidado humanístico, promovendo uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem. Uma prática que visa um cuidar individualizado e eficaz, a qual diminua o sofrimento destes doentes e reduza as suas ansiedades e preocupações.

Contudo, como complexa que é esta teoria, trouxe desafios na sua aplicação, nomeadamente na construção dos quadros taxonómicos que a Kolcaba propõe como base para o plano de cuidados. Conseguir “encaixar” diagnósticos e intervenções de enfermagem em cada contexto proposto e relacionando com os tipos de conforto que se pretende alcançar foi um trabalho difícil, que suscitou dúvidas e colocou-me questões, desenvolvendo a minha capacidade de análise e reflexão. Por isso acredito que os quadros elaborados são apenas uma sugestão de plano de cuidados, que pode ser modificado pelo olhar de outro enfermeiro, pois “a multidimensionalidade do conforto exige que o enfermeiro conheça também os referenciais filosóficos do cuidado e conforto e do cuidado de si, para que ele possa perceber as necessidades do outro e de si mesmo” (Rosa et al., 2008).

Considero então a realização deste trabalho uma mais-valia pelos contributos que trouxe ao desenvolvimento do projeto, nomeadamente pelas competências que me permitiu adquirir sobre um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, mobilizadas em contexto de prática clínica, que permitiram ponderar as necessidades de saúde (de uma pessoa), atuando em todos os contextos de vida dessa pessoa e a todos os níveis de prevenção (OE,

2010). Além disso, contribuiu para o desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, nomeadamente no cuidado de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; e estabelecendo uma relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte (OE, 2013).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, II Série (9), 61-67.
- Cacelli, E.; Pereira, M.; Rapoport, A. (2009). Avaliação da mucosite e xerostomia como complicações do tratamento de radioterapia no cancer de boca e orofaringe. *Revista Brasileira Cirúrgica Cabeça Pescoço*, 38 (2), 80-83.
- Direção Geral de Saúde (2018). Acedido a 12.12.2018. Disponível em: [www.sns.gov.pt/noticias/2018/07/26/dia-mundial-do-cancro-da-cabeca-e-pescoco/](http://www.sns.gov.pt/noticias/2018/07/26/dia-mundial-do-cancro-da-cabeca-e-pescoco/)
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital, Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva do cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Nova York: Springer publishing company, Inc. 264 p.
- Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. DOI: 10.1590/0104-070720160002060014.
- Morse, J. (1998). A enfermagem como conforto: um novo enfoque do cuidado profissional. *Texto Contexto Enfermagem*, 7(2), 70-92.
- Murphy, B.; Beaumont, J.; Isitt, J.; Garden, A.; Gwede, C. ... Cella, D. (2009). Mucositis – related morbidity and resource utilization in head and neck cancer patients receiving radiation therapy with or without chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38 (4), 522-532.
- Oliveira, C. (2008). A experiência de confortar a pessoa hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica. *Pensar Enfermagem*. 12(1), 2-13.
- Oliveira, C.; Lopes, M. (2010). Construir Laços de Confiança e Promover o Conforto. *Pensar em Enfermagem*. 14(1), 67-74.

- Oliveira J., Albuquerque, M., Brêda, M., Barros, L., Lisbôa, G. (2015). Concepts and practices for hosting presented by nursing in the context of primary health care. *Journal of Nursing UFPE*, 9 (10), 1545-1555. DOI: 10.5205/reuol.8463-738612-SM.0910sup201522
- Oliveira, C. (2011). *O Cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada: individualizar a intenção conciliando intensões*. (Tese de Doutorado). Universidade de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 12.12.2018. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Proposta de regulamento dos padrões de qualidade da especialidade de enfermagem em pessoas em situação crónica e paliativa*. Acedido a 12.12.2018. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/oe\\_propostaregulamentopqcee\\_pscpaliativaaprovado-net.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf)
- Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5), v139-v151. DOI: 10.1093/annonc/mdv202.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pott, F., Stahlhoefer, T., Felix, J., Meier, M. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 174-9.
- Radünz, V. (1999). *Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira*. (2ª ed.) Goiânia: AB.
- Rosa, L., Mercês, N., Santos, V., Radünz, V. (2008). The comfort's faces: from nurses and cancer patients point of view. *Revista Enfermagem UERJ*, 16 (3), 410-4.

- Santos, R., Dias, R., Giordani, A., Segreto, R., Segreto, H. (2011). Mucositis in head and neck cancer patients undergoing radiotherapy. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 45 (6), 1338-44.
- Scardina, G. Pisano, T. Messina, P. (2010). Oral mucositis: review of literature. *Dental Journal*. New York.
- Silva, C. (2008). *Conceito de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras em unidades de internação hospitalar*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Thomson, P. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2), 65-68.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.



Apêndice 1: Guião I e II preenchidos  
(Estudo de situação)



<b>Guião I</b> <b>1º Momento</b> <b>(D1 – D3)</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO</b> 1. Nº Guião: <b>2</b>
---	---

2.Data: **23 /11 /2017**

### IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

3.Sexo:  Masculino <sup>1</sup>  
 **Feminino** <sup>2</sup>

4.Idade: **76 anos**

5.Estado Civil:  Solteiro (a) <sup>1</sup>  
 **Casado** (a) ou vive maritalmente <sup>2</sup>  
 Viúvo (a) <sup>3</sup>  
 Divorciado (a) <sup>4</sup>

6.Escolaridade:  Nenhuma <sup>1</sup>  
 1º Ciclo <sup>2</sup>  
 2º Ciclo <sup>3</sup>  
 3º Ciclo <sup>4</sup>  
 **Secundário** <sup>5</sup>  
 Superior <sup>6</sup>  
 Outro <sup>7</sup>

7.Profissão:  Estudante <sup>1</sup>  
 Doméstica <sup>2</sup>  
 Empregado <sup>3</sup>  
 Desempregado <sup>4</sup>  
 **Reformado** <sup>5</sup>  
 Outro <sup>6</sup> \_\_\_\_\_

8.Dificuldades económicas:  **Não** <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Quais? \_\_\_\_\_

9.Cuidador (Pessoa Significativa):  Não <sup>1</sup>  
 **Sim.** <sup>2</sup> **Nome: M.P.**

Grau de Parentesco:  **Esposa (o)** <sup>a</sup>  
 Mãe /Pai <sup>b</sup>  
 Filha (o) <sup>c</sup>  
 Outro <sup>d</sup>

10.Antecedentes familiares de neoplasia:  **Não** <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Quem: \_\_\_\_\_ <sup>a</sup>  
Tipo de Neoplasia \_\_\_\_\_ <sup>b</sup>

11. Terapêutica do domicílio que provoca xerostomia:  **Não**<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup>  
Qual?: \_\_\_\_\_<sup>a</sup>

### SITUAÇÃO ATUAL DE DOENÇA

12. Localização do Tumor:  **Cavidade Oral**<sup>1</sup>  
 Faringe:<sup>2</sup>  
 Nasofaringe<sup>a</sup>  Orofaringe<sup>b</sup>  
 Laringe<sup>3</sup>  
 Glândulas salivares:<sup>4</sup>  
 Parótida<sup>a</sup>  Submandibular<sup>b</sup>  
 Sublingual<sup>c</sup>  Salivares Menores<sup>d</sup>

13. Já realizou anteriormente tratamentos de Radioterapia  Não<sup>1</sup>  
 **Sim**<sup>2</sup>  
Local da Irradiação<sup>a</sup>: **O mesmo (cavidade oral)**

14. Já realizou anteriormente tratamentos de Quimioterapia  Não<sup>1</sup>  
 **Sim**<sup>2</sup>

15. Tipo de Tratamento no presente:  **RT adjuvante**<sup>1</sup>  
 RT neoadjuvante<sup>2</sup>  
 RT/QT<sup>3</sup>  
 RT QT neoadjuvante<sup>4</sup>

16. Técnica de Tratamento de RT:  3D-CRT<sup>1</sup>  
 **IMRT**<sup>2</sup>

17. Prescrição de Radioterapia: **60 (Gy) / 33 frações** (nº de sessões de RT)

18. Prescrição de Quimioterapia: **Não realiza** (Protocolo)

19. Oxigenoterapia:  **Não**<sup>1</sup>  
 Sim.<sup>2</sup> \_\_\_\_\_ l/min.  Óculos Nasais<sup>a</sup>  
 Máscara Facial<sup>b</sup>  
 VNI<sup>c</sup>

20. Traqueostomia:  **Não**<sup>1</sup>  
 Sim.<sup>2</sup>

21. Hábitos tabágicos:  **Não**<sup>1</sup>  
 Sim.<sup>2</sup>

22. Foi encaminhado para dentista/estomatologia antes do início dos tratamentos:  Não<sup>1</sup>  
 **Sim**<sup>2</sup>

## ESTADO NUTRICIONAL

23. Estado de nutrição (aplicar Escala de MUST) - Score: **5.5 (alto risco de malnutrição)**

Altura: **162 cm**

Peso: **66 Kg**

24. Regime alimentar:  Sem restrições <sup>1</sup>  
 **Com restrições** <sup>2</sup>  Dieta Mole <sup>a</sup>  
 **Dieta Líquida** <sup>b</sup>  
Motivo: **ausência de mandíbula**

25. Tipo de alimentos ou bebidas que evita:  **Alimentos sólidos** <sup>1</sup>  
 Alimentos moles <sup>2</sup>  
 Alimentos líquidos <sup>3</sup>  
 **Alimentos ácidos** <sup>4</sup>  
 **Alimentos condimentados** <sup>5</sup>  
 **Bebidas gaseificadas** <sup>6</sup>  
 **Bebidas alcoólicas** <sup>7</sup>

26. Disfagia:  **Não** <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup>  sólidos <sup>a</sup>  líquidos <sup>b</sup>

27. Anorexia:  **Não** <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

28. Hábitos alcoólicos:  **Não** <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Consumo diário: \_\_\_\_\_

29. Entubação Nasogástrica:  **Não** <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

30. PEG:  Não <sup>1</sup>  
 **Sim** <sup>2</sup>

31. Apresenta dentição:  Completa  
 Incompleta  
 **Sem dentição**

32. Próteses dentárias:  **Não** <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Está ajustada:  Sim <sup>a</sup>  
 Não <sup>b</sup>

## HIGIENE ORAL

33. Costuma lavar a boca:  Não <sup>1</sup>  
 **Sim** <sup>2</sup>
34. Frequência da escovagem a boca:  1 vez dia <sup>1</sup>  
 **2 -3 vezes dia** <sup>2</sup>  
 4 vezes dia <sup>3</sup>  
 mais de 4 vezes dia <sup>4</sup>
35. Que produtos usa:  Escova <sup>1</sup>  
 Pasta de Dentes <sup>2</sup>  
 Fio Dentário <sup>3</sup>  
 Só água <sup>4</sup>  
 Desinfetante Oral <sup>5</sup> Qual: \_\_\_\_\_  
 Outro: **Esponja embebida em nistatina**
36. Como faz a lavagem:  Escova menos de 1 minuto <sup>1</sup>  
 **Escova durante 1 minuto – 1 minuto e meio** <sup>2</sup>  
 Escova durante 2 minutos ou mais <sup>3</sup>  
 Bochechos com água <sup>4</sup>  
 Bochechos com outros produtos <sup>5</sup> Quais: \_\_\_\_\_
37. Que zonas da boca lava:  Dentes <sup>1</sup>  
 **Gengivas** <sup>2</sup>  
 Língua <sup>3</sup>  
 **Palato (céu da boca)** <sup>4</sup>  
 **Parte interna das bochechas** <sup>5</sup>
38. Cuidados que tem com a escova de dentes depois de utilizar:
- Lava-a <sup>1</sup>  
 Seca-a <sup>2</sup>  
 Desinfeta-a. <sup>3</sup> Produto: \_\_\_\_\_
- Nota: a doente não utiliza escova de dentes, mas esponja de uso único.**
39. Apresenta lesões na boca:  **Não** <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>  
Quais:  Cáries Dentárias <sup>a</sup>  
 Aftas <sup>b</sup>  
 Gengivite <sup>c</sup>  
 Alterações salivares <sup>d</sup>  
 Infeções Dentárias pré-existentes <sup>e</sup>
40. Lubrifica/hidrata os lábios:  **Não** <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup> Produto: \_\_\_\_\_

## RISCO DE MUCOSITE ORAL

41. Avaliação Risco MO (Questões n<sup>os</sup>: 3, 4, 8, 11-23; 26; 33-39):

- Baixo Risco <sup>1</sup>
- Risco moderado <sup>2</sup>
- Risco elevado** <sup>3</sup>

Baixo Risco	Risco Moderado	Risco Elevado
<p>sem antecedentes de problemas orais; pessoas sem antecedentes de mucosite oral; o tratamento antineoplásico não provoca complicações orais moderadas ou graves.</p>	<p>com antecedentes de problemas orais; pessoas com antecedentes de mucosite oral, grau 2; o tratamento provoca mucosite oral (RT de cabeça e pescoço com dose de 40-60 Gy); terapêutica habitual que pode provocar xerostomia.</p>	<p>com antecedentes de problemas orais moderados a graves; tratamento de QT de alta dose; tratamento de RT de cabeça e pescoço (&gt;60 Gy) com ou sem QT.</p>

42. Tendo em consideração a sua situação de saúde e a realização dos tratamentos de Radioterapia, quão desconfortável você está agora? 1

(Avalie o seu desconforto total de 0 a 10, sendo 0 sem desconforto e 10 o maior desconforto possível)

Pior desconforto Possível



Sem desconforto

## Guião II

### 2º Momento

10º Dia (20 Gy)

2. Data: 23 / 11 / 2018

### AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

3. Estado de nutrição (aplicar Escala de MUST): Score – **5.5**

Altura: **162 cm**

Peso **66 Kg**

4. Perda de peso:  **Não**<sup>1</sup>

Sim<sup>2</sup> Desde a 1ª avaliação: \_\_\_\_ Kg

5. Necessitou de fazer alterações alimentares:  **Não**<sup>1</sup>

Sim.<sup>2</sup>  Dieta Mole<sup>a</sup>

Dieta Líquida<sup>b</sup>

6. Necessidade de colocar SNG:  **Não**<sup>1</sup>

Sim<sup>2</sup>

### AVALIAÇÃO DA CAVIDADE ORAL

7. Mucosite Oral:  **Não**<sup>1</sup>

Sim<sup>2</sup>

8. Grau de Mucosite Oral (Escala RTOG):

Grau 1<sup>1</sup>

Grau 2<sup>2</sup>

Grau 3<sup>3</sup>

Grau 4<sup>4</sup>

1	2	3	4
Reação aguda da mucosa, pode experimentar dor não necessitando de analgesia	Mucosite com produção de secreção serosanguinolenta, processo inflamatório, dor moderada necessitando de narcóticos	Mucosite, pode incluir dor severa requerendo narcóticos	Ulceração, hemorragia ou necrose
Reação aguda da glândula salivar, alteração no paladar, gosto metálico, consegue ingerir líquidos, ressecamento da boca	Moderado ou completo ressecamento, alterações no paladar	-	Necrose da glândula salivar
Reação aguda da faringe, disfagia ou odinofagia, pode necessitar de analgésico não narcótico ou anestésico tópico, dor leve	Moderada disfagia, dieta líquida, pode necessitar de narcóticos	Severa disfagia ou odinofagia, desidratação, perda de peso > 15%, necessita de sonda nasoentérica e hidratação endovenosa	Completa obstrução, ulceração, perfuração, fistula
Reação aguda da laringe, eritema da mucosa, rouquidão média ou intermitente, tosse	Rouquidão persistente, dor de ouvido e garganta, exsudato, edema, não requer narcóticos, antitussígenos necessários	Dor de garganta e ouvido, exsudato confluyente e edema	Dispneia, hemoptise, pode ser necessária traqueostomia ou intubação

Fonte: Albuquerque et al., 2007

9. Próteses dentárias mantem-se ajustada:  **Não**<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup>

### HIGIENE ORAL

10. Cumpriu programa de Cuidados Oraís conversado na 1ª consulta de enfermagem:  Não<sup>1</sup>  
 **Sim**<sup>2</sup>

11. Tem realizado auto-vigilância da cavidade oral desde que iniciou RT?  
 Não<sup>1</sup>  
 **Sim**<sup>2</sup>

12. Aumentou a frequência da escovagem da boca:  Não<sup>1</sup>  
 **Sim**<sup>2</sup>

13. Frequência da escovagem a boca:  1 vez dia<sup>1</sup>  
 2-3 vezes dia<sup>2</sup>  
 4 vezes dia<sup>3</sup>  
 **mais de 4 vezes dia**<sup>4</sup>

14. Aumentou a frequência dos bochechos da boca:  Não<sup>1</sup>  
 **Sim**<sup>2</sup>

15. Frequência dos bochechos da boca:  1 vez dia<sup>1</sup>  
 2-3 vezes dia<sup>2</sup>  
 4 vezes dia<sup>3</sup>  
 **mais de 4 vezes dia**<sup>4</sup>

16. Lubrifica/hidrata os lábios:  **Não**<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup>

17. Necessidade de usar saliva artificial:  **Não**<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup>

18. Apresenta Dor:  **Não**<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup> Intensidade da Dor ( EVA): \_\_\_\_\_

19. Analgesia:  **Não**<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup>  Não opióides<sup>a</sup>  
Qual? (nome, dose, via, freq.) \_\_\_\_\_  
 Opióides<sup>b</sup>  
Qual? (nome, dose, via, freq.) \_\_\_\_\_

## INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

20. Educar acerca:  alimentação <sup>1</sup>  
 **cuidados orais** <sup>2</sup>  
 Ingestão hídrica <sup>3</sup>  
 gestão medicamentosa <sup>4</sup>  
 controlo da dor <sup>5</sup>
21. Instruir acerca:  **Higiene oral** <sup>1</sup>  
 escovagem da boca <sup>2</sup>  
 bochechar a boca <sup>3</sup>  
 Cuidados com traqueostomia <sup>4</sup>
22. Executar:  administração de terapêutica <sup>1</sup>  
 Cuidados à Traqueostomia <sup>2</sup>  
 Higiene Brônquica <sup>3</sup>  
 apoio emocional <sup>4</sup>  
 **escuta ativa** <sup>5</sup>  
 Outro <sup>6</sup>
23. Articulação com outro profissional de saúde:  
 médico <sup>1</sup>  
 nutricionista <sup>2</sup>  
 psicólogo <sup>3</sup>  
 terapeuta de diagnóstico de radioterapia <sup>4</sup>  
 outro <sup>5</sup>

**Nota: não houve necessidade de realizar articulação com outro profissional de saúde.**

## CONFORTO

24. Qual a intervenção de enfermagem que resulta melhor para si para se sentir confortável?
- Ensinos sobre cuidados orais** <sup>1</sup>  
 Ensinos sobre adequação da alimentação <sup>2</sup>  
 Ensinos sobre estratégias de gestão da MO <sup>3</sup>  
 Toque <sup>4</sup>  
 **Escuta ativa** <sup>5</sup>  
 Apoio emocional <sup>6</sup>  
 Outro <sup>7</sup> Qual: \_\_\_\_\_

25. Em casa, qual a estratégia que lhe promove maior conforto?

a) Contexto Físico

- escovagem da boca <sup>1</sup>
- bochechos** <sup>2</sup>
- hidratar/lubrificar lábios <sup>3</sup>
- saliva artificial <sup>4</sup>
- analgesia <sup>5</sup>
- Outro <sup>6</sup>

b) Contexto Psico-Espiritual

- Fé <sup>1</sup>
- Apoio familiar/amigos** <sup>2</sup>
- Auto-estima <sup>3</sup>
- Sentir-se seguro(a)** <sup>4</sup>
- confiança** <sup>5</sup>
- outro <sup>6</sup>

c) Contexto Ambiental

- conforto da casa** <sup>1</sup>
- a cama/sofá <sup>2</sup>
- a vista da sua casa/quarto <sup>3</sup>
- outros <sup>4</sup>

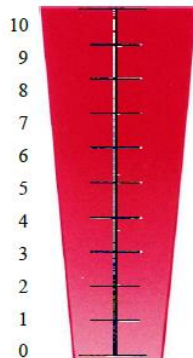
d) Contexto Socio-Cultural

- estar com a família/amigos** <sup>1</sup>
- práticas religiosas <sup>2</sup>
- passear <sup>3</sup>
- outro <sup>4</sup>

26. Tendo em consideração a sua situação de saúde e a realização dos tratamentos de Radioterapia, quão desconfortável você está agora? **2**

(Avaliar o conforto total de 0 a 10, sendo 10 o maior desconforto possível)

Pior desconforto Possível



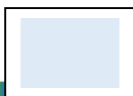
Sem desconforto

**NOTA:** Dada a limitação de tempo de estágio, não foi possível realizar o 3º momento de avaliação.



**Apêndice XVI** – Ecrãs da sessão de formação de apresentação do projeto,  
realizada dia 08.01.2018





## Projeto de Intervenção

# Promoção do conforto na pessoa com mucosite oral devida à radioterapia: Intervenção de Enfermagem

08.Janeiro.2018 | Serviço de Radioterapia

Autor: Tânia Vitoriano  
Orientador: Prof<sup>ª</sup> Alexandra Pinto Santos



## Sumário

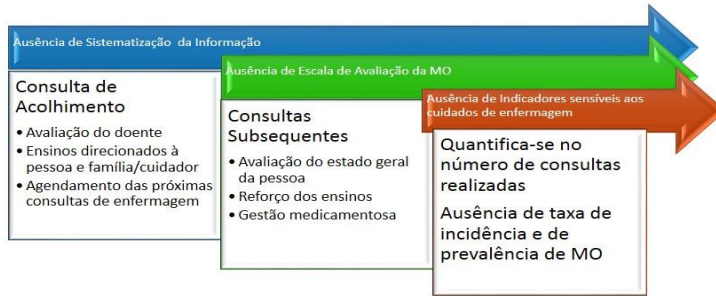
1. Definição do problema
2. Estado de arte
3. Desenho do estudo
4. Atividades desenvolvidas
5. Plano de atividades do 3º estágio
6. Referências Bibliográficas

2



# 1. Definição do Problema

# 1. Definição do Problema



Criação de Guia de Boas Práticas para profissionais de Saúde – Procedimento de Atuação

4

# 2. Estado de Arte

## Estado de Arte

De acordo com estimativas para o ano de 2030, a OMS prevê cerca de 21 milhões de novos casos de cancro e 13 milhões de mortes devido a esta doença (OMS, 2016)

O termo “cancro da cabeça e pescoço” é caracterizado por bases anatómicas e topográficas para representar as neoplasias malignas do trato aerodigestivo superior, que engloba a cavidade oral, faringe e laringe (Melo Filho et al., 2013)

Mundialmente, o cancro da laringe é o 2º mais comum do aparelho respiratório, sendo o mais incidente entre os vários tipos de cancro de cabeça e pescoço.

O cancro oral está entre os 10 cancros mais frequentes a nível mundial e apresenta a maior taxa de mortalidade dentro dos cancros de cabeça e pescoço (Sousa et al., 2009; Antunes, 2003)

6

## Estado de Arte

Uma inflamação e ulceração da mucosa da cavidade oral, com a formação de uma pseudomembrana

(Sonis, 2004; Stokman *et al.*, 2006; Volpato *et al.*, 2007; Scardina *et al.*, 2010)

Desenvolve-se em doentes oncológicos, sob tratamento anti-neoplásico, em que pode ser induzida pela irradiação da cabeça e pescoço e/ou devido a QT

(Rosenthal e Trotti, 2009)

A Mucosite oral induzida por radioterapia define-se como uma inflamação da mucosa oral, que se inicia 1 a 2 semanas após o começo do tratamento, sendo causada por danos celulares diretos, secundários à radioterapia

(Eilers e Million, 2011)

7

## Estado de Arte

A **Mucosite Oral** é uma das **preocupações** nos cuidados aos doentes com cancro de cabeça e pescoço, pois as alterações associadas, tais como, alteração a nível da alimentação, comunicação, higiene oral, presença de dor, **interferem no Conforto do doente oncológico e na qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias**

(Bonan *et al.*, 2005; Lopes *et al.*, 2006; Gondim, Gomes e Firmino, 2010; Eilers e Million, 2011)

O **enfermeiro tem um papel essencial** no cuidado do doente com mucosite oral, atuando ao nível das necessidades dos doentes, conhecendo e compreendendo o doente, identificando fatores de risco associados e implementação de intervenções na área da prevenção e gestão da mucosite oral.

(Eilers e Million, 2011; Oliveira *et al.*, 2014; Araújo *et al.*, 2015)

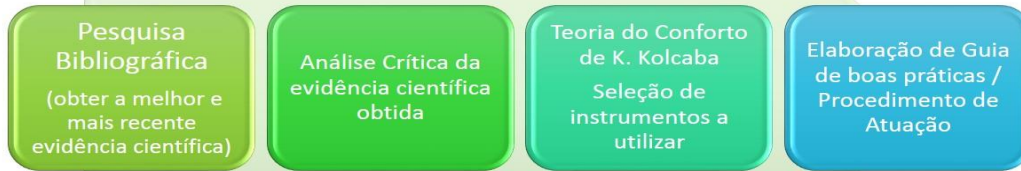
O **enfermeiro** tem a possibilidade de **melhorar o conforto** do doente e a sua qualidade de vida, através da **educação para a saúde**, implementando protocolos de cuidados orais e orientando para a higiene oral, numa intervenção efetiva e dinâmica, abordando todos os transtornos **bio-psico-sociais e espirituais** que podem ser gerados pela presença de mucosite oral

(Gondim, Gomes e Firmino, 2010; Eilers e Million, 2011)

8

## 2. Desenho do Estudo

## 2. Desenho do Estudo

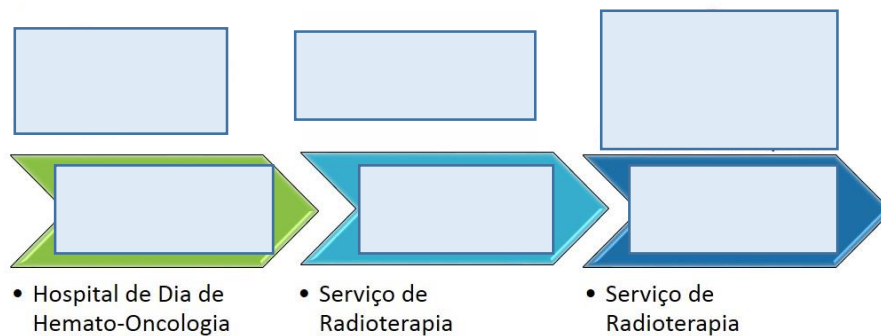


10

## 2. Desenho do Estudo

Início: 25.Setembro.2017

Final: 09. Fevereiro.2018



11

## 2. Desenho do Estudo

### Questão de Investigação

- Que intervenções de enfermagem promovem o conforto da pessoa com mucosite oral devida à radioterapia?

### Objeto do Estudo

- Identificar as intervenções de enfermagem que promovem o conforto e analisar a ocorrência de mucosite oral em doentes oncológicos com mais de 18 anos, diagnosticados com tumor de cabeça e pescoço, a realizar tratamento de radioterapia em ambulatório.

### Crterios de Inclusão da população

- com mais de 18 anos
- Diagnóstico de tumor de cabeça e pescoço
- A realizar tratamento de RT em ambulatório, com/sem QT concomitante
- A realizar RT curativa

12

## 2. Desenho do Estudo

### Colheita de Dados

- Dados sociodemográficos
- Dados clínicos
- Fatores de risco
- Hábitos de cuidados orais
- Avaliação da Mucosa Oral
- Conforto

### Instrumentos de Colheita de Dados

- Guião de colheita de dados
- Base de dados em programa Excel

1º Momento

1º - 3º dia de RT



2º Momento

10º - 12º dia RT (20Gy)



3º Momento

20º - 22º dia RT (40Gy)

13

## 2. Desenho do Estudo

Grau / Tecido	Mucosa	Glândula Salivar	Faringe	Laringe
<b>Grau 1</b>	- Irritação; - Pode apresentar dor, não necessitando de analgesia	- Secura leve na boca - Saliva ligeiramente espessa - Pode ter sabor ligeiramente alterado, como gosto metálico - Essas alterações não se refletem na alteração alimentar, apenas o aumento de líquidos com as refeições	- Disfagia leve ou odinofagia - Pode ser necessário analgesia tópica ou analgesia não opióide - Pode ser necessária dieta suave	- Rouquidão leve ou intermitente - Tosse sem necessidade de antitussivo - Eritema da mucosa
<b>Grau 2</b>	- Mucosite com produção de secreções sero hemáticas - Processo inflamatório - Dor moderada, necessitando de analgesia	- Moderada ou completa secura - Alterações intensas no paladar	- Moderada disfagia ou odinofagia - Pode ser necessário analgesia com opióides - Pode ser necessária dieta mole ou líquida	- Rouquidão persistente, mas capaz de vocalizar - Disfagia e odinofagia, exsudado fibrinoso ou edema aritenóideo leve que não necessita de analgesia com opióides - Tosse que necessita de antitussivo
<b>Grau 3</b>	- Mucosite fibrinosa - Pode existir dor severa, necessitando de analgesia com opióides	-	- Severa disfagia ou odinofagia com desidratação ou se perda de peso > 15% pré-tratamento, necessita de ENG, hidratação EV ou suplementos alimentares	- Fala em sussurro, dor de garganta ou dor de ouvido, necessitando de analgesia com opióides - Exsudado fibrinoso, acentuado edema aritenóideo
<b>Grau 4</b>	- Ulceração, hemorragia ou necrose	- Necrose aguda da glândula salivar	- Completa obstrução da faringe, ulceração, perfuração, fistula	- Dispneia, estridor ou hemoptises, podendo ser necessária traqueostomia ou intubação

## 2. Desenho do Estudo

### Instrumentos de Avaliação

**'Malnutrition Universal Screening Tool'** (Ferramenta Universal para Rastrear a Malnutrição)

**'MUST'**

A 'MUST' é uma ferramenta de rastreio em cinco passos que identifica adultos que sofrem de malnutrição, portanto, que estejam em risco de subnutrição ou que sofrem de obesidade. Inclui ainda as linhas de orientação de controlo que podem ser utilizadas para desenvolver um plano de cuidados.

Destina-se a ser utilizada em hospitais, na comunidade e noutras instalações de cuidados e pode ser utilizada por todos os profissionais de saúde.

Este guia contém:

- Um fluxograma que apresenta os 5 passos a utilizar para o rastreio e controlo
- A tabela de IMC (índice de massa corporal)
- As tabelas de perda de peso
- As medições alternativas quando o IMC não pode ser obtido medindo-se o peso e a altura.

**Os 5 passos da 'MUST'**

**Passo 1**  
Medir a altura e o peso para obter a pontuação de IMC utilizando a tabela fornecida. Se não for possível obter a altura e o peso, utilizar os procedimentos alternativos indicados neste guia.

**Passo 2**  
Anotar a percentagem de perda de peso involuntária e pontuar utilizando as tabelas fornecidas.

**Passo 3**  
Estabelecer a consequência de doença grave e pontuar.

**Passo 4**  
Somar as pontuações dos passos 1, 2 e 3 para obter o risco geral de malnutrição.

**Passo 5**  
Utilizar as linhas de orientação de controlo e/ou a política local para desenvolver um plano de cuidados.

**Passo 1** Pontuação do IMC

**Passo 2** Pontuação da perda de peso

**Passo 3** Pontuação da consequência de doença grave

**Passo 4** Risco geral de malnutrição

**Passo 5** Linhas de orientação de controlo

**0 Baixo Risco**  
Cuidados de saúde de rotina

**1 Risco Médio**  
Observar

**2 ou mais Alto Risco**  
Tratar

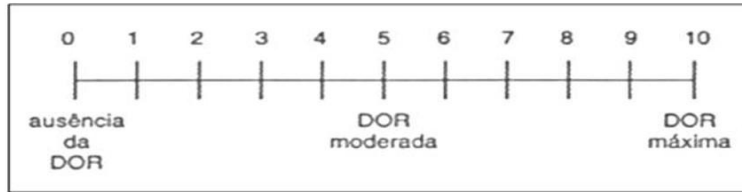
**Tabela de pontuação de IMC**

**Tabela de perda de peso**

**Condições de doença grave**

15

## 2. Desenho do Estudo Instrumentos de Avaliação



17

## 2. Desenho do Estudo de Avaliação

### CONFORTO

22. Qual a intervenção de enfermagem que resulta melhor para si para se sentir confortável?

- Ensinos sobre cuidados orais <sup>1</sup>
- Ensinos sobre adequação da alimentação <sup>2</sup>
- Ensinos sobre estratégias de gestão da MO <sup>3</sup>
- Toque <sup>4</sup>
- Escuta ativa <sup>5</sup>
- Apoio emocional <sup>6</sup>
- Outro <sup>7</sup> Qual: \_\_\_\_\_

23. Em casa, qual a estratégia que lhe promove maior conforto?

a) Contexto Físico

- escovagem da boca <sup>1</sup>
- bochechos <sup>2</sup>
- hidratar/lubrificar lábios <sup>3</sup>
- saliva artificial <sup>4</sup>
- analgesia <sup>5</sup>
- Outro <sup>6</sup>

b) Contexto Psico-Espiritual

- Fé <sup>1</sup>
- Apoio familiar/amigos <sup>2</sup>
- Auto-estima <sup>3</sup>
- Sentir-se seguro(a) <sup>4</sup>
- confiança <sup>5</sup>
- outro <sup>6</sup>

c) Contexto Ambiental

- conforto da casa <sup>1</sup>
- a cama/sofá <sup>2</sup>
- a vista da sua casa/quarto <sup>3</sup>
- outros <sup>4</sup>

d) Contexto Socio-Cultural

- estar com a família/amigos <sup>1</sup>
- práticas religiosas <sup>2</sup>
- passear <sup>3</sup>
- outro <sup>4</sup>

24. Tendo em consideração a sua situação de saúde e a realização dos tratamentos de Radioterapia, quão confortável você está agora? \_\_\_\_\_

(Avalie o seu conforto total de 1 a 10, sendo 10 o maior conforto possível)

16

## 3. Atividades desenvolvidas

Guia de Colheita de Dados

radioterapia: intervenção de enfermagem

## s desenvolvidas

Guião de colheita de dados sociodemográficos, clínicos e fatores de risco da MO, avaliação e prevenção da MO

**1º Momento**

4. Data: \_\_\_\_\_

5. Sexo:  M  F

7. Estado Civil: \_\_\_\_\_

9. Profissão: \_\_\_\_\_

11. Cuidado: \_\_\_\_\_

13. Terapê: \_\_\_\_\_

14. Localização: \_\_\_\_\_

15. Já realizou a: \_\_\_\_\_

16. Já realizou a: \_\_\_\_\_

17. Tipo de Trat: \_\_\_\_\_

18. Técnica de T: \_\_\_\_\_

19. Prescrição de: \_\_\_\_\_

20. Prescrição de: \_\_\_\_\_

21. Oligometra: \_\_\_\_\_

24. Traqueostom: \_\_\_\_\_

25. Hábitos tab: \_\_\_\_\_

26. Foi encami: \_\_\_\_\_

27. Estado de nu: \_\_\_\_\_

28. Regime alimentar:  Sem  Com

29. Evita algum tipo de alime: \_\_\_\_\_

30. Dificuldade:  Não  Sim  Sólido

31. Anorexia:  Não  Sim

32. Hábitos alcoólicos:  Não  Sim

33. Entubação Nasogástrica:  Sim  Não

34. FEG:  Não  Sim

35. Próteses dentárias:  Não  Sim

36. Costuma lavar a boca:  N  S

37. Frequência da escovagem: \_\_\_\_\_

38. Que produtos usa:  Escov  Pasta de  Fio Dent  56 Água  Dentífr

39. Como faz a lavagem:  Escova menos de 1 minuto  Escova durante 1 minuto  Escova durante 1 minuto e mais  Escova durante 2 minutos ou mais  Bochechos com água  Bochechos com outros produtos. <sup>6</sup>Quais: \_\_\_\_\_

40. Que zonas da boca lava:  Dentes  Gengivas  Língua  Palato (rês da boca)  Parte interna das bochechas

41. Cuidados que tem com a escova de dentes depois de utilizar:  Lava-a  Seca-a  Desinfeta-a. <sup>3</sup> Produto: \_\_\_\_\_

42. Apresenta lesões na boca:  Não  Sim. <sup>2</sup> Quais:  Caries Dentárias  Aflias  Gengivite  Alterações salivares  Infecções Dentárias pré-existentes

43. Lubrifica/hidrata os lábios:  Não  Sim. <sup>2</sup> Produto: \_\_\_\_\_

**RISCO DE MUCOSITE ORAL**

44. Avaliação Risco MO:  Baixo Risco  Risco moderado  Risco elevado

45. Tendo em consideração a sua situação de saúde e a realização dos tratamentos de Radioterapia, qual confortável você está agora? \_\_\_\_\_  
(Avalie o seu conforto total de 1 a 10, sendo 10 o maior conforto possível)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada					Conforto				
Confortável					Máximo				

19

Guia de Colheita de Dados

radioterapia: intervenção de enfermagem

## s desenvolvidas

Guião de colheita de dados de avaliação e gestão da MO

**2º Momento**  
**3º Momento**

4. D: \_\_\_\_\_

5. Es: \_\_\_\_\_

6. Pr: \_\_\_\_\_

7. N: \_\_\_\_\_

8. N: \_\_\_\_\_

9. M: \_\_\_\_\_

10. C: \_\_\_\_\_

19. Nec: \_\_\_\_\_

20. Apr: \_\_\_\_\_

21. Ans: \_\_\_\_\_

25. Edu: \_\_\_\_\_

11. Prótes de: \_\_\_\_\_

12. Cumpri p: \_\_\_\_\_

13. Tem resis: \_\_\_\_\_

14. Assentou: \_\_\_\_\_

15. Frequência: \_\_\_\_\_

16. Assentou: \_\_\_\_\_

17. Frequência: \_\_\_\_\_

18. Lubrificat: \_\_\_\_\_

19. Necessidad: \_\_\_\_\_

20. Apresenta: \_\_\_\_\_

21. Analgesia: \_\_\_\_\_

25. Educar ace: \_\_\_\_\_

26. Instruir acerca:  Higiene oral  escovagem da boca  bochechar a boca  Cuidados com traqueostomia

27. Executar:  administração de terapêutica  Cuidados a Traqueostomia  Higiene bucal  apoio emocional  escuta ativa  Outro

28. Articulação com outro profissional de saúde:  médico  nutricionista  Enxerto sobre cuidados orais  psicólogo  terapêuta de diagnóstico de radioterapia  outro

**CONFORTO**

22. Qual a intervenção de enfermagem que resulta melhor para si para se sentir confortável?  Enxerto sobre adequação da alimentação  Enxerto sobre estratégias de gestão da MO  Toque  Escuta ativa  Apoio emocional  Outro <sup>2</sup> Qual: \_\_\_\_\_

23. Em casa, qual a estratégia que lhe promove maior conforto?   
a) **Contexto Físico**  escovagem da boca  bochechos  hidratar/lubrificar lábios  saliva artificial  analgesia  Outro   
b) **Contexto Psico-Espiritual**  Fé  Apoio familiar/amigos  Auto-estima  Sentir-se seguro(a)  confiança  outro   
c) **Contexto Ambiental**  conforto da casa  a casa/sofá  a vista da sua casa/quarto  outros   
d) **Contexto Socio-Cultural**  estar com a família/amigos  práticas religiosas  pastor  outro

24. Tendo em consideração a sua situação de saúde e a realização dos tratamentos de Radioterapia, qual confortável você está agora? \_\_\_\_\_  
(Avalie o seu conforto total de 1 a 10, sendo 10 o maior conforto possível)

20

Promoção do conforto na pessoa com mucosite oral devida à radioterapia: intervenção de enfermagem

## 3. Atividades desenvolvidas

PROJETO: Promoção do Conforto na Pessoa com Mucosite Oral devida à Radioterapia: Intervenção de Enfermagem

DISTRIBUIÇÃO DE PESO															3º Momento (11/10/20)																																																																																				
															Distribuição																																																																																				
															Cuidados em Enfermagem																																																																																				
															Avaliação																																																																																				
1. Idade	2. Sexo	3. Estado Civil	4. Profissão	5. Localidade	6. Tipo de Tratamento	7. Técnica de Tratamento	8. Prescrição de Medicamentos	9. Prescrição de Procedimentos	10. Oligometria	11. Traqueostomia	12. Hábitos Tabaco	13. Hábitos Alcool	14. Foi Encamisolado	15. Estado de Nutrição	16. Avaliação Risco MO	17. Avaliação Risco MO	18. Avaliação Risco MO	19. Avaliação Risco MO	20. Avaliação Risco MO	21. Avaliação Risco MO	22. Avaliação Risco MO	23. Avaliação Risco MO	24. Avaliação Risco MO	25. Avaliação Risco MO	26. Avaliação Risco MO	27. Avaliação Risco MO	28. Avaliação Risco MO	29. Avaliação Risco MO	30. Avaliação Risco MO	31. Avaliação Risco MO	32. Avaliação Risco MO	33. Avaliação Risco MO	34. Avaliação Risco MO	35. Avaliação Risco MO	36. Avaliação Risco MO	37. Avaliação Risco MO	38. Avaliação Risco MO	39. Avaliação Risco MO	40. Avaliação Risco MO	41. Avaliação Risco MO	42. Avaliação Risco MO	43. Avaliação Risco MO	44. Avaliação Risco MO	45. Avaliação Risco MO	46. Avaliação Risco MO	47. Avaliação Risco MO	48. Avaliação Risco MO	49. Avaliação Risco MO	50. Avaliação Risco MO	51. Avaliação Risco MO	52. Avaliação Risco MO	53. Avaliação Risco MO	54. Avaliação Risco MO	55. Avaliação Risco MO	56. Avaliação Risco MO	57. Avaliação Risco MO	58. Avaliação Risco MO	59. Avaliação Risco MO	60. Avaliação Risco MO	61. Avaliação Risco MO	62. Avaliação Risco MO	63. Avaliação Risco MO	64. Avaliação Risco MO	65. Avaliação Risco MO	66. Avaliação Risco MO	67. Avaliação Risco MO	68. Avaliação Risco MO	69. Avaliação Risco MO	70. Avaliação Risco MO	71. Avaliação Risco MO	72. Avaliação Risco MO	73. Avaliação Risco MO	74. Avaliação Risco MO	75. Avaliação Risco MO	76. Avaliação Risco MO	77. Avaliação Risco MO	78. Avaliação Risco MO	79. Avaliação Risco MO	80. Avaliação Risco MO	81. Avaliação Risco MO	82. Avaliação Risco MO	83. Avaliação Risco MO	84. Avaliação Risco MO	85. Avaliação Risco MO	86. Avaliação Risco MO	87. Avaliação Risco MO	88. Avaliação Risco MO	89. Avaliação Risco MO	90. Avaliação Risco MO	91. Avaliação Risco MO	92. Avaliação Risco MO	93. Avaliação Risco MO	94. Avaliação Risco MO	95. Avaliação Risco MO	96. Avaliação Risco MO	97. Avaliação Risco MO	98. Avaliação Risco MO	99. Avaliação Risco MO	100. Avaliação Risco MO

21





PROGRAMA EDUCATIVO DE GE

506 com mucosite oral devido à radioterapia: intervenção de enfermagem

# Atividades desenvolvidas

Programa Educativo de Gestão da MO

	GRAU 1	GRAU 2	
<b>ESCALARITÓRIO</b>	<b>Prática</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.
	<b>Teoria</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.
	<b>Atividade</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.
	<b>Atividade</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.
<b>INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS</b>	<b>Prática</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.
	<b>Teoria</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.
	<b>Atividade</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.
	<b>Atividade</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.
<b>INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS</b>	<b>Prática</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.
	<b>Teoria</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.
	<b>Atividade</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.
	<b>Atividade</b>	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.	Identificar a importância da higiene oral no tratamento de pacientes com câncer.

**Referências Bibliográficas:**

- Thomson, P. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2).
- Loges, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2014). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/S104-070720140002060014
- Quinn, B. (2015). European oral care in cancer group oral care guidance and support. *Clinical Practice Guidelines and recommendations*. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancerurse.eu/education/guidelines-recommendations.html](http://www.cancerurse.eu/education/guidelines-recommendations.html).
- Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5), v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202
- British Columbia Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.520Or%20Mucositis.pdf>.
- Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleven, J.; ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2<sup>o</sup> ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 4/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.
- Lalla, R.; Sosa, S.; Bowen, J.; Barak, A.; Eting, L.; ... Peterson, D. (2014). MASCC/ISOO Clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 15, 1453-1461. Doi: 10.1002/oxcr.28592

506 com mucosite oral devido à radioterapia: intervenção de enfermagem

# Atividades desenvolvidas

- Ingerir alimentos fáceis de mastigar e engolir, em forma de purês ou cremes, incluindo bananas e outras frutas moles, e ricas em líquido, como melancia. (16)
- Cozinhar o alimento até ficar macio e suave. (16)
- Aumentar a ingestão de líquidos, bem como o
- Se necessário, pode recorrer à utilização de compressa ou esponja oral para limpeza dos dentes e boca. (16,17)
- Aplicar lubrificante nos lábios, recomendado pelo enfermeiro ou médico. (16,17)
- Alterar a consistência dos alimentos, segundo oor

**O que é a Mucosite Oral?**

É uma inflamação da mucosa oral, resultante da ação de agentes citotóxicos (quimioterapia) ou da radiação ionizante (radioterapia) e caracteriza-se por eritema ou ulceração da mucosa da cavidade oral, com a formação de uma pseudomembrana (semelhante a aftas), que podem ser exacerbados por fatores locais, como infeções secundárias (caries, gengivites) e trauma (por exemplo, próteses dentárias mal ajustadas). (16-18)

**O que causa a Mucosite Oral?**

A mucosite oral é um dos efeitos secundários da radioterapia na zona da cabeça, boca e pescoço, manifestando-se após as primeiras duas semanas de tratamento, podendo desaparecer lentamente entre duas a três semanas após o término do mesmo. É também um dos efeitos secundários de alguns tratamentos de quimioterapia. (16-18)

**Como prevenir a Mucosite Oral?**

Uma boa e regular **Higiene Oral** é a principal medida de prevenção da Mucosite oral, assim como alguns cuidados com a **Alimentação**. (16-18)

**Cuidados de Higiene Oral**

**Escovar os Dentes:**

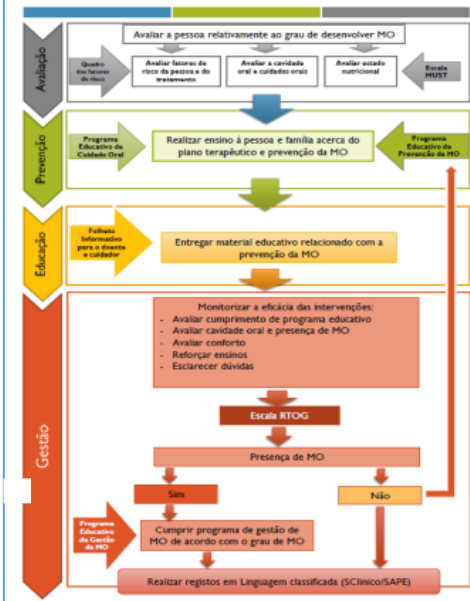
**Referências Bibliográficas:**

- Araújo, S.; Luz, M.; Silva, G.; Andrade, E.; Nunes, L.; Moura, R. (2015). Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 267-274.
- Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5), v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202
- Loges, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2014). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/S104-070720140002060014
- Karin, F.; Tasci, S.; Soyuer, S.; Elmali, F. (2014). Effect of oral mucositis protocol on quality of life of patients with head and neck cancer treated with radiation therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), E118-E125.
- Thomson, P. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2).
- Quinn, B. (2015). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. *Clinical Practice Guidelines and recommendations*. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancerurse.eu/education/guidelines-recommendations.html](http://www.cancerurse.eu/education/guidelines-recommendations.html).
- Albuquerque, I.; Camargo, T. (2007). Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 53 (2), 195-209.
- Harris, D.; Eilers, J.; Harriman, A.; Cusack, B.; Maxwell, C. (2008). Putting Evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (1), 141-152.
- Eilers, J.; Harris, D.; Henry, K.; Johnson, L. (2014). Evidence - based Interventions for cancer treatment - related Mucositis: putting evidence into Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), 85-96.
- BC Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.520Or%20Mucositis.pdf>.
- Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleven, J.; ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2<sup>o</sup> ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 4/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.

**Bochechar a boca**

Realizar bochechos ao levantar e, pelo menos 4 vezes por dia, após cada episódio de uso

### 3. Atividades desenvolvidas



FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO NA PESSOA COM RISCO DE MO

### 3. Atividades desenvolvidas

APEG		ALGORITMO DE INTERVENÇÃO NA PESSOA COM RISCO DE MUCOSITE ORAL	
<b>Avaliação</b>	<p><b>Fatores de risco relacionados com a pessoa:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Idade (avanzada ou jovem)</li> <li>Genética familiar</li> <li>Higiene oral descurada</li> <li>Dificuldade de higiene pré-estomatias</li> <li>Realização de cirurgia na mucosa da boca/dentes</li> <li>Dentado</li> <li>Consumo de álcool, tabaco ou drogas</li> <li>Cirurgias prévias</li> <li>Medicamentos</li> </ul> <p><b>Fatores de risco relacionados com o tratamento:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>RT de cabeça e pescoço</li> <li>Intensidade total do corpo</li> <li>QT alto/dose</li> <li>QTST</li> </ul> <p><b>Instrumentos de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumento de avaliação de Estado Nutricional - PNUT</li> <li>Escala Numérica de avaliação de Dor</li> <li>Result de avaliação de toxicidade oral - RTOG</li> </ul>		
<b>Prevenção</b>	<p><b>Baixo Risco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar o doente sobre higiene oral, pelo menos 4 vezes por dia, após as refeições.</li> <li>• Realizar bochechos com solução salina ou solução recomendada pelo enfermeiro ou médico.</li> <li>• Realizar bochechos durante a noite ou no local não adequado.</li> <li>• Incentivar a apoiar a restrição tabélica.</li> <li>• Incentivar a apoiar a restrição de ingestão álcool.</li> </ul> <p><b>Risco Moderado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Além das intervenções de baixo risco</li> <li>• Realizar bochechos com bicarbonato de sódio no 1º dia de RT de cabeça e pescoço.</li> <li>• Iniciar prescrição de mucosa oral.</li> </ul> <p><b>Risco Elevado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Além das intervenções de baixo e médio risco</li> <li>• Monitorizar o estado nutricional do doente.</li> <li>• Colocar dieta de PEG profilática.</li> <li>• Considerar a utilização de implantes de vitamina B em doentes orofaríngeos.</li> </ul>		
<b>Educação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educar o doente sobre a boca e regular higiene oral, após as refeições e antes de dormir.</li> <li>• Educar o doente a usar escova de dentes com ponta arredondada, preferir pastas e cremes à pasta de dentes com a cor azul.</li> <li>• Educar o doente a passar fio dentário, pelo menos 1 vez, caso já o use. No entanto será contraindicado em pessoas com sangramento da gengiva.</li> <li>• Incentivar o doente na realização de bochechos 4x/dia, após cada refeição e conforme necessário. Doentes com risco moderado de MO devem fazer bochechos com bicarbonato de sódio no 1º dia de RT.</li> <li>• Educar o doente a manter uma boa hidratação da cavidade oral a nível</li> <li>• Educar o doente na gestão da alimentação, necessariamente evitar alimentos que irritam a mucosa oral como alimentos duros, picantes, muito quentes, aguçados e secos, ingerindo preferir alimentos (carne, peixe, leguminosas, entre outros).</li> <li>• Educar o doente a manter a temperatura a ingerir alimentos que não estejam muito quentes ou muito frios.</li> <li>• Incentivar o doente a manter uma boa e regular higiene oral.</li> <li>• Educar o doente na gestão da ingestão dos alimentos, na escolha de alimentos calóricos e proteicos e no consumo de líquidos.</li> <li>• Planear realização de bochechos (bicarbonato 0,1% ou bicarbonato de sódio), 4 vezes/dia.</li> </ul>		
<b>Gestão</b>	<p><b>Além das intervenções para Grau 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o doente a continuar a frequência dos bochechos para 1 litro de solução a cada 4 horas de noite (se acordado).</li> <li>• Educar o doente a manter a cavidade oral, caso tenha, até a MO se apresentar.</li> <li>• Realizar a aplicação de suplementos vitamínicos.</li> <li>• Aplicação de anestésico tópico para controle da dor e evitar terapêuticas com opiáceos, se necessário.</li> </ul> <p><b>Além das intervenções para Grau 2</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar o doente a manter uma boa e regular higiene oral, contraindicado a sua frequência, caso tenha, e substituído a escova de dentes por escova de dentes de cabeça macia ou escova oral de aço inox. Suspender o uso de fio dentário.</li> <li>• Educar o doente na gestão da ingestão.</li> <li>• Monitorizar o estado nutricional do doente, com alta taxa de consumo (depois de acordado, med. diário) em jejum, entre outros) e proteínas (carne, peixe, leguminosas, entre outros).</li> <li>• Realizar PEG se necessário.</li> <li>• Documentar doente para médico para possível internamento.</li> <li>• Realizar analgesia com opiáceos para controle da dor.</li> <li>• Realizar bochechos com solução de bicarbonato 0,1%.</li> </ul>		

APEG ALGORITMO DE INTERVENÇÃO NA PESSOA COM RISCO DE MO

## 4. Plano de Atividades do 3º estágio

## 4. Plano de Atividades

OBJETIVO 3: Promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com risco de MO

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados esperados	Indicadores de Resultados
1. Envolver a equipa de enfermagem sobre a implementação do projeto	<p>a) Realização de uma reunião com a enfermeira chefe para validação da implementação do projeto.</p> <p>b) Realização de sessão de apresentação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem do serviço</p>	<p><b>Humanos:</b> Enfermeira Chefe Enfermeira</p> <p>Responsável pela Formação em Serviço Equipa de Enfermagem do serviço</p> <p><b>Materiais:</b> Projektor de imagem para a sessão Computador Pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas e biblioteca Internet</p>	<p><b>Competências comuns ao enfermeiro especialista (OE):</b> A. <u>Responsabilidade profissional, ética e legal</u> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais D. <u>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</u> D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p> <p><b>Competências EONS</b> Competências relacionadas com a pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica</p> <p><b>Competências de Mestre</b> Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde.</p>	<p>a) Realiza reunião com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora do estágio.</p> <p>b) Realiza a sessão de apresentação do projeto de estágio aos elementos da equipa de enfermagem.</p>	<p>a) Realização de reunião com enfermeira chefe e enfermeira orientadora.</p> <p>b) Ação de formação para apresentação do projeto de intervenção (agendada para dia 17.01.2018)</p>

## 4. Plano de Atividades

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados esperados	Indicadores de Resultados
2. Capacitar a equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa com MO, nomeadamente na avaliação, prevenção, tratamento e educação da pessoa, no sentido de garantir a melhor intervenção neste âmbito.	<p>a) Realização de ação de formação à equipa de enfermagem sobre os cuidados à pessoa com MO de acordo com a melhor evidência científica disponível.</p> <p>b) Elaboração de documentos para a ação de formação.</p>	<p><b>Humanos:</b> Enfermeira Chefe Equipa de enfermagem do serviço</p> <p><b>Materiais:</b> Recursos adquiridos nos Ensinos Clínicos realizados anteriormente Computador Internet</p>	<p><b>Competências Comuns Enfermeiro Especialista (OE)</b> A. <u>Responsabilidade profissional, ética e legal</u> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais B. <u>Melhoria da Qualidade</u> B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. D. <u>Desenvolvimento das aprendizagens profissionais</u> D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade</p>	<p>a) Realiza a sessão de formação à equipa de enfermagem relacionada com os cuidados à pessoa com MO.</p> <p>a) 80% dos elementos da equipa participa na ação de formação.</p> <p>a) Aplica dos instrumentos de avaliação da ação de formação da instituição.</p> <p>b) Elabora documentos para ação de formação.</p>	<p>a) Ação de Formação a realizar no final do estágio.</p> <p>a) Taxa de adesão da ação de formação.</p> <p>b) Documento para ação de formação elaborado.</p>

32

## 4. Plano de Atividades

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados esperados	Indicadores de Resultados
3. Implementar intervenções de enfermagem no âmbito da avaliação, prevenção e gestão da pessoa com MO.	<p>a) Atualização da avaliação inicial realizada no acolhimento do doente ao serviço e acrescentando um tópico relacionado com os fatores de risco da MO.</p> <p>b) Realização de consultas de enfermagem de acolhimento e subsequentes à pessoa com risco de ou com MO.</p> <p>c) Aplicação de guião de colheita de dados sociodemográficos, clínicos e fatores de risco de MO e intervenções de enfermagem promotoras do conforto.</p> <p>d) Aplicação do instrumento de avaliação do estado nutricional da pessoa com risco de ou com MO (MUST).</p> <p>e) Implementação do instrumento de avaliação da MO (RTOG).</p> <p>f) Atualização do registo das intervenções de enfermagem à pessoa com risco de ou com MO, em linguagem classificada.</p>	<p><b>Humanos:</b> Enfermeira Chefe Equipa de enfermagem do serviço Professor Orientador</p> <p><b>Materiais:</b> - Documentos elaborados nos estágios anteriores Computador - Internet</p>	<p><b>Competências Específicas do Enfermeiro Especialista (OE)</b> L5 - Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem estar, conforto e qualidade de vida.</p> <p><b>Competências EONS</b> 1. Competências relacionadas com avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro 2. Competências relacionadas com informação e comunicação à pessoa com doença oncológica 3. Competências relacionadas com a pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica</p> <p><b>Competências de Mestre</b> Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde.</p>	<p>a) Atualiza a avaliação inicial do doente.</p> <p>b) ao f) Presta cuidados à pessoa com risco de ou com MO, em contexto de consulta de enfermagem em radioterapia.</p> <p>f) Usa o conhecimento para contribuir para o desenvolvimento de instrumentos que dão suporte à prática de enfermagem no âmbito dos registos das intervenções de enfermagem em linguagem classificada.</p>	<p>a) Avaliação inicial da pessoa com risco de MO atualizada até 02.02.2018.</p> <p>b) ao f) Prestação de cuidados a pelo menos 5 pessoas com risco de ou com MO, em consulta de acolhimento e subsequentes.</p> <p>f) Elaboração de um documento orientador para o registo das intervenções de enfermagem em linguagem classificada.</p>

33

## 4. Plano de Atividades

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados esperados	Indicadores de Resultados
4. Implementar no Serviço um procedimento: Intervenção de Enfermagem à Pessoa com MO, de acordo com a evidência científica mais recente	a) Elaboração de um procedimento: Intervenção de Enfermagem à Pessoa com MO, de acordo com a evidência científica mais recente. b) Validação do procedimento com a norma de atuação de enfermagem perante a MO pela Enfermeira Chefe e equipa de enfermagem.	<b>Humanos:</b> Enfermeira Chefe Equipa de enfermagem do serviço Professor Orientador  <b>Materiais:</b> - Documentos elaborados nos estágios anteriores Computador - Internet	<b>Competências Comuns Enfermeiro Especialista (OE)</b> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade <b>Competências EONS</b> 1. Competências relacionadas com avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro 2. Competências relacionadas com informação e comunicação à pessoa com doença oncológica 3. Competências relacionadas com a pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica <b>Competências de Mestre</b> Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde.	a) Elabora um procedimento: Intervenção de Enfermagem à Pessoa com MO. b) Valida o procedimento com a norma de atuação de enfermagem perante a pessoa com MO junto da Enfermeira Chefe e equipa de enfermagem.	a) Procedimento elaborado e finalizado até 09.02.2018. b) Reunião com enfermeira chefe e equipa de enfermagem e elaboração de ata.

34

## 4. Plano de Atividades

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Domínio de Competências	Resultados esperados	Indicadores de Resultados
5. Implementar estratégias de enfermagem na promoção do conforto âmbito da educação para a saúde.	a) Aplicação do Programa Educativo direcionado à pessoa com risco de ou com MO e à sua família, para a promoção do conforto, abordando a prevenção e gestão da MO.	<b>Humanos:</b> - Equipa de enfermagem do serviço - Professor Orientador  <b>Materiais:</b> - Programa Educativo	<b>Competências Comuns Enfermeiro Especialista (OE)</b> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade <b>Competências EONS</b> 1. Competências relacionadas com avaliação e intervenção de enfermagem na gestão de pessoas afetadas pelo cancro 2. Competências relacionadas com informação e comunicação à pessoa com doença oncológica 3. Competências relacionadas com a pesquisa baseada na evidência e aplicada aos cuidados à pessoa com doença oncológica <b>Competências de Mestre</b> Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde.	a) Implementa o Programa Educativo direcionado à pessoa com risco de ou com MO e à sua família.	a) Programa educacional direcionado à pessoa com risco de ou com MO e à sua família implementado até 09.02.2018.

35

## 5. Referências Bibliográficas

## 5. Referências Bibliográficas

- > Albuquerque, I; Camargo, T. (2007). Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Revista Brasileira Cancerologia*, 53 (2), 195-209.
- > British Association of Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Malnutrition Universal Screening Tool. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself/must-portugues>
- > BC Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>.
- > Circular Normativa nº 9 de 14 de Junho (2003). A Dor como 5ª Sinal Vital - Registo Sistemático da Intensidade da dor. Direção Geral da Saúde.
- > Eilers, J.; Harris, D.; Harriman, A.; Cashavelly, B.; Maxwell, V. (2008). Evidence - based Interventions for cancer treatment – related Mucositis: putting evidence into Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 1 (12), 141-152.
- > Harris, D.; Eilers, J.; Harriman, A.; Cashavelly, B.; Maxwell, C. (2008). Putting Evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (1), 141-152.
- > Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/0104-070720160002060014
- > Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5), v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202
- > Quinn, B. (2015). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. *Clinical Practice Guidelines and recommendations*. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html).
- > Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.
- > Thomson, P. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2).

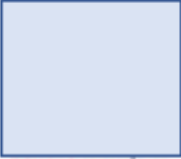
Grata pela vossa atenção!

Promoção do conforto na pessoa com  
mucosite oral devida à radioterapia:  
Intervenção de Enfermagem



**Apêndice XVII – Divulgação da sessão de formação de apresentação do projeto, realizada no dia 08.01.2018**






## IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

**SERVIÇO/UNIDADE:** Serviço de Radioterapia

**DATA:** 08.01.2018

**LOCAL:** Sala de formação do 

**POPULAÇÃO ALVO:** Equipa multidisciplinar

# TEMA

Promoção do conforto à pessoa com mucosite oral secundária à radioterapia: intervenção de enfermagem

### OBJETIVOS:

**Geral:** Apresentar o projeto e implementar no serviço, no âmbito da intervenção de enfermagem à pessoa com mucosite oral

### Específicos:

- Apresentar o problema de investigação
- Apresentar o estado de arte sobre mucosite oral induzida por RT
- Apresentar a metodologia
- Apresentar plano de atividades

### PROGRAMA:

1. Definição do tema
2. Estado de arte
3. Desenho do estudo
4. Atividades desenvolvidas
5. Plano de atividades para o 3º estágio

**FORMADOR:** Tânia Isabel Vitoriano



**Apêndice XVIII – Ecrãs da sessão de formação à equipa de enfermagem,  
realizada a 15.01.2018**





## Intervenção de Enfermagem à pessoa com risco de Mucosite Oral secundária à Radioterapia

15.01.2018

AUTOR: TÂNIA VITORIANO | SERVIÇO DE RADIOTERAPIA | ORIENTADOR: PROF. ALEXANDRA PINTO SANTOS | ESEL



### SUMÁRIO



- Enquadramento Conceptual
- Definição de Mucosite Oral
- Intervenção APEG
- Referências Bibliográficas



### ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

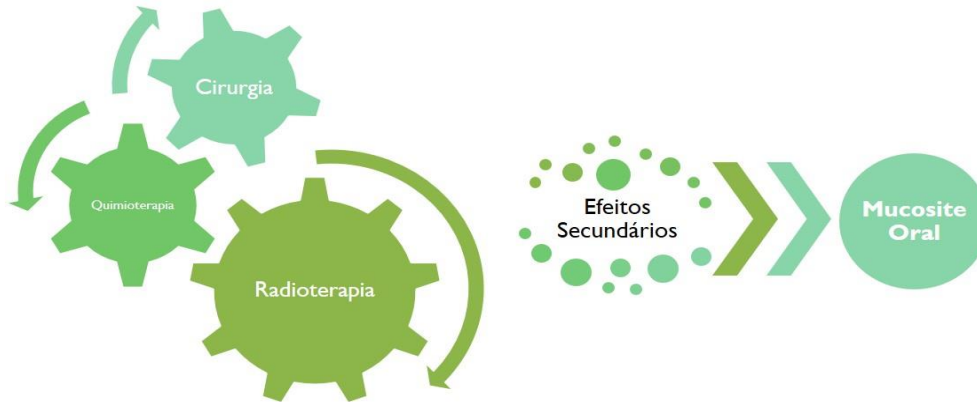
O carcinoma da cabeça e pescoço é o 6º cancro mais comum em todo o mundo e corresponde a cerca de 2.8% de todos os cancros.

O cancro oral está entre os 1º cancros mais frequentes a nível mundial e apresenta a maior taxa de mortalidade dentro das neoplasias de cabeça e pescoço.

Anualmente, há cerca de 3.000 novos casos da doença em Portugal, 85% dos quais em fumadores ou ex-fumadores, tendo por isso taxas de incidência e mortalidade das mais elevadas na Europa.

O cancro oral é mais frequente nos homens acima dos 45 anos de idade aumentando consideravelmente até aos 65 anos.

## ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



## DEFINIÇÃO DE MUCOSITE ORAL



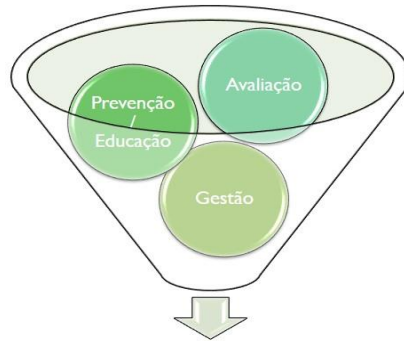
- Inflamação tóxica da mucosa oral que resulta da ação de agentes citostáticos e da radiação ionizante e caracteriza-se por eritema ou ulceração, que podem ser exacerbados por fatores locais, como infeções secundárias e trauma.
- MO é caracterizada por uma cascata de eventos, iniciada pela lesão das células submucosas da boca, levando a danos extensivos das células e tecidos subjacentes. Se a MO não for controlada, o dano e a consequente morte celular podem impedir a renovação celular e a sua cicatrização.

## DEFINIÇÃO DE MUCOSITE ORAL



- O dano da mucosa pode evoluir para uma fase ulcerativa mais severa, onde a barreira da mucosa é quebrada, podendo colocar o doente num risco aumentado de infeções na boca.
- Após a cicatrização a mucosa apresenta-se normal, contudo, apesar desta aparência, a mucosa está significativamente alterada. A pessoa apresenta, no futuro, um maior risco de desenvolver mucosite e de complicações decorrentes do tratamento antineoplásico.

## INTERVENÇÃO NO DOENTE COM RISCO DE MUCOSITE ORAL



**APEG**

Pessoa com Risco de MO

## AVALIAÇÃO



## AVALIAÇÃO

### Fatores de Risco do Doente

- Idade (crianças e idosos)
- Género feminino
- Higiene oral descuidada
- Doenças dentárias pré-existentes
- Medicação cause Xerostomia
- Desidratação
- Consumo de álcool, tabaco ou drogas
- Oxigenoterapia
- Mal nutrição

### Fatores de Risco do Tratamento

- RT de cabeça e pescoço
- QT alta dose
- QT/RT de cabeça e pescoço
- Irradiação total do corpo

## AVALIAÇÃO

Problema Mucosa Oral	Classificação Terapêutica	Medicação
Xerostomia	Anticolinérgicos	atropina, escopolamina, glicopirronio, ipatrópio, clorpromazina, olanzapina, risperidona
	Antipsicóticos	difenidramina (Benylin), dimenidrinato (Arlevet)
	Antihistamínicos	gabapentina, pregabalina
	Anticonvulsivantes	amlodipina
	Antihipertensores	pseudoefedrina
	Descongestionantes	furosemida, hidroclorotiazida
	Diuréticos	ciclobenzaprina, baclofeno
	Relaxantes Musculares Opióides	morfina, fentanilo, oxycodona
	Antidepressivos Tricíclicos	amitriptilina, imipramina, nortriptilina
	Inibidores seletivos da recaptção de serotonina	citalopram, paroxetina

### Os antineoplásicos com maior risco de provocar MO:

- antimetabolitos
  - 5-FU
  - derivados da platina
- agentes alquilantes
- anti-corpos monoclonais
  - cetuximab

## AVALIAÇÃO

### CAVIDADE ORAL

Cor	Humidade	Higiene oral	Integridade da mucosa	Perceção
<ul style="list-style-type: none"> <li>• presença de palidez ou eritema, manchas brancas anormais, áreas descoloradas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• textura alterada, brilho, diminuição da quantidade de saliva, aumento da espessura da saliva, vestígios de sangue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• presença de acumulação de detritos ou revestimento, descoloração dos dentes, mau cheiro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• presença de anormalidades da mucosa (por exemplo, cortes, fissuras, úlceras ou bolhas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• capacidade de engolir, alterações no tom de voz e fala</li> </ul>

**ENCAMINHAR PARA DENTISTA/ESTOMATOLOGIA ANTES DE INICIAR TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO**

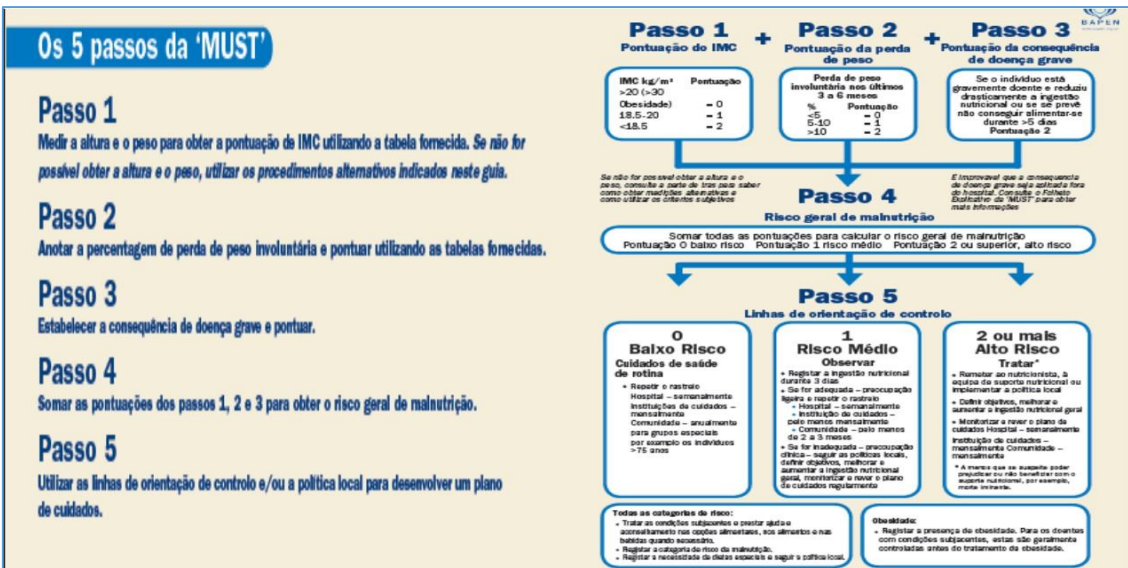
## AVALIAÇÃO

### ESTADO NUTRICIONAL

Uma boa nutrição é vital para ajudar a prevenir uma infeção, mantendo a integridade da mucosa oral, melhorar a cicatrização do tecido da mucosa ou reduzir a exacerbação de uma mucosite oral existente.

O estado nutricional da pessoa tem impacto no risco de desenvolver MO, em que a probabilidade de ocorrer MO é tanto maior quanto maior o grau de desnutrição.

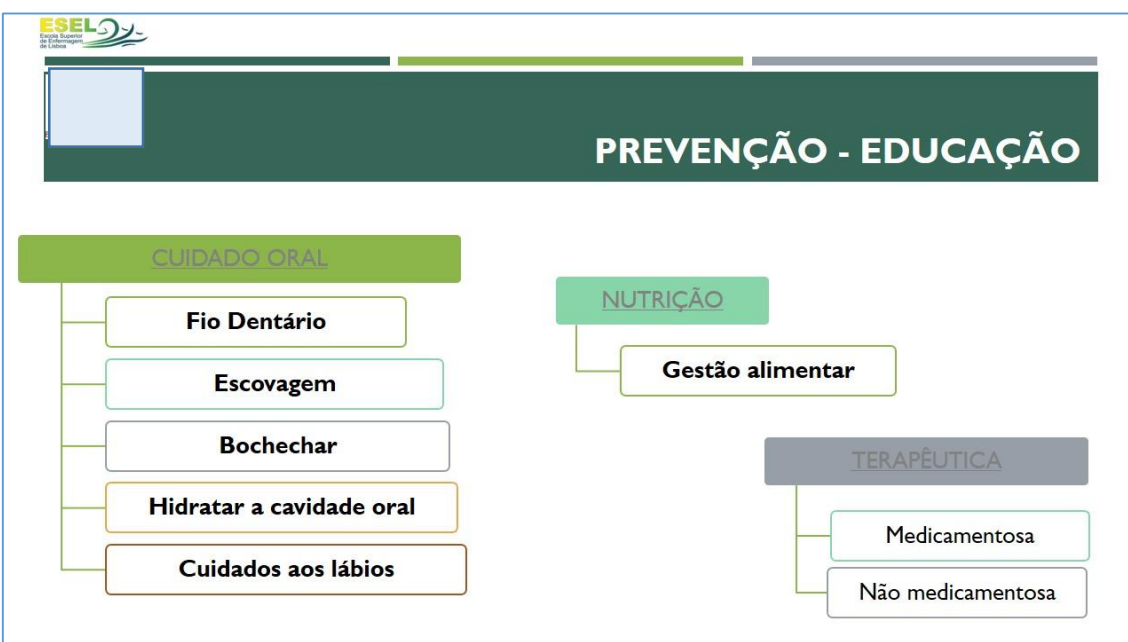
A “MUST” é uma ferramenta de rastreio que ajuda a identificar adultos com baixo peso e que, por isso, estão em risco de sofrer de malnutrição.



**ESEL** Escola Superior de Enfermagem do Porto

## AVALIAÇÃO

Baixo Risco	Risco Moderado	Risco Elevado
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pessoas sem antecedentes de problemas orais;</li> <li>▪ pessoas sem antecedentes de mucosite oral;</li> <li>▪ o tratamento antineoplásico não provoca complicações orais moderadas ou graves.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pessoas com antecedentes de problemas orais;</li> <li>▪ pessoas com antecedentes de mucosite oral, grau 2;</li> <li>▪ RT de cabeça e pescoço com dose de 40-60 Gy;</li> <li>▪ terapêutica habitual que pode provocar xerostomia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pessoas com antecedentes de problemas orais moderados a graves;</li> <li>▪ tratamento de QT de alta dose;</li> <li>▪ tratamento de RT de cabeça e pescoço (&gt;60 Gy) com ou sem QT.</li> </ul>



## CUIDADO ORAL

- Passar o fio dentário encerado pelo menos uma vez por dia.
  - Os doentes que não usam fio dentário antes do tratamento oncológico não devem começar a usar neste momento, pois destrói a barreira epitelial, visível através de sangramento gengival.
- Escovar os dentes, gengivas, bochechas e língua, pelo menos 4 vezes/dia - após as refeições e antes de dormir
- Usar uma escova suave e pasta de dentes com fluor (1000 – 1500ppm)
- Retirar próteses dentárias durante a noite e mergulhá-las numa solução de lavagem

## CUIDADO ORAL

- Iniciar bochechos (Caphosol ®) 4 vezes por dia, após cada escovagem ou uso de fio dentário.
- Mastigar pastilhas de xilitol ou rebuçados de xilitol sem açúcar, até 6 gramas por dia.
- Para manter os lábios húmidos e evitar o desenvolvimento de fissuras, usar lubrificantes solúveis em água.
  - Doentes a realizar RT, os lubrificantes à base de cera e óleo são desaconselhados.
  - Aplicar lubrificante nos lábios após cada limpeza da boca, à hora de dormir e conforme necessário.

## NUTRIÇÃO

- Ingerir alimentos à temperatura ambiente.
- Evitar alimentos que irritam a mucosa oral, como sumos de citrinos, alimentos picantes ou muito salgados, ásperos ou secos.
- Ingerir alimentos fáceis de mastigar e de engolir, em forma de purés e cremes, incluindo gelatinas.
- Cozinhar o alimento até ficar macio e suave.
- Aumentar a ingestão de líquidos, bem como o teor de líquido dos alimentos, adicionando molhos e caldos (de carne, frango, legumes, etc), ou molhos não picantes.
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em proteínas.
- Encaminhar para nutricionista caso seja necessário.

## NUTRIÇÃO

Alimentos	Proteína animal por 100 g	Energia por 100 g	Alimentos	Proteína vegetal por 100 g	Energia por 100 g
Carne de frango	32,8 g	148 calorias	Soja	12,5 g	140 calorias
Carne de vaca	26,4 g	163 calorias	Quinoa	12,0 g	335 calorias
Queijo	26 g	316 calorias	Trigo sarraceno	11,0 g	366 calorias
Salmão grelhado	23,8 g	308 calorias	Millhete	11,8 g	360 calorias
Pescada	19,2 g	109 calorias	Lentilhas	9,1 g	108 calorias
Ovo	13 g	149 calorias	Tofu	8,5 g	76 calorias
logurte	4,1 g	54 calorias	Feijão	6,6 g	91 calorias
Leite	3,3 g	47 calorias	Ervilhas	6,2 g	63 calorias
			Arroz cozido	2,5 g	127 calorias



## TERAPÊUTICA

### Recomendado

- Solução de Fosfato de Cálcio (Caphosol®) desde o início de RT, iniciando 4x/d
- Colocação de PEG (profilaxia)
- Suplementos de vitaminas do complexo B para doentes com hábitos alcoólicos acentuados (por carência deste complexo vitamínico)

### Não recomendado

- Colutórios comerciais que contêm álcool
- Clorhexidina
- Iodopovidona
- Água Oxigenada
- Sucralfate

Grau / Tecido	Mucosa	Glândula Salivar	Faringe	Laringe
<b>Grau 1</b>	- Irritação; - Pode apresentar dor, não necessitando de analgesia	- Secura leve na boca - Saliva ligeiramente espessa - Pode ter sabor ligeiramente alterado, como gosto metálico - Essas alterações não se refletem na alteração alimentar, apenas o aumento de líquidos com as refeições	- Disfagia leve ou odinofagia - Pode ser necessário analgesia tópica ou analgesia não opióide - Pode ser necessária dieta suave	- Rouquidão leve ou intermitente - Tosse sem necessidade de antitussivo - Eritema da mucosa
<b>Grau 2</b>	- Mucosite com produção de secreções sero hemáticas - Processo inflamatório - Dor moderada, necessitando de analgesia	- Moderada ou completa secura - Alterações intensas no paladar	- Moderada disfagia ou odinofagia - Pode ser necessário analgesia com opióides - Pode ser necessária dieta mole ou líquida	- Rouquidão persistente, mas capaz de vocalizar - Disfagia e odinofagia, exsudado fibroso ou edema aritenóideo leve que não necessita de analgesia com opióides - Tosse que necessita de antitussivo
<b>Grau 3</b>	- Mucosite fibrinosa - Pode existir dor severa, necessitando de analgesia com opióides	-	- Severa disfagia ou odinofagia com desidratação ou se perda de peso > 15% pré-tratamento, necessita de ENG, hidratação EV ou suplementos alimentares	- Fala em sussurro, dor de garganta ou dor de ouvido, necessitando de analgesia com opióides - Exsudado fibrinoso, acentuado edema aritenóideo
<b>Grau 4</b>	- Ulceração, hemorragia ou necrose	- Necrose aguda da glândula salivar	- Completa obstrução da faringe, ulceração, perfuração, fistula	- Dispneia, estridor ou hemoptises, podendo ser necessária traqueostomia ou entubação

## GESTÃO



Mucosite grau 1



Mucosite grau 2



Mucosite grau 3



Mucosite grau 4

## GESTÃO

### Grau 1

- Incentivar o doente a manter uma boa e regular higiene oral, pelo menos 4xd
- Aumentar frequência de bochechos com fosfato de cálcio para 6 vezes/dia.
- Educar o doente na gestão da consistência dos alimentos (dieta mole/pastosa), na escolha de alimentos calóricos e proteicos e fracionamento das refeições.
- Incentivar o doente a aumentar a ingesta hídrica (água, sumos, bebidas desportivas), exceto quando contra-indicada
- Pode ser aconselhado iniciar medicação multivitamínica

### Grau 2

- Além das intervenções para o Grau 1:
- Aumentar a sua frequência da higiene oral e dos bochechos para 2/2horas de intervalo e a cada 4 horas de noite (se acordado);
  - Iniciar solução bochechos compostos (nistantina + bicarbonato + lidocaína);
  - Recomenda-se o uso de suplementos alimentares.
  - Iniciar terapêutica analgésica, tópica ou sistémica, se necessário.

## GESTÃO

### Grau 3-4

- Além das intervenções para o Grau 2:
- Lavar a boca com compressa ou esponja em substituição da escova de dentes
  - Aumentar a frequência dos bochechos para 1-2horas de intervalo, ou conforme tolerado.
  - Manter a hidratação/lubrificação dos lábios a cada 1-2 horas
  - Educar doente na gestão dietética
  - Ingestão de líquidos com alto teor de calorias e proteínas
  - ENG se necessário.
  - Realizar analgesia com opióides para controlo da dor.

### INDICAÇÃO PARA INTERNAMENTO HOSPITALAR

- ✓ Temperatura maior ou igual a 38 °C
- ✓ Dor descontrolada
- ✓ Bolhas ou fissuras na mucosa oral

## GESTÃO



### CONTROLO DA DOR

- Anestésicos tópicos antes de escovar e antes de comer
  - lidocaína viscosa 2%, 2-5 ml
  - xilocaína viscosa 2%, 2-5 ml
- Se alérgico a lidocaína, usar diconina 0,5 ou 1% (5 ml) para bochechar e engolir

### CIALORREIA (Secreção salivar excessiva)

- Antidepressivos Tricíclicos
  - nortriptilina, a partir de uma dose baixa
  - escopolamina - pensos transdérmicos de 1,5 mg mudados a cada 72 horas

### XEROSTOMIA CRÓNICA

- A amifostina (agente citoprotector) que pode ajudar a reduzir a incidência e gravidade

## CONCLUSÕES

- A MO é o efeito agudo mais frequente e de maior morbidade em doentes oncológicos que realizam RT para cancro da cabeça e pescoço.
- A OMS refere que a incidência da MO de graus 3 e 4 é de cerca de 85% nos doentes submetidos a RT com doses de 60 – 70 Gy na região da cabeça e pescoço, contudo todas as pessoas apresentam algum grau de MO.
- A MO provoca desconforto, não só físico, como xerostomia, a dor e a ulceração da mucosa, alteração da autoimagem do rosto, mas também psico-espiritual, como angústia, perda de esperança, alteração da autoestima, e sociocultural como o isolamento.
- É conseguirmos olhar para o doente em todas as suas dimensões e contribuir para a sua recuperação, superação de obstáculos da doença e respetivos tratamentos, que se **Conforta**.
- Os projetos com intervenção visam a melhoria continua dos cuidados de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scardina, G.; Pisano, T.; Messina, P. (2010). Oral Mucositis: Review of Literature. *Dental Journal*. New York.
2. Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5),v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202
3. Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/0104-070720160002060014;
4. Kartın, P.; Tascı, S.; Soyuer, S.; Elmali, F. (2014). Effect of na oral mucositis protocol on quality of life of patients with head and neck cancer treated wit radiation therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), E118-E125.
5. Organização Mundial de Saúde (2016). Disponível em: [http:// www.who.int](http://www.who.int);
6. Filho, M.; Pires, M.; Junior, H.; Bonan, P.; lima, L. (2010). Prevalência de mucosite oral radioinduzida em um serviço de radioterapia no norte de Minas Gerais. *Revista Odontológica Brasileira Central*, 19 (50), 239-242;
7. Sonis, S. (2004). The pathobiology of mucositis. *National Rev. Cancer*, 4 (4), 277-284.;
8. Eilers, J., Million, R. (2011). Clinical Update: Prevention and Managment of Oral Mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4), e1-e16.;
9. Gondim, F. M.; Gomes, I. P.; Firmino, F. (2010). Prevenção e Tratamento da Mucosite Oral. *Revista Enfermagem*, 1 (18), 67-74.;

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

10. Araújo, S.; Luz, M.; Silva, G.; Andrade, E.; Nunes, L.; Moura, R. (2015). Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 267-274.;
11. British Association of Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Malnutrition Universal Screening Tool. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-itself/must-português>;
12. BC Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>.;
13. Circular Normativa nº 9 de 14 de Junho (2003). A Dor como 5º Sinal Vital - Registo Sistemático da Intensidade da dor. Direção Geral da Saúde.;
14. Quinn, B. (2015). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. Clinical Practice Guidelines and recommendations. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html).;
15. Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.

GRATA PELA VOSSA ATENÇÃO!



Intervenção de Enfermagem à pessoa com risco de  
Mucosite Oral secundária à Radioterapia

**Apêndice XIX** – Divulgação da sessão de formação à equipa de enfermagem,  
realizada a 15.01.2018






## IDENTIFICAÇÃO DA FORMAÇÃO

**SERVIÇO/UNIDADE:** Serviço de Radioterapia

**DATA:** 15.01.2018

**LOCAL:** Sala de formação do 

**POPULAÇÃO ALVO:** Equipa de enfermagem

# TEMA

Intervenção de enfermagem à pessoa com risco de mucosite oral secundária à radioterapia

### OBJETIVOS:

**Geral:** Aprofundar conhecimentos acerca da intervenção de enfermagem na pessoa com MO

### Específicos:

- Apresentar o estado de arte acerca da MO
- Identificar as intervenções no âmbito da avaliação, prevenção, educação e gestão da MO
- Identificar a metodologia do estudo
- Divulgar os instrumentos de avaliação e de registo elaborados

### PROGRAMA:

1. Enquadramento conceptual
2. Definição de mucosite oral
3. Intervenção APEG

**FORMADOR:** Tânia Isabel Vitoriano



**Apêndice XX – Procedimento sectorial de enfermagem**



	<b>PROCEDIMENTO SECTORIAL</b>	
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>	
SÉRIE E DATA DE EDIÇÃO	A	APROVADO PELO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

## 1. OBJECTIVO

- Uniformizar boas práticas dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia, no âmbito da avaliação, prevenção, gestão e educação.

## 2. ÂMBITO DE APLICAÇÃO

Aplica-se ao serviço de Radioterapia do [REDACTED] (EPE).

## 3. DISTRIBUIÇÃO

Publicado em Circular Informativa nº em \_\_/\_\_/\_\_

## 4. RESPONSABILIDADES

4.1 Pela implementação do procedimento: Todos os enfermeiros que exerçam funções no serviço de Radioterapia.

4.2 Pela revisão do procedimento:

Grupo de Trabalho responsável pela elaboração do presente procedimento.

## 5. DEFINIÇÕES

**Membrana Mucosa** - epitélio com células secretoras de muco, sendo o revestimento de muitas cavidades do corpo, como o trato gastrointestinal, trato respiratório e trato reprodutivo. Mucosa, rica em sangue e em vasos linfáticos, compreende um epitélio interno, uma camada média (lâmina própria) do tecido conjuntivo frouxo e uma camada externa

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>	

(*muscularis mucosae*) de células musculares lisas que separam a mucosa da submucosa (VanPutte, Regan e Russo, 2016).

**Mucosite Oral** - É definida como uma inflamação tóxica da mucosa oral que resulta da ação de agentes citostáticos e da radiação ionizante e caracteriza-se por eritema ou ulceração da mucosa da cavidade oral com formação de uma pseudomembrana, que podem ser exacerbados por fatores locais, como infeções secundárias e trauma (Volpato et al., 2007; Scardina et al., 2010; Araújo, et al., 2015; Lopes et al., 2016).

**Radioterapia** - A radioterapia é uma modalidade de tratamento que utiliza a radiação ionizante com finalidade terapêutica, nomeadamente no âmbito da doença oncológica, atuando com o objetivo de impedir a multiplicação das células malignas e/ou determinar a morte celular por apoptose. Nesse caso, pode ser utilizada de forma isolada ou associada a outras modalidades de tratamento, como a cirurgia e a quimioterapia (Hall e Giaccia, 2012).

## 6. SIGLAS E ABREVIATURAS

**AEOP** - Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

**EONS** - European Oncology Nurse Society

**ID** – Intervenção Diagnóstica

**MO** - Mucosite Oral

**PMCQCE** – Padrões para a Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

**QT** - Quimioterapia

**RT** - Radioterapia

**RTE** - Radioterapia Externa

<b>ELABORAÇÃO</b> Enf.ª Tânia Vitoriano	<b>VERIFICAÇÃO</b> Serviço de Gestão da Qualidade	<b>PRÓXIMA EDIÇÃO</b>
--	--	-----------------------

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia	

## 7. REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A.; Soares, M.; Silva, D. (2010). Oral mucositis: pathobiology, prevention and treatment. *Com. Ciências Saúde*, 21 (2), 133-138.
- Araújo, S.; Luz, M.; Silva, G.; Andrade, E.; Nunes, L.; Moura, R. (2015). Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 267-274.
- Bonan, P.; Lopes, M.; Alves, F.; Almeida O. (2005). Aspectos clínicos, biológicos, histopatológicos e tratamentos propostos para a mucosite oral induzida por radioterapia: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(3), 235-242.
- Eilers, J., Million, R. (2011). Clinical update: prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4), e1-e15.
- European Oncology Nurse Society (2005). Oral mucosites guidelines: Implementation toolkit. Section 4. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/eons>
- Melo Filho, M.; Pires, M.; Junior, H.; Bonan, P.; Ilma, L. (2010). Prevalência de mucosite oral radioinduzida em um serviço de radioterapia no norte de Minas Gerais. *Revista Odontológica Brasileira Central*, 19 (50), 239-242.
- Hall, E. J.; Giaccia, A. (2012). *Radiobiology for the radiologist*. 7nd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer - Lippincott Williams & Wilkins. 546 p.
- Karim, P.; Tasol, S.; Soyuer, S.; Elmall, F. (2014). Effect of oral mucositis protocol on quality of life of patients with head and neck cancer treated wit radiation therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), E118-E125.
- Lopes, C.; Mas, J.; Zângaro, R. (2006). Prevenção da xerostomia e da mucosite oral Induzidas por radioterapia com uso de laser de baixa potência. *Radiologia Brasileira*, 39 (2),131-136.
- Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/0104-070720160002060014
- Oliveira, C.; Lima, J.; Ribeiro, R.; Domingues, A.; Moreira, V.; Oliveira, M. (2014). Actuação da enfermagem na prevenção e controle da mucosite oral em pacientes submetidos à quimioterapia: uma revisão da literatura. *C&S – Revista Eletrônica da Fahnor*, 7 (1), 94-107
- Rosenthal, D.; Trotti, A. (2009). Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol*, 19, 29-34.
- Scardina, G.; Pisano, T.; Messina, P. (2010). Oral mucositis: review of literature. *Dental Journal*, 34-38.
- Stokman, M.; Spijkervet, F.; Boezen, H.; Schouten, J.; Roodenburg, J. (2006). Preventive Intervention possibilities in radiotherapy and chemotherapy-induced oral mucositis: results of meta-analyses. *Journal Dental Res*, 85 (8), 690-700.
- Volpato, L.; Silva, T.; Oliveira, T.; Sakai, V.; Machado, M. (2007). Mucosite bucal rádio e quimioinduzida. *Revista Brasileira Otorrinolaringologia*, 4 (73), 562-568.
- VanPutte, C.; Regan, J.; Russo, A. (2016). *Anatomia e Fisiologia de Seeley* (10ª edição). McGraw-Hill.

	<b>PROCEDIMENTO SECTORIAL</b>	
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>	

## 8. DESCRIÇÃO

A MO é um dos primeiros efeitos secundários da RT curativa em doentes com patologia oncológica de cabeça e pescoço, manifestando-se nas primeiras duas semanas de tratamento (podendo desaparecer lentamente entre duas a três semanas após o término do mesmo) e a sua prevalência é cerca de 80% a 100% dos doentes submetidos a RT (Stokman *et al.*, 2008; Rosenthal e Trotti, 2009; Kartin, Tasci, Soyuer e Elmali, 2014). Quando grave pode comprometer o tratamento antineoplásico (QT e/ou RT) planeado, conduzindo à sua interrupção parcial ou completa, e aumenta, assim, o risco de proliferação das células tumorais, resultando num impacto no controlo da doença e na sobrevivência do doente (Filho *et al.*, 2010; Albuquerque *et al.*, 2010).

A MO pode ser avaliada, conforme a sua intensidade, de acordo com a escala de toxicidade da mucosa oral, desenvolvida pelo Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) (Anexo 1)

É importante realizar uma avaliação objetiva e completa do doente, que inclua os potenciais fatores de risco, a ser realizada no início dos tratamentos de radioterapia (entre o 1º e o 3º dia de RT).

- Fatores de Risco de MO (Quinn *et al.*, 2015; BC Cancer, s.d.):

Relacionados com o Doente Oncológico	
<b>Dados Sociodemográficos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Idade (crianças e idosos são mais suscetíveis de desenvolver MO)</li> <li>▪ Mulheres, devido a fatores hormonais</li> </ul>
<b>Estilo de vida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consumo de tabaco, álcool e drogas</li> </ul>
<b>Aferições dentárias pré-existentes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Má higiene oral</li> <li>▪ Cáries, infeções dentárias, doença periodontal</li> <li>▪ Baixa produção de saliva</li> <li>▪ Próteses dentárias mal ajustadas</li> <li>▪ Aparelhos dentários fixos</li> </ul>
<b>Condições médicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sistema imunitário deficiente (por exemplo, VIH/SIDA, doentes transplantados, doentes imunodeprimidos)</li> <li>▪ Diabetes mellitus</li> <li>▪ Estado nutricional com risco de desnutrição</li> <li>▪ Deficiência de vitaminas (causam complicações orais)</li> <li>▪ Desidratação (relacionada com reduzida ingestão de líquidos, diarreia, vômito ou diáforese)</li> <li>▪ Oxigenoterapia</li> </ul>

	<b>PROCEDIMENTO SECTORIAL</b>	
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Medicação diária que pode provocar complicações orais (efeitos adversos dos fármacos, relacionado com interações medicamentosas ou uma consequência do metabolismo do fármaco) (Anexo 2)</li> <li>▪ Fatores genéticos (alguns indivíduos apresentam um potencial aumento de resistência à MO - especificidades ainda a serem identificadas)</li> </ul>
<b>Tipo de tumor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cancro da cabeça e pescoço (nomeadamente cancro oral)</li> </ul>
<b>Relacionados com o Tratamento Antineoplásico</b>	
	RT da região da cabeça e pescoço, nomeadamente campo e dose de radiação (diária e total) e fracionamento
	QT de alta dose
	Protocolo QT/RT da região da cabeça e pescoço
	História de MO resultante de tratamento antineoplásico anterior

A MO é causada por danos celulares diretos secundários à RT, que variam desde áreas eritematosas, até ulcerações expondo o doente a infeções por microorganismos oportunistas, causando xerostomia, sensação de queimadura e dor (Bonan *et al.*, 2005; Lopes *et al.*, 2006, Oliveira *et al.*, 2014; Kartin *et al.*, 2014). Estes danos comprometem a alimentação devido a disfagia e odinofagia, provocando desidratação, anorexia, perda de peso e mesmo caquexia (EONS, 2005; Eilers e Million, 2011; Oliveira *et al.*, 2014; Lopes *et al.*, 2016).

Uma boa nutrição é vital para ajudar a prevenir uma infeção, mantendo a integridade da mucosa oral, melhorar a cicatrização do tecido da mucosa ou reduzir exacerbação de uma mucosite oral existente. Assim, é importante uma avaliação nutricional (usando a ferramenta MUST) (Anexo 3) e educação individualizada acerca da melhor alimentação, de acordo com os valores e gostos do doente. Deve-se avaliar igualmente os problemas que podem afetar a nutrição como a anorexia (perda de apetite), disgeusia (alteração do paladar) e disfagia (dificuldade em deglutir).

A monitorização da eficácia das intervenções, avaliando a intensidade dos sintomas utilizando as mesmas escalas, avaliando a adesão ao tratamento, reforçando o ensino, esclarecendo dúvidas, facilitando o acesso dos doentes e famílias aos cuidados de saúde, facultando os contatos telefónicos e agendando consultas periódicas, facilitam o controlo

	<b>PROCEDIMENTO SETORIAL</b>	
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>	

sintomático.

### **8.1 Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Risco de MO**

O enfermeiro realiza Consulta de Enfermagem (procede de acordo com Procedimento Setorial "Consulta de Enfermagem no serviço de Radioterapia"), nomeadamente Consulta de Enfermagem de Primeira Vez ou Consulta Subsequente, momento onde realiza entrevista ao doente e pessoa significativa, de forma a proceder à:

1. avaliação da pessoa com risco de MO;
2. intervenção de enfermagem no âmbito da prevenção de MO;
3. e intervenção de enfermagem no âmbito da gestão de MO

tendo por base uma relação de ajuda e escuta ativa, no diálogo e expressão verbal/não verbal do doente e pessoa significativa.

#### **8.1.1 Avaliação da Pessoa com Risco de MO**

Na Consulta de Enfermagem de Primeira Vez ou Subsequente, o enfermeiro deve:

- Acolher o doente, atendendo à sua privacidade.
- Proceder à identificação inequívoca do utente, garantindo a sua segurança.
- Realizar entrevista ao doente com o intuito de avaliar:
  - fatores de risco de MO, relacionados com o doente e relacionados com o tratamento
- Avaliar estado nutricional, através da ferramenta MUST (Anexo 3)
- Avaliar a cavidade oral do doente, tendo em conta:
  - Cor - presença de palidez ou eritema, manchas brancas anormais, áreas descoloradas.
  - Humidade – textura alterada, brilho, diminuição da quantidade de saliva, aumento da espessura da saliva, vestígios de sangue.
  - Higiene oral – presença de acumulação de detritos ou vestígios alimentares, descoloração dos dentes, mau cheiro.

	<b>PROCEDIMENTO SECTORIAL</b>	
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>	

- o Integridade da mucosa - presença de anormalidades da mucosa (por exemplo, cortes, fissuras, úlceras ou inflamação da gengiva).
- o Percepção - capacidade de engolir, alterações no tom de voz e fala.

Esta observação deverá ser realizada no início do tratamento de RT para avaliação do risco individual de cada doente e posteriormente, semanalmente, em cada consulta subsequente de enfermagem.

Baixo Risco	Risco Moderado	Risco Elevado
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pessoas sem antecedentes de problemas orais;</li> <li>▪ pessoas sem antecedentes de mucosite oral;</li> <li>▪ o tratamento antineoplásico não provoca complicações orais moderadas ou graves.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pessoas com antecedentes de problemas orais;</li> <li>▪ pessoas com antecedentes de mucosite oral, grau 2;</li> <li>▪ RT de cabeça e pescoço com dose de 40-60 Gy;</li> <li>▪ terapêutica habitual que pode provocar xerostomia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pessoas com antecedentes de problemas orais moderados a graves;</li> <li>▪ tratamento de QT de alta dose;</li> <li>▪ tratamento de RT de cabeça e pescoço (&gt;60 Gy) com ou sem QT.</li> </ul>

### 8.1.2 Intervenção de Enfermagem no Âmbito da Prevenção de MO

O enfermeiro deve:

- Avaliar a capacidade do doente e/ou prestador de cuidados para a aprendizagem e o conhecimento sobre o regime terapêutico (medicamento, dieta e prevenção de complicações);
- Avaliar a adesão ao regime medicamentoso do doente;
- Realizar ensino ao doente e/ou prestador de cuidados sobre prevenção de mucosite oral, nomeadamente sobre cuidados de higiene oral, alimentação e ingestão hídrica, de acordo com o "Programa Educacional de Cuidados Oraís" (Anexo 4);
- Fornecer solução de Fosfato de Cálcio (Caphosol) prescrita para auto-administração no domicílio, conforme protocolo do serviço, juntamente com o "Guia do Medicamento do serviço de Radioterapia", devidamente preenchido;
- Realizar ensino no âmbito da terapêutica de Fosfato de Cálcio (Caphosol) prescrita:
  - o Informar sobre a sua finalidade
  - o Informar da necessidade de cumprir esquema terapêutico, dosagem e

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>	

horário.

- Instruir sobre a via de administração.
- Inculir confiança na medicação prescrita.
- Entregar o material educativo "Mucosite Oral – recomendações para o doente e cuidador" (Anexo 5)
- Monitorizar a eficácia das medidas preventivas, através de realização de consultas subsequentes, a serem realizadas semanalmente, de acordo com procedimento de serviço.
- Garantir, após cada consulta de enfermagem, disponibilidade e acessibilidade para a monitorização deste sintoma.

A intervenção do enfermeiro deve ser sistematizada de acordo com o "Algoritmo de Intervenção de Enfermagem na pessoa com risco de MO" (Anexo 6).

### 8.1.3 Intervenção de Enfermagem no Âmbito da Gestão de MO

O enfermeiro deve:

- Avaliar a presença de Mucosite Oral através da Escala de Toxicidade da RTOG (Anexo 1).
- Incluir na avaliação de MO:
  - Características da mucosa oral (hidratação, presença de lesões);
  - Presença de disfagia, disgeusia, rouquidão e/ou odinofagia;
  - Intervenções farmacológicas e não farmacológicas utilizadas, e eficácia das mesmas.
- Avaliar semanalmente peso do doente.
- Na presença de perda de peso de 3kg ou mais numa semana, reportar ao médico radio oncologista.

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia	

- Avaliar a presença de outros efeitos adversos do tratamento de RT, nomeadamente Radiodermite, através da Escala de Toxicidade RTOG.
- Na presença de Mucosite Oral, superior ou igual ao grau 2, de acordo com a Escala de RTOG, reportar ao médico radio oncologista.
- Avaliar o conhecimento do doente sobre o regime terapêutico (medicamento, dieta e prevenção de complicações);
- Avaliar a adesão ao regime medicamentoso do doente;
- Realizar ensino acerca de estratégias de conforto na gestão de MO;
- Realizar ensino ao doente e/ou cuidador sobre gestão de mucosite oral, dieta (reforço hídrico, preparação e confeção dos alimentos, dieta polifracionada, hipercalórica e hiperproteica) e prevenção de complicações, de acordo com o "Programa Educacional: Gestão de MO de acordo com o grau da RTOG" (Anexo 7);
- Administrar terapêutica prescrita pelo médico radio oncologista;
- Fornecer solução de bochechos prescrita para autoadministração no domicílio, de acordo com protocolo do serviço, juntamente com o "Guia do Medicamento do serviço de Radioterapia", devidamente preenchido;
- Reforçar ensino no âmbito da terapêutica de bochechos prescrita;
- Incentivar a leitura do material educativo "Mucosite Oral – recomendações para o doente e cuidador" (Anexo 5)
- Monitorizar a eficácia das intervenções realizadas, através de realização da próxima consulta subsequente, de acordo com o procedimento do serviço.
- Após cada consulta, garantir a disponibilidade e acessibilidade para a monitorização deste sintoma.

A intervenção do enfermeiro deve ser sistematizada de acordo com o "Algoritmo de Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de MO" (Anexo 8).

	PROCEDIMENTO SECTORIAL
	Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia

## 9. REGISTOS DE ENFERMAGEM

Foco de Atenção	Intervenção Diagnóstica	Diagnóstico Enfermagem	Intervenções de Enfermagem
Gestão Regime Terapêutico	ID Avaliar conhecimento sobre o Regime medicamentoso	Potencial para melhorar o conhecimento sobre o Regime medicamentoso  Conhecimento sobre o Regime medicamentoso	Ensinar sobre regime medicamentoso  Providencial material de leitura
	ID Avaliar conhecimento sobre o Regime dietético	Potencial para melhorar o conhecimento sobre o Regime dietético  Conhecimento sobre o Regime dietético	Ensinar sobre a dieta
Membrana mucosa	ID Avaliar membrana mucosa	Sem membrana mucosa comprometida Membrana mucosa comprometida	Avaliar membrana mucosa  ID todos os contactos
	ID Avaliar conhecimento para prevenir compromisso da membrana mucosa	Potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção do compromisso	Ensinar sobre complicações da membrana mucosa alterada – neste contato Ensinar sobre hidratação da mucosa – neste contato  ID todos os contactos

## 10. PROCESSO DE AUDITORIA

O presente procedimento tem inerente um processo de auditoria interna, a realizar pelos enfermeiros responsáveis pelo desenvolvimento do programa, designados interlocutores, como método de análise da evidência da execução dos cuidados de enfermagem descritos no procedimento relativos aos cuidados de enfermagem

A auditoria tem como objetivos: validar os instrumentos de registo; verificar o cumprimento do procedimento; planear medidas corretivas e contribuir para a melhoria da qualidade nos cuidados de enfermagem.

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia	

Como pressupostos o processo de auditoria deve ter em conta:

- A periodicidade da auditoria interna deverá ser mensal, em dias seleccionados aleatoriamente;
- As auditorias internas deverão incidir sobre 25% da lotação oficial do serviço, mas nunca em número inferior a 8, realizadas através da consulta dos registos de enfermagem;
- O plano de auditoria deve ficar arquivado no serviço;
- No processo de auditoria são utilizadas os Instrumentos de auditoria, nomeadamente a Folha de Auditoria ao Cumprimento do Procedimento Setorial (Anexo 8) e de Relatório Mensal (Anexo 9);
- Os resultados mensais, semestrais e anuais obtidos na auditoria e monitorização de indicadores são participados ao Enfermeiro da Chefia do serviço e Enfermeiro dinamizador da qualidade;
- Os resultados das auditorias e monitorização dos indicadores devem ser rigorosamente apurados mensalmente, para que sejam atempadamente corrigidos os desvios face às metas estabelecidas, devendo ser, para o efeito, introduzidas medidas de melhoria;
- O enfermeiro dinamizador da qualidade reporta os resultados das auditorias e monitorização indicadores mensais, semestrais e anuais à Enfermeira Coordenadora dos PMQCE.

### 10.1 Procedimento de Auditoria

O Enfermeiro auditor procede do seguinte modo:

1. Consulta o processo seleccionado no SClinico/ Aria, para análise dos registos, verificando se estes se encontram de acordo com as orientações do procedimento sectorial;
2. Para a auditoria referente à Taxa de Avaliação de Conformidade do Procedimento: preenche o cabeçalho da folha de auditoria (Anexo 8) identificando: nº de auditoria, nome do enfermeiro auditor e nº de processo clínico;
3. Classifica os critérios assinalando de acordo com as seguintes regras:

	PROCEDIMENTO SETORIAL	
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>	

1 – Sim: O critério está corretamente preenchido/registado;

0 – Não: O critério não está corretamente preenchido/registado;

N/A – Não aplicável: O critério de avaliação não se aplica;

4. Preenche a folha de auditoria, tendo em conta o somatório das auditorias mensais efetuadas, transcrevendo os resultados totais obtidos;
5. Arquiva informaticamente as folhas de todas as auditorias mensais e elabora o relatório de auditoria mensal (Anexo 9);
6. Participa os resultados ao enfermeiro chefe/coordenador do serviço/unidade e dinamizador da qualidade;
7. Elabora e entrega o relatório semestral (Junho) e anual (Dezembro) ao Enfermeiro Chefe do serviço.

## 10.2. Indicadores

### 10.2.1. Taxa de avaliação da conformidade do procedimento setorial -

$$\frac{\text{Nº Critérios Conformes}}{\text{Nº de Critérios Aplicáveis}} \times 100$$

### 10.2.2. Taxa de Prevalência de Membrana Mucosa Comprometida -

*Nº de casos com risco de compromisso de membrana mucosa, que desenvolveram este sintoma e tiveram pelo menos uma intervenção documentada (Avaliar membrana mucosa), num dado período*

---


$$\frac{\text{Nº de casos com risco documentado no mesmo período}}{\text{Nº de casos com risco documentado no mesmo período}} \times 100$$

	PROCEDIMENTO SETORIAL	
	Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia	

**10.2.3. Taxa de ganhos possíveis esperados de efetividade referente ao conhecimento sobre prevenção de compromisso da membrana mucosa =**

*Nº de casos com diagnóstico de "potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de compromisso da membrana mucosa", que atingiu o "conhecimento sobre prevenção de compromisso da membrana mucosa" e teve, pelo menos, uma intervenção documentada (Ensinar sobre prevenção de compromisso de MM), num dado período*

X 100

*Nº de casos com diagnóstico de potencial para melhorar o conhecimento sobre prevenção de compromisso de MM, no mesmo período*

**11. ANEXOS**

Anexo 1- Escala de Toxicidade da mucosa oral da RTOG

Anexo 2- Terapêutica que cause problemas da mucosa oral (xerostomia)

Anexo 3 – Ferramenta de avaliação do estado nutricional (MUST)

Anexo 4 - Programa Educativo de Cuidado Oral

Anexo 5 – Programa Educativo de Prevenção da MO

Anexo 6 – Material Educativo "Mucosite Oral – recomendações para o doente e cuidador"

Anexo 7 – Fluxograma de Atuação na pessoa com risco de MO

Anexo 8 - Programa Educativo da Gestão de MO

Anexo 9 - Instrumento de Auditoria à Taxa de Conformidade do Procedimento Setorial "Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia"

Anexo 10 - Relatório de Auditoria ao Registo do Procedimento Setorial "Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia"

	<b>PROCEDIMENTO SECTORIAL</b>
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>

**Anexo 1- Escala de Toxicidade da mucosa oral da RTOG**

	<b>GRAU 1</b>	<b>GRAU 2</b>	<b>GRAU 3</b>	<b>GRAU 4</b>
<b>Mucosa</b>	Irritação, pode apresentar dor, não necessitando de analgesia	Mucosite com produção de secreções sero hemáticas, processo inflamatório, dor moderada, necessitando de analgesia	Mucosite, pode incluir dor severa, requerendo opióides	Ulceração, hemorragia ou necrose
<b>Glândula Salivar</b>	Alteração no paladar, gosto metálico, consegue ingerir líquidos, apresenta boca seca	Moderada ou completa secura, alterações no paladar	-	Necrose da glândula salivar
<b>Faringe</b>	Eritema da mucosa, rouquidão média ou intermitente, tosse	Moderada disfagia, dieta líquida, pode necessitar de opióides	Severa disfagia ou odinofagia, desidratação, perda de peso > 15%, necessita de ENG e hidratação EV	Dispneia, hemoptises, pode ser necessária traqueostomia ou entubação
<b>Laringe</b>	Disfagia ou odinofagia, pode necessitar de analgesia não opióides ou analgesia tópica, dor leve	Rouquidão persistente, dor de ouvido e de garganta, exsudado, edema, não requer opióides, necessário antitússicos	Dor garganta e ouvido, exsudado e edema	Completa obstrução da faringe, ulceração, perfuração, fistula

	PROCEDIMENTO SECTORIAL
	Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia

Anexo 2- Terapêutica que cause problemas da mucosa oral (xerostomia)

## Terapêutica que provoca alterações na mucosa oral

Problema Mucosa Oral	Classificação Terapêutica	Medicação
<b>Xerostomia</b>	Anticolinérgicos	atropina, escopolamina, glicopirrónio, ipatrópio
	Antipsicóticos	clorpromazina, olanzapina, risperidona
	Anti-histamínicos	Difenidramina (Benylin), dimenidrinato (Arlevet)
	Anticonvulsivantes	gabapentina, pregabalina
	Anti hipertensores	amlodipina
	Descongestionantes	pseudoefedrina
	Diuréticos	furosemida, hidroclorotiazida
	Relaxantes Musculares	ciclobenzaprina, baclofeno
	Opióides	morfina, fentanilo, oxicodeona
	Antidepressivos Tricíclicos	amitriptilina, imipramina, nortriptilina
Inibidores seletivos da recaptção de serotonina	citalopram, paroxetina	

	<b>PROCEDIMENTO SECTORIAL</b>	
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>	

Anexo 3 – Ferramenta de avaliação do estado nutricional (MUST)

### Os 5 passos da 'MUST'

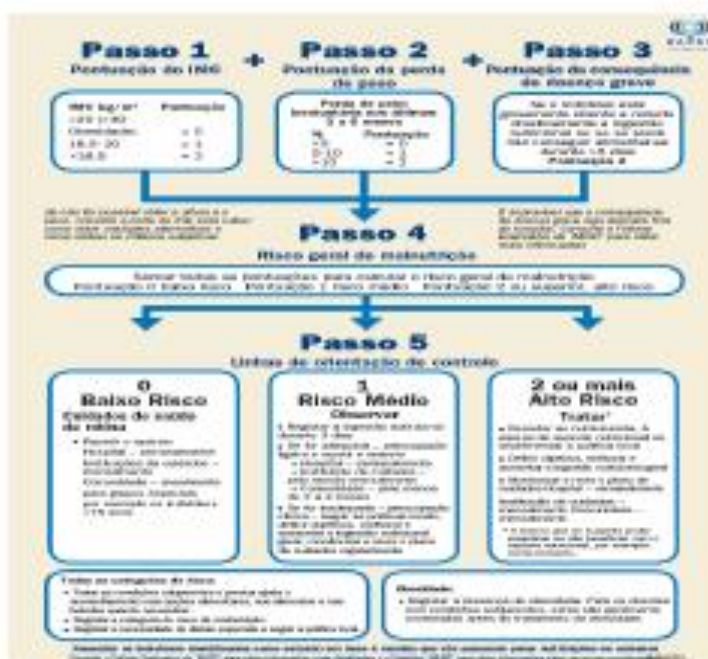
**Passo 1**  
Medir a altura e o peso para obter a pontuação de IMC utilizando a tabela fornecida. Se não for possível obter a altura e o peso, utilizar os procedimentos alternativos indicados nesta guia.

**Passo 2**  
Avaliar a percentagem de perda de peso involuntária e pontuar utilizando as tabelas fornecidas.

**Passo 3**  
Estabelecer a consequência de doença grave e pontuar.

**Passo 4**  
Somar as pontuações dos passos 1, 2 e 3 para obter o risco geral de malnutrição.

**Passo 5**  
Utilizar as linhas de orientação de controlo e/ou a política local para desenvolver um plano de cuidados.



	<b>PROCEDIMENTO SECTORIAL</b>
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>

Anexo 4 - Programa Educativo de Cuidado Oral

**PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADO ORAL**

ATITUDE	PLANO DE CUIDADO ORAL BÁSICO
	<p><b>Estratégias a base para o alívio da MO antes e durante o tratamento</b> (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100)</p> <p>1. Desenvolver uma rotina diária de higiene oral, incluindo escovar os dentes e a gengiva (quatro vezes ao dia com uma escova moça e usar enxaguatório na boca. Esta abordagem pode contribuir para a redução e, idealmente, a prevenção da MO a ser associada, comprometimento rotacional e resultados adversos relacionados com a doença:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeccionar a mucosa oral diariamente (1, 4, 5, 6)</li> <li>• Escovar as partes de baixo (por exemplo, próteses mal ajustadas, dentes fraturados)</li> <li>• Lubrificar os lábios com creme de base líquida (2)</li> <li>• Beber uma grande quantidade de líquidos para manter a boca húmida (2)</li> </ul> <p>2. Manterção do suporte nutricional adequado ao longo de todo o período da terapêutica anti-neoplásica.</p>
Usar fio Dentário	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Passar o fio dentário pelo menos uma vez por dia. (1, 2, 3, 4)</li> <li>• O fio dentário encardado pode ser mais fácil de usar e minimizar o traumatismo na gengiva. (5, 6)</li> <li>• Se o fio dentário causar hemorragia nas gengivas, e não parar após 2 minutos, a sua utilização deve ser descontinuado. (5, 6, 7)</li> <li>• Os doentes que não usam fio dentário antes do tratamento oncológico não devem começar a usar neste momento, pois danifica a barreira epitelial, vias de acesso de sangramento gengival. (5, 6, 7)</li> <li>• Doentes com cancro localizado na boca podem não ser capazes de usar fio dentário. (8, 9)</li> </ul>
Escovar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar uma escova de dentes com ponta arredondada, de cerdas pequenas e suaves, para reduzir o risco de hemorragia. Substituir a escova de dentes mensalmente ou quando as cerdas não estiverem diretas. (1, 4, 5)</li> <li>• Molhar a escova de dentes com água quente para suavizar a escova antes de usar. (5, 6)</li> <li>• Usar uma pasta de dentes sem flúor (entre 1.350 e 1.500ppm de flúor). (1, 3, 4)</li> <li>• Escovar após as refeições, num intervalo de 30 minutos, e antes de dormir. Certificar-se que a porção gengival do dente e sulco periodontal esteja incluída (a escovagem não é indicada na área de envolvimento tumoral). (2, 3, 4, 5)</li> <li>• Escovar a língua suavemente de trás para frente. (11)</li> <li>• Lavar a escova de dentes com água quente depois de usar e deixar secar ao ar. (11, 15, 16)</li> <li>• Substituir a escova de dentes por dedeira ou esponja oral (de uso único), se necessário. (1, 2, 3)</li> </ul> <p><b>Dentaduras/Próteses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Remover dentadura/prótese antes de realizar cuidados à boca. (1, 2, 3, 4, 5)</li> <li>• Escovar e lavar a dentadura/prótese após as refeições e antes de dormir. (1, 2, 3, 4, 5)</li> <li>• Retirar a dentadura/prótese durante a noite (pelo menos 8 horas) e colocar numa solução para lavagem. (5, 6)</li> </ul>
Bochechar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar bochechos ao levantar e, pelo menos 4 vezes por dia, após cada travessia ou uso de fio dentário e conforme necessário, durante 7-1 minuto, com água salgada (1 colher de chá de sal para um copo de água), uma solução suave (1 colher de chá de sal + 1 colher de chá de bicarbonato de sódio para 4 copos de água), ou solução bucal sem álcool. (1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10)</li> </ul> <p><b>Dentaduras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Após a remoção da dentadura/prótese, bochechar a boca com solução de bochecho água salgada / solução suave. (1, 2, 3, 4, 5)</li> </ul> <p><b>Não Recomendado</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colutórios bucais comerciais com base hidroalcoólica ou propriedades adstringentes não são recomendados. (1, 2, 3, 4, 5, 6)</li> <li>• O desbridamento de tecido da mucosa oral só deve ser realizado se o tecido estiver solto e se for absolutamente necessário, podendo causar engorgamento. (6)</li> </ul>
Hidratar a Cavidade Oral	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar bochechos da cavidade oral com água ajuda a manter a humidade na boca, remove os restos de alimentos e pasta de dentes remanescentes, reduz a acumulação de placa bacteriana e previne a infeção. (1, 10)</li> <li>• Hidratar a boca com saliva artificial ou outros lubrificantes solúveis em água para uso dentro da boca. (6)</li> <li>• Aplicar lubrificante após cada lavagem, à hora de dormir e conforme necessário. (6)</li> <li>• O lubrificante à base de água precisa ser aplicado com mais frequência ao longo do dia. (6)</li> <li>• Bochechar frequentemente a cavidade oral com solução de bochecho suave, conforme necessário. (5, 6)</li> <li>• Mastigar pastilhas de xilitol ou rebuçados de xilitol, até 6 gramas por dia. (10)</li> </ul>
Cuidados aos lábios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para manter os lábios húmidos e evitar o desenvolvimento de fissuras, usar lubrificantes solúveis em água (os lubrificantes à base de cera, óleo e petróleo são desaconselhados no tratamento de Radioterapia). (1, 2, 3, 4, 5)</li> <li>• Aplicar lubrificante nos lábios após cada limpeza da boca, à hora de dormir e conforme necessário. (6)</li> </ul>
Nutrição	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingerir alimentos normais ou à temperatura ambiente. (6)</li> <li>• Evitar alimentos que irritam a mucosa oral como os salmões de citrinos, alimentos picantes ou muito salgados, ácidos e doces. (6)</li> <li>• Consumir os alimentos até ficarem mornos e suaves e ingerir alimentos moles de manga e melão, em forma de puré e cremes. (6)</li> <li>• Ingerir alimentos ricos em proteínas, como carne, peixe, leguminosas, gelatinas. (6)</li> <li>• Ingerir alimentos ricos em calorias, como leite condensado, chocolate em pó, iogurte, mel. (6)</li> <li>• Aumentar a ingestão de líquidos adicionando cubos de carne, peixe, legumes ou molhos não picantes. (6)</li> <li>• Consultar para nutrição caso seja necessário. (6)</li> </ul>

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia	

#### Referências Bibliográficas

1. Thomson, R (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2).
2. Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/0104-070720160002060014
3. Quins, B. (2015). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. *Clinical Practice Guidelines and Recommendations*. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recommendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recommendations.html).
4. Albuquerque, I; Camargo, T. (2007). Prevenção e tratamento da mucosite oral induzida por radioterapia: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Oncologia*, 53 (2), 195-209.
5. Harris, D.; Eilers, J.; Harriman, A.; Cashavally, B.; Maxwell, C. (2008). Putting evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (1), 141-152.
6. Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bentadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5), v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202
7. Eilers, J.; Harris, D.; Henry, K.; Johnson, L. (2014). Evidence - based interventions for cancer treatment – related mucositis: putting evidence into practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), 80-96.
8. British Columbia Cancer Agency. (s.d.) Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancerbc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>.
9. Quins, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.

	<b>PROCEDIMENTO SECTORIAL</b>
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>

Anexo 5 – Programa Educativo de Prevenção da MO

**PROGRAMA EDUCATIVO DE PREVENÇÃO DA MO**

	Intervenções de Enfermagem Independentes	Intervenções de Enfermagem Dependentes
<b>Baixo Risco</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Educar e incentivar o doente para a auto-vigilância da mucosa oral. <sup>(2)</sup></li> <li>▪ Educar e incentivar o doente para o auto-relato de quaisquer mudanças orais. <sup>(2,3)</sup></li> <li>▪ Correção da avaliação da cavidade oral realizada pelo doente. <sup>(2)</sup></li> <li>▪ Boa e regular higiene oral: <sup>(1,2,3)</sup> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ escovar os dentes com uma escova de dentes suave, após as refeições e antes de dormir;</li> <li>▪ usar pasta de dentes com alto teor de flúor (entre 1350 e 1500 ppm);</li> <li>▪ realizar bochechos após a escovagem, para remover quaisquer detritos alimentares e pasta de dentes remanescente (bochechos com cloreto de sódio a 0,9% / água salgada - 1 colher de chá para 1 copo de água);</li> </ul> </li> <li>▪ Retirar dentadura/prótese durante a noite, mergulhando-a numa solução de lavagem. <sup>(1,2,3)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Incentivar e apoiar a cessação do tabagismo, se necessário com apoio de médico. <sup>(1,3,4)</sup></li> <li>▪ Incentivar a redução de ingestão de álcool, se necessário com apoio de médico. <sup>(1,3,4)</sup></li> <li>▪ Intervenção nutricional antes do início da terapêutica, incluindo apoio nutricional para detetar possível desnutrição. <sup>(1,3,4)</sup></li> </ul>
<b>Médio Risco</b>	<p style="text-align: center;"><b>Além das intervenções de baixo risco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acompanhamento adicional para quaisquer mudanças iniciais na cavidade oral (encaminhamento para dentista). <sup>(1,2)</sup></li> <li>▪ Aumentar a frequência de bochechos com cloreto sódio 0,9% / água salgada. <sup>(1,2,3,4)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Considerar a utilização de colutórios orais (Caphosol®, Tantum Verde®), desde o primeiro dia de radioterapia da região de cabeça e pescoço de acordo com prescrição médica. <sup>(1,2,3,4)</sup></li> <li>▪ Considerar a utilização de protetores de mucosa oral, de acordo com prescrição médica. <sup>(1,2,3,4)</sup></li> </ul>
<b>Médio Risco</b>	<p style="text-align: center;"><b>Além das intervenções de médio risco</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Avaliar e acompanhar o estado nutricional do doente. <sup>(1,2,3)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Utilizar técnica de IMRT em doentes com tumor de cabeça e pescoço (para minimizar complicações orais). <sup>(1,2,3,4)</sup></li> <li>▪ Colocação de PEG profilática. <sup>(1,2,3)</sup></li> <li>▪ Considerar a utilização de suplementos de vitamina B em doentes alcoólicos. <sup>(1,3)</sup></li> </ul>

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>	



### Referências Bibliográficas:

1. British Columbia Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>.
2. Quinn, B. (2015). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. Clinical practice guidelines and recommendations. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html).
3. Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.
4. Harris, D.; Eilers, J.; Harriman, A.; Cashavelly, B.; Maxwell, C. (2008). Putting Evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (1), 141-152.

	<b>PROCEDIMENTO SECTORIAL</b>
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>

**Anexo 6 – Material Educativo “Mucosite Oral – recomendações para o doente e cuidador”**

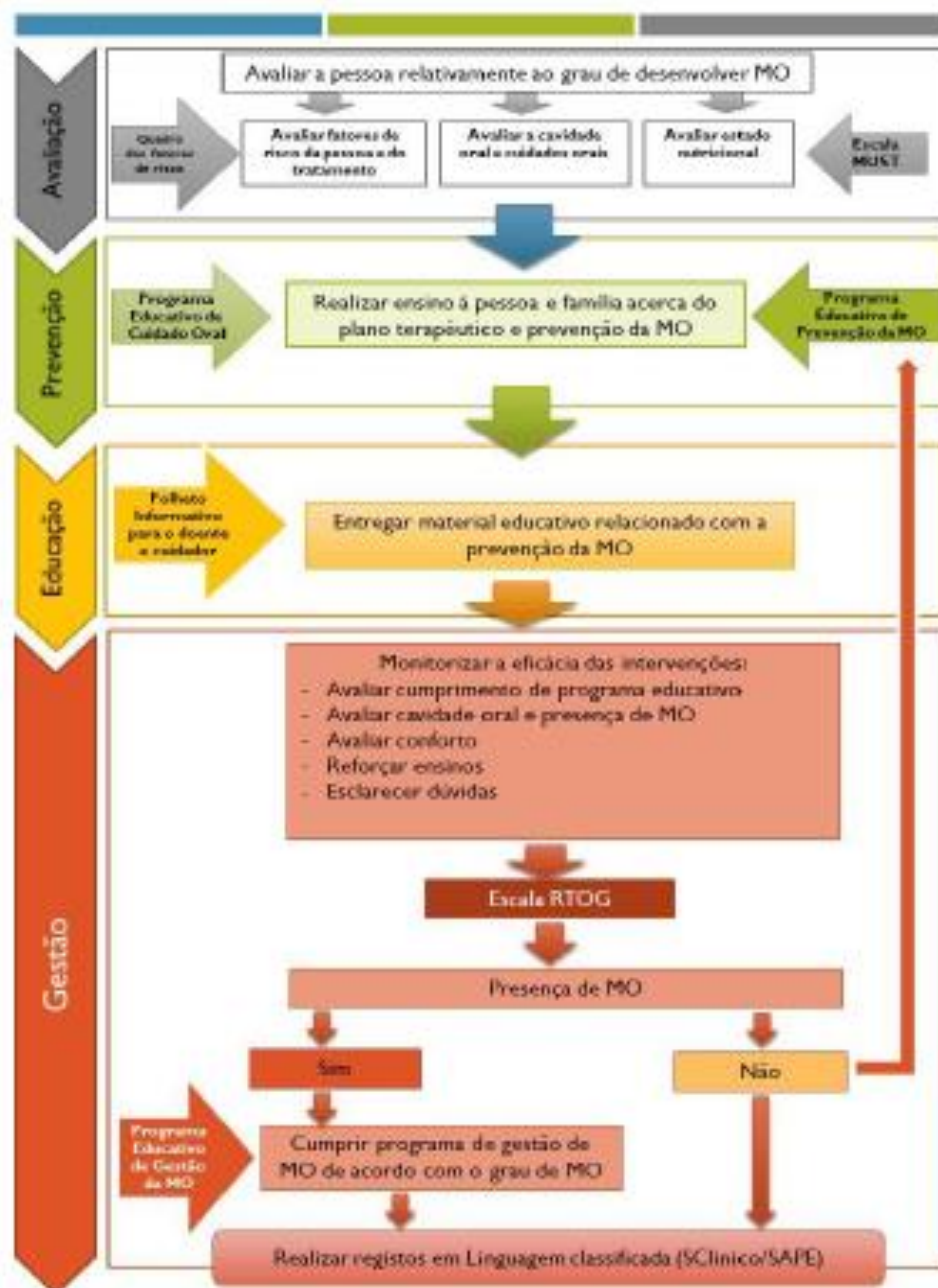
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Conter as alterações até fechores nas do e usar o regime alimentar de suporte e ingerir na forma de puré e cremes<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Ingerir alimentos moles em pequenas, mas várias, porções, leguminosas, polvos<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Ingerir alimentos ricos em cálcio, como leite condensado, chocolate em pó, iogurte natural<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Aumentar a ingestão de líquidos utilizando talheres (de carne, porcelana) ou colher não plástica<sup>(1)</sup>.</li> </ul> <div style="text-align: center;">  </div> <p><b>Outras Precauções</b></p> <p>Para manter a sua boca saudável e limpa, recomenda-se também que seja evitada a ingestão de alimentos como fumar e ingerir bebidas alcoólicas<sup>(1)</sup>.</p> <p>Se houver de apoio na criação tabélica ou atáxica, não tenha apêto de se ou médico ou enfermeiro<sup>(1)</sup>.</p> <p><b>O que fazer quando a Mucosite está instalada?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ É muito importante observar a sua boca diariamente para identificar alguma alteração e caso caso possível e contactar a enfermeira ou médico<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Aumentar a frequência dos cuidados de higiene oral e fundamental para evitar infecções, mantendo a boca limpa<sup>(1)</sup>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Se necessário, pedir suporte à utilização de compressas ou sprays oral para limpeza dos dentes e boca<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Aplicar lubrificante nos lábios, recomendado pela enfermeira ou médico<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Alterar a consistência dos alimentos, apertado por papa, puré, cremes e pastas, mantendo a ingestão de proteínas<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Ingerir bebidas de fruta e vegetais, com suplemento vitamínico<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Mastigar a ingestão de água ou líquidos é importante para preservar a boca hidratada<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Pode sempre relaxado ou usar parafitas, sem aplicar o corcho para evitar a boca seca<sup>(1)</sup>.</li> </ul> <p><b>Em caso de dor ou de dor, peça apoio ao seu Médico ou Enfermeiro e siga as indicações e recomendações.</b></p> <div style="text-align: center;"> <p>Nome da Instituição</p> <p>Unidade</p> <p>Serviço de Radioterapia</p> <p>Teléfono</p> <p>Fax</p> <p>E-mail: _____@nrvn.pt</p> <p>www: _____nrvn.pt</p> </div>	<div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;"><b>Mucosite Oral</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Recomendações para o Doente e Cuidador</b></p>
--	---	--

<p><b>O que é a Mucosite Oral?</b></p> <p>É uma inflamação da mucosa da boca e garganta, resultante da ação de agentes oxidantes (quimioterapia) ou de radiação ionizante (radioterapia) e caracteriza-se por vermelhidão ou ulceração da mucosa da cavidade oral, com a formação de uma pseudomembrana (semelhante a uma crosta) que pode ser sustentada por fatores locais, como infecções secundárias (bactérias, fungos) e trauma (por exemplo, próteses dentárias mal ajustadas). Pode causar dor, dificuldade a falar e comer.</p> <p><b>O que causa a Mucosite Oral?</b></p> <p>A mucosite oral é um dos efeitos secundários da radioterapia na zona da cabeça, face e pescoço, manifestando-se após as primeiras duas sessões de tratamento, podendo desaparecer lentamente entre duas a três semanas depois do fim do tratamento. É também um dos efeitos secundários de alguns tratamentos de quimioterapia<sup>(1)</sup>.</p> <p><b>Como prevenir a Mucosite Oral?</b></p> <p>Uma boa e regular Higiene Oral é a principal medida de prevenção de mucosite oral, assim como alguns cuidados com a Alimentação<sup>(1)</sup>.</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p><b>Cuidados de Higiene Oral</b></p> <p><b>Escovar os Dentes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Usar uma escova de dentes com ponta arredondada e de cerdas suaves e com o eixo de orientação. Substituir a escova de dentes regularmente ou quando as cerdas não estiverem deitas<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Usar uma pasta de dentes suave e com fluor (entre 120 e 150ppm de fluor)<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Molhar a escova de dentes com água quente para evitar a evaporação de calor<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Escovar os dentes após as refeições e antes de dormir<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Escovar não só os dentes, como também a parte interna das bochechas, gengivas e língua<sup>(1)</sup> (ver figura)</li> </ul> <div style="text-align: center;">  </div> <p><b>Enxaguar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Remover detritados/próteses antes de realizar os cuidados à boca<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Escovar e lavar a dentadura/prótese após as refeições/antes de dormir<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Remover a dentadura/prótese durante a noite pelo menos 8 horas) e colocar numa solução para limpeza<sup>(1)</sup>.</li> </ul>	<p><b>Bolchejar a Boca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Realizar bolchejos ao levantar e, pelo menos 4 vezes por dia, após cada escovagem ou uso de fio dentário e conforme necessário durante o dia. E ingerir, com uma solução de bolchejos recomendada pelo seu médico ou enfermeiro<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Cuidados</li> </ul> <p>Após a remoção da dentadura/prótese, bolchejar a boca com solução de bolchejos recomendada<sup>(1)</sup>.</p> <p><b>Cuidados aos Lábios</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aplicar lubrificante nos lábios à base de água após cada limpeza da boca, à hora de dormir e sempre que necessário<sup>(1)</sup>.</li> </ul> <p><b>Hidratar a Boca</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Hidratar a boca com água, soro fisiológico ou outros lubrificantes solúveis em água para uso dentro da boca, recomendado pela enfermeira ou médico<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Mastigar parafitas de xilitol ou dispor rebuçados de xilitol, 4 a 6 vezes por dia<sup>(1)</sup>.</li> </ul> <p><b>Cuidados com a Alimentação</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ingerir alimentos moles ou à temperatura ambiente<sup>(1)</sup>.</li> <li>▶ Evitar alimentos que irritam a mucosa oral como os picos de cítricos, alimentos picantes ou muito salgados, apertos e secos<sup>(1)</sup>.</li> </ul>
--	--	--

	PROCEDIMENTO SECTORIAL
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>

Anexo 7 – Fluxograma de atuação na pessoa com risco de MO

**FLUXOGRAMA DE ATUAÇÃO NA PESSOA COM RISCO DE MUCOSITE ORAL**



	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia	

Anexo 8 - Programa Educativo de Gestão da MO

PROGRAMA EDUCATIVO DE GESTÃO DA MUCOSITE ORAL

ESCALA RTOG		GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 4
		<p>Índice</p> <p>0 pontos</p> <p>1 ponto</p> <p>2 pontos</p>	<p>Índice</p> <p>3 pontos</p> <p>4 pontos</p> <p>5 pontos</p>	<p>Índice</p> <p>6 pontos</p> <p>7 pontos</p> <p>8 pontos</p>	<p>Índice</p> <p>9 pontos</p> <p>10 pontos</p>
INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS	Índice	Irritação, pode apresentar dor, são necessários de analgesia	Mucosite com produção de secreções sero hemáticas, processo inflamatório, dor moderada, necessidade de analgesia	Mucosite, pode incluir dor severa, requerido opóides	Ulceração, hemorragia ou necrose
	0 pontos	Alteração no paladar, gosto metálico, comêgese ligeira líquida, apresentação uma	Moderada ou completa secura, alterações no paladar		Necrose de glândulas salivares
INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS	1 ponto	Eritema de mucosa, ressequido evêto ou intermitente, tosse	Moderada diágnia, dieta líquida, pode necessitar de opóides	Severa diágnia de odinofagia, desidratação, perda de peso > 15%, necessita de O2G e ventilação EV	Disparea, hemoptico, pode ser necessária traqueostomia ou intubação
	2 pontos	Diágnia de odinofagia, pode necessitar de analgesia não opóides ou analgesia tópica, dor leve	Rouquidão persistente, dor de ouvido e de garganta, exsudado, edema, são requer opóides, necessário antibióticos	Dor garganta e ouvido, exsudado e edema	Comprometimento da função, alteração, perfuração, fistula
INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS	3 pontos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoiar e incentivar o doente a manter as condições higieine oral (1.1.1)</li> <li>Apoiar e incentivar a aumentar a frequência dos bochechos (1.1.1)</li> <li>Incentivar o doente a retirar dentaduras caso causem desconforto ou traumatismo (1.1)</li> <li>Educar o doente a gerir a consistência dos alimentos de acordo com a tolerância (dieta mole/alimentação) (1.1.1)</li> <li>Educar o doente na escolha de alimentos ricos em proteínas e calorias (1)</li> <li>Educar o doente no fracassoamento das refeições (a-B refeições/bochechos diários) (1)</li> <li>Incentivar o doente a aumentar a ingestão líquida (água, sumos, bebidas desportivas), exceto quando contra-indicada (1.1.1)</li> </ul>	<p><b>Além dos cuidados de grau 1</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir o doente a escovar os dentes três vezes ao dia com escova de dente de conforto ou suavemente (1)</li> <li>Incluir o doente a lavar as dentaduras com solução ou gaze salina após o uso doloroso a escovar com a solução de dente (1.1)</li> <li>Incentivar o doente a aumentar a frequência dos bochechos para 1-2 horas de intervalo e a cada 4 horas durante a noite (se acordado) (1)</li> <li>Incentivar o doente a retirar dentaduras até a MO estar resolvida (1.1)</li> <li>Educar o doente na gestão da dor (1.1)</li> <li>Educar o doente na gestão de analgesia (1.1.1)</li> <li>Educar o doente na gestão medicamentosa (1.1.1)</li> </ul>	<p><b>Além dos cuidados de grau 3</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Educar o doente a manter condições orais frequentes com lavagem oral com solução bochechos a cada 1-2 horas (ou conforme tolerado) (1)</li> <li>Educar o doente a não usar escovagem no dente ou dentaduras até a MO estar resolvida (1)</li> <li>Incentivar o doente a aplicar lubrificante à base de água nos lábios a cada 1-2 horas (1)</li> <li>Educar doente na gestão de dente (1.1)</li> <li>Incentivar doente a ingerir líquidos com alto teor de calorias e proteínas (1)</li> <li>Realizar BPO se necessário (1)</li> <li>Encaminhar doente para médico para possível internamento (1.1)</li> </ul>	
	4 pontos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar bochechos com solução de salina, incluindo 4ml (1)</li> <li>ou</li> <li>Realizar bochechos com benzidrina 0.15% (trastarid) (1)</li> <li>Pode ser aconselhado incluir medicação anti-parasítica, de acordo com prescrição médica (1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Recomenda-se o uso de suplementos alimentares, de acordo com prescrição médica. Em caso de presença de infecção, iniciar terapêutica adequada (1.1)</li> <li>Aumentar frequência dos bochechos com solução de salina (1)</li> <li>Aplicar anestésico tópico para controlo da dor (1.1.1)</li> <li>Em caso de presença de dor intensa, iniciar analgesia com opóides, de acordo com prescrição médica (1.1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar frequência dos bochechos com solução de salina (1)</li> <li>Analgesia com opóides para controlo da dor, de acordo com prescrição médica (1.1.1)</li> <li>Realizar bochechos com solução de corticoide 0.1% (1.1.1)</li> <li>Em caso de presença de infecção, iniciar terapêutica adequada, de acordo com prescrição médica (1.1)</li> <li>Em caso de presença de febre, incluir antipiréticos adequados, de acordo com prescrição médica (1)</li> </ul>	

	PROCEDIMENTO SECTORIAL	
	Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia	

#### Referências Bibliográficas:

1. Thomson, P. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2).
2. Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi:10.1590/0104-070720160002060014
3. Quinn, B. (2015a). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. Clinical Practice Guidelines and recommendations. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recomendations.html).
4. Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5), v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202
5. British Columbia Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.5%20Oral%20Mucositis.pdf>.
6. Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleaven, J.; ... Campbell, P. (2015b). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>.
7. Lalla, R.; Sonis, S.; Bowes, J.; Barash, A.; Elting, L.; ... Peterson, D. (2014). MASCC/ESMO Clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*, 15, 1453-1461. Doi:10.1002/encr.28592

	<b>PROCEDIMENTO SECTORIAL</b>
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>

Anexo 9 - Instrumento de Auditoria à Taxa de Conformidade do Procedimento Sectorial "Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia"

**Instrumento de auditoria à taxa de conformidade do procedimento sectorial:**  
**"Intervenção de enfermagem na pessoa com risco de mucosite oral Induzida por Radioterapia"**

Instrumento de Auditoria à Taxa de Conformidade do Procedimento Sectorial "Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia"						
Serviço	Radioterapia			Processo n.º		
Auditoria N.º	Data da Auditoria		Data de Consulta	Auditor	Auditado	
Cód.	Critérios	Valor	Sim	Não	Não Aplicável	
A	Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Risco de MUCOSITE					
A1	Avaliação da cavidade oral	1				
A2	Se mucosite oral presente, avaliar intensidade com a Escala de toxicidade da RTQO	1				
A3	Ensinar sobre prevenção da mucosite oral (Programa)	1				
A4	Folheto informativo entregue	1				
B	PROCESSO DE ENFERMAGEM-FORMULAÇÃO DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMAGEM E PLANEAMENTO DAS INTERVENÇÕES					
B1	Diagnóstico: membrana mucosa	1				
B2	Pelo menos 1 intervenção Ensinar (cuidados orais, alimentação ou toma de medicação)	1				
B3	Intervenção: validar conhecimentos	1				
<b>TOTAL</b>		100%				
Observações:						
1 – Sim: O critério está corretamente preenchido/registado; 0 – Não: O critério não está corretamente preenchido/registado; N/A – Não aplicável: O critério de avaliação não se aplica;						

	PROCEDIMENTO SETORIAL
	<b>Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia</b>

Anexo 10 - Relatório de Auditoria ao Registo do Procedimento Setorial "Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral Induzida por Radioterapia"

## Relatório de Auditoria ao Procedimento Setorial "Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite Oral induzida por Radioterapia"

Ano _____			
MÊS	Indicador 1: Taxa de avaliação da conformidade do procedimento setorial "Intervenção de Enfermagem na Pessoa com risco de Mucosite oral Induzida por Radioterapia"	Indicador 2: Taxa de Prevalência de Compromisso de Membrana Mucosa (mucosite oral)	Indicador 3: Taxa de ganhos possíveis esperados de efetividade referente ao conhecimento sobre prevenção de Compromisso de Membrana Mucosa (mucosite oral)
JANEIRO			
FEVEREIRO			
MARÇO			
ABRIL			
MAIO			
JUNHO			
JULHO			
AGOSTO			
SETEMBRO			
OUTUBRO			
NOVEMBRO			
DEZEMBRO			
Média			

**Apêndice XXI – Guião de colheita de dados – atualização de registos**



<b>GUIÃO I</b>  <b>(D1 - D3)</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO</b>  1. N.º Guião: _____
--	---

2.Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA**

3.Sexo:  Masculino <sup>1</sup>  
 Feminino <sup>2</sup>

4.Idade: \_\_\_\_\_ anos

5.Estado Civil:  Solteiro (a) <sup>1</sup>  
 Casado (a) ou vive maritalmente <sup>2</sup>  
 Viúvo (a) <sup>3</sup>  
 Divorciado (a) <sup>4</sup>

6.Escolaridade:  Nenhuma <sup>1</sup>  
 1º Ciclo <sup>2</sup>  
 2º Ciclo <sup>3</sup>  
 3º Ciclo <sup>4</sup>  
 Secundário <sup>5</sup>  
 Superior <sup>6</sup>  
 Outro <sup>7</sup>

7.Profissão:  Estudante <sup>1</sup>  
 Doméstica <sup>2</sup>  
 Empregado <sup>3</sup>  
 Desempregado <sup>4</sup>  
 Reformado <sup>5</sup>  
 Outro <sup>6</sup> \_\_\_\_\_

8.Dificuldades económicas:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Quais? \_\_\_\_\_

9.Cuidador (Pessoa Significativa):  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup>

Grau de Parentesco:  Esposa (o) <sup>a</sup>  
 Mãe / Pai <sup>b</sup>  
 Irmã(o) <sup>c</sup>  
 Outro <sup>d</sup>

10.Antecedentes familiares de neoplasia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Quem: \_\_\_\_\_ <sup>a</sup>  
Tipo de Neoplasia \_\_\_\_\_ <sup>b</sup>

11. Terapêutica domicílio que provoca xerostomia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Qual?: \_\_\_\_\_ <sup>a</sup>

### SITUAÇÃO ATUAL DE DOENÇA

12. Localização do Tumor:  Cavidade Oral <sup>1</sup>  
 Faringe: <sup>2</sup>  
 Nasofaringe <sup>a</sup>  Orofaringe <sup>b</sup>  
 Laringe <sup>3</sup>  
 Glândulas salivares: <sup>4</sup>  
 Parótida <sup>a</sup>  Submandibular <sup>b</sup>  
 Sublingual <sup>c</sup>  Salivares Menores <sup>d</sup>
13. Já realizou anteriormente tratamentos de Radioterapia  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>  
Local da Irradiação <sup>a</sup>: \_\_\_\_\_
14. Já realizou anteriormente tratamentos de Quimioterapia  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
15. Tipo de Tratamento no presente:  RT adjuvante <sup>1</sup>  
 RT neoadjuvante <sup>2</sup>  
 RT/QT <sup>3</sup>  
 RT/QT neoadjuvante <sup>4</sup>
16. Técnica de Tratamento de RT:  3D-CRT <sup>1</sup>  
 IMRT <sup>2</sup>
17. Prescrição de Radioterapia: \_\_\_\_\_ (Gy) / \_\_\_\_\_ (nº de sessões de RT)
18. Prescrição de Quimioterapia: \_\_\_\_\_ (Protocolo)
19. Oxigenoterapia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> \_\_\_\_\_ l/mín.  Óculos Nasais <sup>a</sup>  
 Máscara Facial <sup>b</sup>  
 VNI <sup>c</sup>
20. Traqueostomia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
21. Hábitos tabágicos:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
22. Foi encaminhado para dentista/ estomatologia antes do início dos tratamentos:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

### ESTADO NUTRICIONAL

23. Estado de nutrição (aplicar Escala de MUST): Score \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ cm Peso \_\_\_\_\_ Kg

24. Regime alimentar:  Sem restrições<sup>1</sup>  
 Com restrições<sup>2</sup>  Dieta Mole<sup>a</sup> Motivo: \_\_\_\_\_  
 Dieta Líquida<sup>b</sup>
25. Tipo de alimentos ou bebidas que evita:  Alimentos sólidos<sup>1</sup>  
 Alimentos moles<sup>2</sup>  
 Alimentos líquidos<sup>3</sup>  
 Alimentos ácidos<sup>4</sup>  
 Alimentos condimentados<sup>5</sup>  
 Bebidas gaseificadas<sup>6</sup>  
 Bebidas alcoólicas<sup>7</sup>
26. Hábitos alcoólicos:  Não<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup> Consumo diário: \_\_\_\_\_
27. Disfagia:  Não<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup>  sólidos<sup>a</sup>  líquidos<sup>b</sup>
28. Anorexia:  Não<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup>
29. Entubação Nasogástrica:  Não<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup>
30. PEG:  Não<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup>
31. Apresenta dentição:  Completa  
 Incompleta  
 Sem dentição
32. Próteses dentárias:  Não<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup> Está ajustada:  Sim<sup>a</sup>  
 Não<sup>b</sup>
33. Apresenta lesões na boca:  Não<sup>1</sup>  
 Sim<sup>2</sup> Quais:  Cáries Dentárias<sup>a</sup>  
 Aftas<sup>b</sup>  
 Gengivite<sup>c</sup>  
 Alterações salivares<sup>d</sup>  
 Infecções Dentárias pré-existent<sup>e</sup>

#### HIGIENE ORAL

34. Costuma lavar a boca:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

35. Frequência da escovagem a boca:  1 vez dia <sup>1</sup>  
 2-3 vezes dia <sup>2</sup>  
 4 vezes dia <sup>3</sup>  
 mais de 4 vezes dia <sup>4</sup>

36. Que produtos usa:  Escova <sup>1</sup>  
 Pasta de Dentes <sup>2</sup>  
 Fio Dentário <sup>3</sup>  
 Só água <sup>4</sup>  
 Desinfetante Oral. <sup>5</sup> Qual: \_\_\_\_\_

37. Como faz a lavagem:  Escova menos de 1 minuto <sup>1</sup>  
 Escova durante 1 minuto - 1 minuto e meio <sup>2</sup>  
 Escova durante 2 minutos ou mais <sup>3</sup>  
 Bochechos com água <sup>4</sup>  
 Bochechos com outros produtos <sup>5</sup> Quais: \_\_\_\_\_

38. Que zonas da boca lava:  Dentes <sup>1</sup>  
 Gengivas <sup>2</sup>  
 Língua <sup>3</sup>  
 Palato (céu da boca) <sup>4</sup>  
 Parte interna das bochechas <sup>5</sup>

39. Cuidados que tem com a escova de dentes depois de utilizar:  
 Lava-a <sup>1</sup>  
 Seca-a <sup>2</sup>  
 Desinfeta-a. <sup>3</sup> Produto: \_\_\_\_\_

40. Lubrifica/hidrata os lábios:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Produto: \_\_\_\_\_

#### RISCO DE MUCOSITE ORAL

41. Avaliação Risco MO (Questões n.º 3, 4, 8, 11-23; 26; 33-39):  
 Baixo Risco <sup>1</sup>  
 Risco moderado <sup>2</sup>  
 Risco elevado <sup>3</sup>

Baixo Risco	Risco Moderado	Risco Elevado
peessoas sem antecedentes de problemas orais; pessoas sem antecedentes de mucosite oral; o tratamento antineoplásico não provoca complicações orais moderadas ou graves.	peessoas com antecedentes de problemas orais; pessoas com antecedentes de mucosite oral, grau 2; o tratamento provoca mucosite oral (RT de cabeça e pescoço com dose de 40-60 Gy); terapêutica habitual que pode provocar xerostomia.	peessoas com antecedentes de problemas orais moderados a graves; tratamento de QT de alta dose; tratamento de RT de cabeça e pescoço (>60 Gy) com ou sem QT.

### AVALIAÇÃO DO CONFORTO

42. Tendo em consideração a sua situação de saúde e a realização dos tratamentos de Radioterapia, quão desconfortável você está agora? \_\_\_\_\_

(Avalie o seu desconforto total de 0 a 10, sendo 0 sem desconforto e 10 o maior desconforto possível)

Pior desconforto Possível



Sem desconforto

**GUIÃO II**  
**2º Momento**  
 \_\_\_º Dia (\_\_\_ Gy)

1. Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

2. Estado de nutrição (aplicar Escala de MUST): Score \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ cm Peso \_\_ Kg

3. Perda de peso:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Desde a 1ª avaliação: \_\_\_\_ Kg

4. Necessitou de fazer alterações alimentares:  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup>  Dieta Mole <sup>a</sup>  
 Dieta líquida <sup>b</sup>

5. Necessidade de colocar SNG:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

**AVALIAÇÃO CAVIDADE ORAL**

6. Mucosite Oral:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

7. Grau de Mucosite Oral (Escala RTOG):  
 Grau 1 <sup>1</sup>  
 Grau 2 <sup>2</sup>  
 Grau 3 <sup>3</sup>  
 Grau 4 <sup>4</sup>

1	2	3	4
Reação aguda da mucosa, pode experimentar dor não necessitando de analgesia	Mucosite com produção de secreção serosanguinolenta, processo inflamatório, dor moderada necessitando de narcóticos	Mucosite, pode incluir dor severa requerendo narcóticos	Úlceração, hemorragia ou necrose
Reação aguda da glândula salivar, alteração no paladar, gosto metálico, consegue ingerir líquidos, ressecamento da boca	Moderado ou completo ressecamento, alterações no paladar	-	Necrose da glândula salivar
Reação aguda da faringe, disfagia ou odinofagia, pode necessitar de analgésico não narcótico ou anestésico tópico, dor leve	Moderada disfagia, dieta líquida, pode necessitar de narcóticos	Severa disfagia ou odinofagia, desidratação, perda de peso > 15%, necessita de sonda nasoentérica e hidratação endovenosa	Completa obstrução, ulceração, perfuração, fistula
Reação aguda da laringe, eritema da mucosa, rouquidão média ou intermitente, tosse	Rouquidão persistente, dor de ouvido e garganta, exsudato, edema, não requer narcóticos, antitussígenos necessários	Dor de garganta e ouvido, exsudato confluyente e edema	Dispnéia, hemoptise, pode ser necessária traqueostomia ou intubação

Fonte: Albuquerque et al, 2007

8. Próteses dentárias mantêm-se ajustadas:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

#### HIGIENE ORAL

9. Cumpriu programa de Cuidados Oraís conversado na 1ª consulta de enfermagem:  
 Sim <sup>1</sup>  
 Não <sup>2</sup>

10. Tem realizado auto-vigilância da cavidade oral desde que iniciou RT?:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

11. Aumentou a frequência da escovagem da boca:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

12. Frequência da escovagem a boca:  1 vez dia <sup>1</sup>  
 2-3 vezes dia <sup>2</sup>  
 4 vezes dia <sup>3</sup>  
 mais de 4 vezes dia <sup>4</sup>

13. Aumentou a frequência dos bochechos:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

14. Frequência dos bochechos:  1 vez dia <sup>1</sup>  
 2-3 vezes dia <sup>2</sup>  
 4 vezes dia <sup>3</sup>  
 mais de 4 vezes dia <sup>4</sup>

15. Lubrifica/hidrata os lábios:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

16. Necessidade de usar saliva artificial:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

17. Apresenta Dor:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Intensidade da Dor (EN): \_\_\_\_

18. Analgesia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>  Não opióides <sup>a</sup> Qual? (nome, dose, via, freq.) \_\_\_\_\_  
 Opióides <sup>b</sup> Qual? (nome, dose, via, freq.) \_\_\_\_\_

## INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

19. Educar acerca:  alimentação<sup>1</sup>  
 cuidados orais<sup>2</sup>  
 ingestão hídrica<sup>3</sup>  
 gestão medicamentosa<sup>4</sup>  
 controlo da dor<sup>5</sup>
20. Instruir acerca:  Higiene oral<sup>1</sup>  
 Escovagem da boca<sup>2</sup>  
 Bochechar<sup>3</sup>  
 Cuidados com traqueostomia<sup>4</sup>
21. Executar:  Administração de terapêutica<sup>1</sup>  
 Cuidados à traqueostomia<sup>2</sup>  
 Higiene brônquica<sup>3</sup>  
 Apoio emocional<sup>4</sup>  
 Escuta ativa<sup>5</sup>  
 Outro<sup>6</sup>
22. Articulação com outro profissional de saúde:  Médico<sup>1</sup>  
 Nutricionista<sup>2</sup>  
 Psicólogo<sup>3</sup>  
 Terapeuta de radioterapia<sup>4</sup>  
 Outro<sup>5</sup>

## CONFORTO

23. Qual a intervenção de enfermagem que resulta melhor para si para se sentir confortável?
- Ensinos sobre cuidados orais<sup>1</sup>  
 Ensinos sobre adequação da alimentação<sup>2</sup>  
 Ensinos sobre estratégias de gestão da MO<sup>3</sup>  
 Toque<sup>4</sup>  
 Escuta ativa<sup>5</sup>  
 Apoio emocional<sup>6</sup>  
 Outro<sup>7</sup> Qual: \_\_\_\_\_
24. Em casa, qual a estratégia que lhe promove maior conforto?
- |  |   |
|--|---|
| a) <u>Contexto Físico</u>  | b) <u>Contexto Psico-Espiritual</u>                         |
| <input type="checkbox"/> Escovagem da boca <sup>1</sup>          | <input type="checkbox"/> Fé <sup>1</sup>                    |
| <input type="checkbox"/> Bochechos <sup>2</sup>                  | <input type="checkbox"/> Apoio familiar/amigos <sup>2</sup> |
| <input type="checkbox"/> Hidratar/lubrificar lábios <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Auto-estima <sup>3</sup>           |
| <input type="checkbox"/> Saliva artificial <sup>4</sup>          | <input type="checkbox"/> Sentir-se seguro(a) <sup>4</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Analgesia <sup>5</sup>                  | <input type="checkbox"/> Confiança <sup>5</sup>             |
| <input type="checkbox"/> Outro <sup>6</sup>                      | <input type="checkbox"/> Outro <sup>6</sup>                 |

c) Contexto Ambiental

- Conforto da casa <sup>1</sup>
- A cama/sofá <sup>2</sup>
- A vista da sua casa/quarto <sup>3</sup>
- Outros <sup>4</sup>

d) Contexto Socio-Cultural

- Estar com a família/amigos <sup>1</sup>
- Práticas religiosas <sup>2</sup>
- Passear <sup>3</sup>
- Outro <sup>4</sup>

25. Tendo em consideração a sua situação de saúde e a realização dos tratamentos de Radioterapia, quão desconfortável você está agora? \_\_\_\_\_

(Avalie o seu desconforto total de 0 a 10, sendo 0 sem desconforto e 10 o maior desconforto possível)

Pior desconforto Possível



Sem desconforto



**Apêndice XXII – Pedido de autorização à Comissão de Ética**



Tânia Isabel Espadinha de Matos Vitoriano

Exmo. Sr. Presidente do Conselho de Administração do

Conforme solicitado pela Comissão de Ética, após ter sido enviado um pedido de autorização formal para o desenvolvimento do projeto de intervenção “Promoção do conforto da pessoa com mucosite oral devida à radioterapia: intervenção de enfermagem”, envio **Protocolo de Investigação** ao qual foram anexados os seguintes documentos:

- ✓ Instrumentos de colheita de dados do 1º, 2º e 3º momentos
- ✓ Escala MUST (avaliação do risco de malnutrição)
- ✓ Escala de avaliação da toxicidade da mucosa oral da RTOG
- ✓ Escala EN (escala numérica de avaliação da dor)
- ✓ Avaliação do conforto
- ✓ Compromisso ético
- ✓ Declaração de consentimento informado

Envio também como solicitado:

- ✓ Curriculum Vitae
- ✓ Documento comprovativo do orientador

Agradeço desde já a atenção dispensada a este pedido de autorização.

---

Barreiro, 5 de Janeiro de 2018



Tânia Isabel Espadinha de Matos Vitoriano, enfermeira a exercer funções no serviço de radioterapia, atualmente a frequentar o 8º Curso de Mestrado na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, solicito a vossa Excelência o tratamento dos dados colhidos à população oncológica com patologia de cabeça e pescoço a realizar radioterapia externa. A colheita dos dados será realizada presencialmente a cada pessoa, com o seu consentimento e conhecimento dos fins do estudo e em consulta de enfermagem, sem recurso à utilização do processo clínico, no período entre janeiro e outubro de 2018.

O estudo intitula-se “Promoção do conforto da pessoa com mucosite oral secundária à radioterapia: intervenção de enfermagem” e tem por finalidade a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados pela equipa de enfermagem do serviço de radioterapia à pessoa em risco ou com mucosite oral secundária ao tratamento de radioterapia, promovendo o seu conforto durante o período de maior risco de surgimento deste efeito adverso.

Este estudo tem como metodologia a realização de colheita de dados relativos a dados sociodemográficos, do estado de saúde atual da pessoa, fatores de risco de mucosite oral e avaliação do conforto. Os dados serão colhidos em três momentos: 1º momento entre o D1 e D3 de radioterapia; 2º momento entre D10 e D12 de radioterapia; 3º momento entre D20 e D22 de radioterapia, com recurso a um guião de colheita de dados e a utilização da escala MUST para avaliação do estado nutricional e a escala visual numérica da dor /normalizada pela DGS) para avaliação da dor. Os dados colhidos serão introduzidos numa base de dados em programa Excel para obtenção de resultados numéricos.

O que se pretende é a autorização para a publicação dos dados obtidos nestas consultas de enfermagem que se referem a informação em saúde de utentes desta Instituição.



Apêndice 1 - Protocolo do Projeto de Investigação  
(Pedido de autorização à Comissão de Ética)



# **Protocolo de Projeto de Intervenção sobre “Promoção do conforto da pessoa com mucosite oral devida à radioterapia: Intervenção de Enfermagem”**

## **Definição do Problema**

A MO é referida por alguns autores (Cacelli e Rapoport, 2009; Murphy et al, 2009; Scardina, Pisano e Messina, 2010; Peterson, Boers-Doets, Bensadoun e Herrstedt, 2015; Lopes et al, 2016) como o efeito agudo mais frequente e de maior morbidade em doentes oncológicos que realizam tratamento de radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia. É definida como sendo uma inflamação tóxica da mucosa oral que resulta da ação de agentes citostáticos e da radiação ionizante e caracteriza-se por eritema ou ulceração, que podem ser exacerbados por fatores locais, como infecções secundárias e trauma (Araújo, et al, 2015; AEOP, 2017).

A MO é um fator dose-limitante para a RT na região da cabeça e pescoço. Quando o campo de irradiação compreende as glândulas salivares e a mucosa oral, o risco de desenvolver mucosite está aumentado (AEOP, 2017), devido ao facto de as células da mucosa oral, da laringe e faringe terem alta atividade mitótica e serem, por isso, mais sensíveis à radiação ionizante do que as células com baixo *turnover*, pois a radiação não consegue distinguir as células neoplásicas das sãs (Thomson, 2010; Kasat, 2010).

A MO é um dos primeiros efeitos secundários da RT curativa em doentes com patologia oncológica de cabeça e pescoço, manifestando-se nas primeiras duas semanas de tratamento (podendo desaparecer lentamente entre duas a três semanas após o término do mesmo) e a sua prevalência é cerca de 80% a 100% dos doentes submetidos a RT (Stokman *et al.*, 2006; Rosenthal e Trotti, 2009; Kartin, Tasci, Soyuer e Elmali, 2014). Quando, grave pode comprometer o tratamento antineoplásico (QT e/ou RT) planeado, conduzindo à sua interrupção parcial ou completa, e aumenta, assim, o risco de proliferação das células tumorais, com impacto no controlo da doença e na sobrevida do doente (Melo Filho *et al.*, 2010; Albuquerque *et al*, 2010).

De acordo com a AEOP (2017), a Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a incidência da MO de graus 3 e 4 é de cerca de 85% nos doentes

submetidos a RT (60-70 Gy) na região da cabeça e pescoço, contudo todos os doentes apresentam algum grau de mucosite.

A MO é causada por danos celulares diretos secundários à RT, que variam desde áreas eritematosas, até ulcerações expondo o doente a infeções por microorganismos oportunistas, causando xerostomia, sensação de queimadura e dor (Bonan *et al.*, 2005; Lopes *et al.*, 2006, Oliveira *et al.*, 2014; Kartin, Tasci, Soyuer e Elmali, 2014). Estes danos comprometem a alimentação devido a disfagia e odinofagia, provocando desidratação, anorexia, perda de peso e mesmo caquexia (EONS, 2005; Eilers e Million, 2011; Oliveira *et al.*, 2014; Lopes *et al.*, 2016). Influenciam também a higiene oral e a comunicação o que resulta em isolamento social e risco de depressão (Cacelli *et al.*, 2009; Filho *et al.*, 2010; Oliveira *et al.*, 2014; Araújo, *et al.*, 2015).

A enfermagem tem capacidade para avaliar as pessoas e implementar programas de administração de meios preventivos e terapêuticos na mucosite (Gondim, Gomes e Firmino, 2010), podendo contribuir substancialmente para a melhoria do conforto dos doentes seriamente abalados por aspetos, não só físicos, como a xerostomia, a dor ou a impossibilidade de comunicar e se alimentar, como também psico-espirituais, socioculturais e ambientais (Bonan, Lopes, Alves e Almeida, 2005; Lopes *et al.*, 2006; Gondim, Gomes e Firmino, 2010; Eiles e Million, 2011).

No ano de 2016, realizaram, tratamento de radioterapia, no serviço de radioterapia desta instituição, 1199 doentes oncológicos, tendo 82 doentes com cancro de cabeça e pescoço, o que revela uma prevalência de 15%, e destes, 61% (50 doentes) estavam a realizar QT concomitantemente. Contudo, não foi possível recolher dados relativamente à prevalência de mucosite oral nestes doentes, pois não existe uma escala de toxicidade oral implementada no serviço, nem um procedimento padronizado e sistematizado para as intervenções de enfermagem ao doente oncológico com mucosite oral. Os cuidados de enfermagem são organizados e sistematizados, com a realização de consultas semanais de enfermagem, para avaliação, educação preventiva e de controlo deste e outros sintomas. No entanto, a equipa de enfermagem refere a necessidade de um procedimento de atuação no doente com mucosite oral.

A concretização deste projeto permitirá desenvolver um programa de qualidade de cuidados de enfermagem, nomeadamente para a avaliação,

prevenção, educação e controlo destes efeitos, levando à promoção do conforto do doente submetido a radioterapia.

### **Questão de Investigação**

Qual é a distribuição da frequência e graus da mucosite oral secundária ao tratamento de radioterapia, combinada ou não com a quimioterapia, nos doentes com cancro da cabeça e pescoço?

Que intervenções são identificadas por estes doentes como lhes melhorando o conforto?

### **Objetivos:**

- Identificar a prevalência e incidência dos vários graus de mucosite oral dos doentes com cancro da cabeça e pescoço em tratamento de radioterapia combinado ou não com quimioterapia.

- Identificar as intervenções que melhoram o conforto dos doentes com cancro da cabeça e pescoço em tratamento de radioterapia combinado ou não com quimioterapia.

## **PLANEAMENTO DO PROJETO**

Desenho do trabalho é descritivo-exploratório e prospetivo.

### **Procedimentos para a Seleção da Amostra**

**População** – doentes adultos (idade  $\geq 18$  anos) com doença oncológica da cabeça e pescoço em tratamento curativo de RT em ambulatório, com ou sem QT

**Amostra** – não probabilística, de conveniência.

A seleção dos sujeitos obedece aos seguintes critérios:

- sem alteração cerebral orgânica ou psiquiátrica que comprometa a capacidade de compreender e comunicar respostas.

### **Procedimentos para a colheita de dados**

- O procedimento envolve uma colheita de dados realizada em três momentos pelo mesmo enfermeiro:

- o primeiro momento é entre o 1º dia e o 3º dia de radioterapia;
- o segundo momento é entre o 10º dia e o 12º dia de radioterapia;
- o terceiro momento é entre o 20º dia e o 22º dia de radioterapia.

- Aos primeiros 30 sujeitos que estiverem **presentes** na consulta de enfermagem de 1º vez é aplicado o Guião I + escala MUST + escala EN seguido do “Programa Educacional de Cuidado Oral”.

- Aos 20 Gy de irradiação (entre 10º e 12º dia de RT) é realizada consulta de enfermagem para avaliação aos mesmos sujeitos com Guião II + escala MUST+ escala EN e, se presença de mucosite oral é avaliado grau de toxicidade com escala RTOG e feito reforço do “Programa Educacional de Cuidado Oral” e “Gestão da Mucosite oral”.

- Aos 40 Gy de irradiação (entre 20º e 22º dia de RT) realiza-se consulta de enfermagem para avaliação aos mesmos sujeitos com Guião II + escala MUST+ escala EN e, se presença de mucosite oral é avaliado grau de toxicidade com escala RTOG e feito reforço do “Programa Educacional de Cuidado Oral” e “Gestão da Mucosite oral”.

Estes mesmos dados serão registados em notas de enfermagem realizadas em programa Aria, pois fazem parte do registo de avaliação e educação associado aos cuidados de enfermagem destas consultas.

### **Aspetos éticos da colheita de dados**

- Será acautelada a **privacidade** fazendo a colheita de dados em gabinete de consulta onde estarão presentes enfermeira, sujeito, mais acompanhante se este autorizar.

- Será acautelada a **confidencialidade** dos dados ao manter o anonimato das pessoas através de um código numérico atribuído a cada sujeito que é do conhecimento exclusivo do investigador.

- Foi respeitada a **auto-determinação** através da obtenção do consentimento informado antes da consulta de enfermagem de 1ª vez. O esclarecimento dado foi sobre a natureza do projeto e dos procedimentos e tempo utilizados nos mesmos.

- Foi respeitado o princípio da **beneficência** informando o doente do direito a recusar participar ou a interromper a sua participação sem tal ter implicações no atendimento ou tratamento da doença, sobre os riscos e benefícios, que são sobreponíveis aos da própria intervenção clínica esperada fazer-se numa consulta de enfermagem. Para garantir a liberdade do doente para dar o consentimento, a obtenção do mesmo terá de acentuar essa liberdade de poder dizer sim ou não e deixar claro que no caso de recusa o direito ao cuidado será garantido. Para a assinatura utilizou-se o modelo em uso na instituição.

### **Referências Bibliográficas**

- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (Coor.) (2017). Linha de consenso: mucosite oral em radioterapia. Porto: Associação de Enfermagem Oncológica portuguesa.
- Albuquerque, A.; Soares, M.; Silva, D. (2010). Oral mucositis: pathobiology, prevention and treatment. *Com. Ciências Saúde*, 21 (2), 133-138.
- Araújo, S.; Luz, M.; Silva, G.; Andrade, E.; Nunes, L.; Moura, R. (2015). Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 267-274.
- Bonan, P.; Lopes, M.; Alves, F.; Almeida O. (2005). Aspectos clínicos, biológicos, histopatológicos e tratamentos propostos para a mucosite oral induzida por radioterapia: revisão da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51(3), 235-242.
- Cacelli EM, Pereira ML, Rapoport A. (2009). Avaliação da mucosite e xerostomia como complicações do tratamento de radioterapia no cancer de boca e orofaringe. *Revista Brasileira Cirurgia Cabeça Pescoço*, 38 (2), 80-83.
- Eilers, J., Million, R. (2011). Clinical Update: Prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4), e1-e16.

- European Oncology Nurse Society (2005). Oral mucosites guidelines: Implementation toolkit. Section 4. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/eons>
- Melo Filho, M.; Pires, M.; Junior, H.; Bonan, P.; Lima, L. (2010). Prevalência de mucosite oral radioinduzida em um serviço de radioterapia no norte de Minas Gerais. *Revista Odontológica Brasileira Central*, 19 (50), 239-242.
- Gondim, F. M.; Gomes, I. P.; Firmino, F. (2010). Prevenção e tratamento da mucosite oral. *Revista Enfermagem*, 1 (18), 67-74.
- Kartin, P.; Tasci, S.; Soyuer, S.; Elmali, F. (2014). Effect of an oral mucositis protocol on quality of life of patients with head and neck cancer treated with radiation therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), E118-E125.
- Kasat, V. (2010). Radiotherapy: an update. *Journal of Indian Academy of Oral Medicine and Radiology*, 22(4), S26-S30.
- Lopes, C.; Mas, J.; Zângaro, R. (2006). Prevenção da xerostomia e da mucosite oral induzidas por radioterapia com uso de laser de baixa potência. *Radiologia Brasileira*, 39 (2), 131-136.
- Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/0104-070720160002060014
- Murphy, B.; Beaumont, J.; Isitt, J.; Garden, A.; Gwede, C. ... cella, D. (2009). Mucositis – related morbidity and resource utilization in head and neck cancer patients receiving radiation therapy with or without chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38 (4), 522-532.
- Oliveira, C.; Lima, J.; Ribeiro, R.; Domingues, A.; Moreira, V.; Oliveira, M. (2014). Atuação da Enfermagem na prevenção e controle da Mucosite oral em pacientes submetidos à quimioterapia: uma revisão da literatura. *C&S – Revista Eletrônica da Fainor*, 7 (1), 94-107
- Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO clinical practice

guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5),v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202

Rosenthal, D.; Trotti, A. (2009). Strategies for managing radiation-induced mucositis in head and neck cancer. *Semin Radiat Oncol*, 19, 29-34.

Scardina, G.; Pisano, T.; Messina, P. (2010). Oral mucositis: review of literature. *Dental Journal*, 76 (1), 34-38.

Stokman, M.; Spijkervet, F.; Boezen, H.; Schouten, J.; Roodenburg, J. (2006). Preventive Intervention Possibilities in Radiotherapy and Chemotherapy-induced Oral Mucositis: Results of Meta-analyses. *Journal Dental Res*, 85 (8), 690-700.

Thomson, P. (2010). General medicine and surgery for dental practitioners. Part 6 – cancer, radiotherapy and chemotherapy. *British Dental Journal*, 209 (2), 65-68.



Apêndice 2 – Compromisso Ético  
(Pedido de autorização à Comissão de Ética)



## COMPROMISSO ÉTICO

---

**Título do projeto de intervenção:** “Promoção do conforto da pessoa com mucosite oral devida à radioterapia: Intervenção de Enfermagem”

**Pessoas responsáveis pelo projeto:** Tânia Isabel Espadinha de Matos Vitoriano e Maria Alexandra Pinto Santos da Costa (orientadora)

1. Considero-me obrigada a conhecer e a respeitar os Direitos Humanos.
2. Considero-me obrigada a cumprir os princípios éticos nacionais e internacionais, nomeadamente a “Declaração de Genebra” (2002), a “Declaração de Helsínquia” e emendas (2008) e a “Convenção de Oviedo” (1997).
3. Em todas as minhas ações mantereirei a atitude ética que a moral exige e cumprirei a legislação em vigor.
4. Não me desviarei sem notificação prévia dos procedimentos expostos no projeto que contundam com os princípios éticos assumidos.
5. Considero-me obrigada a esclarecer individualmente cada participante do estudo sobre a finalidade do mesmo e sobre os procedimentos a que estará sujeito.
6. Considero-me obrigada a não utilizar procedimentos que lesem a integridade moral e física dos participantes e tomarei em linha de conta a relação entre a possível utilidade dos resultados e o conjunto dos procedimentos executados.
7. Evitarei todos os procedimentos desnecessários ou que se preveja que sejam inconsequentes.
8. Não usarei dados nem resultados que ponham em risco o bom nome ou a integridade dos participantes.

---

*(Assinatura do responsável pelo projeto)*

---

*(data)*



Apêndice 3 – Consentimento Informado, livre e esclarecido  
(Pedido de autorização à Comissão de Ética)



## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

---

Eu, \_\_\_\_\_,  
reconheço que os procedimentos de investigação me foram explicados e que todas as minhas questões foram esclarecidas de forma satisfatória. Compreendo igualmente que a participação no estudo não acarreta qualquer tipo de vantagens e/ou desvantagens potenciais.

Fui informado(a) que tenho o direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo não terá consequências para mim. Compreendo que tenho o direito de colocar agora e durante o desenvolvimento do estudo, qualquer questão relacionada com o mesmo. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, abandonar o estudo sem ter de fornecer qualquer explicação.

Li (ou alguém leu para mim) o presente documento e estou consciente do que esperar quanto à minha participação no projeto “Promoção do conforto da pessoa com mucosite oral devida à radioterapia: Intervenção de Enfermagem”. Assim, aceito voluntariamente participar neste projeto.

---

*(Assinatura do participante)*

---

*(data)*

Os aspetos mais importantes deste estudo foram explicados ao participante ou ao seu representante, antes de solicitar a sua assinatura. Uma cópia deste documento ser-lhe-á fornecida.

---

*(Assinatura do responsável pelo projeto)*

---

*(data)*



Apêndice 4 – Declaração do Orientador  
(Pedido de autorização à Comissão de Ética)



**8º MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**Área de Especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica**

**Área específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica**

**DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO DE ORIENTAÇÃO**

Para os devidos efeitos declaro que **concordo em ser orientadora da** Estudante Tânia Isabel Espadinha de Matos Vitoriano, nº 7399 na **Unidade Curricular – Estágio com Relatório**, aceitando o seu Projecto com o título "Promoção do conforto na pessoa com mucosite oral secundária à radioterapia: intervenção de enfermagem" que tem como finalidade a elaboração de um futuro Relatório de Estágio que terá lugar no 1º Semestre do 2º Ano do curso supra citado , de acordo com o estabelecido no Regulamento de Mestrado em Enfermagem da ESEL de Janeiro de 2014.

Data 20 / 09/ 2017



Orientador

(Maria Alexandra Pinto Santos da Costa)



**APÊNDICE XXIII – Guião de colheita de dados (última versão)**



<b>GUIÃO I</b>  <b>(D1 - D3)</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO</b>  1. N <sup>o</sup> Guião: _____
--	--

2.Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA**

3.Sexo:  Masculino <sup>1</sup>  
 Feminino <sup>2</sup>

4.Idade: \_\_\_\_\_ anos

5.Estado Civil:  Solteiro (a) <sup>1</sup>  
 Casado (a) ou vive maritalmente <sup>2</sup>  
 Viúvo (a) <sup>3</sup>  
 Divorciado (a) <sup>4</sup>

6.Escolaridade:  Nenhuma <sup>1</sup>  
 1<sup>o</sup> Ciclo <sup>2</sup>  
 2<sup>o</sup> Ciclo <sup>3</sup>  
 3<sup>o</sup> Ciclo <sup>4</sup>  
 Secundário <sup>5</sup>  
 Superior <sup>6</sup>  
 Outro <sup>7</sup>

7.Profissão:  Estudante <sup>1</sup>  
 Doméstica <sup>2</sup>  
 Empregado <sup>3</sup>  
 Desempregado <sup>4</sup>  
 Reformado <sup>5</sup>  
 Outro <sup>6</sup> \_\_\_\_\_

8.Dificuldades económicas:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Quais? \_\_\_\_\_

9.Cuidador (Pessoa Significativa):  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup>

Grau de Parentesco:  Esposa (o) <sup>a</sup>  
 Mãe /Pai <sup>b</sup>  
 Irmã(o) <sup>c</sup>  
 Outro <sup>d</sup>

10.Antecedentes familiares de neoplasia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Quem: \_\_\_\_\_ <sup>a</sup>  
Tipo de Neoplasia \_\_\_\_\_ <sup>b</sup>

11. Terapêutica domicílio que provoca xerostomia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Qual?: \_\_\_\_\_ <sup>a</sup>

### SITUAÇÃO ATUAL DE DOENÇA

12. Localização do Tumor:  Cavidade Oral <sup>1</sup>  
 Faringe: <sup>2</sup>  
 Nasofaringe <sup>a</sup>  Orofaringe <sup>b</sup>  
 Laringe <sup>3</sup>  
 Glândulas salivares: <sup>4</sup>  
 Parótida <sup>a</sup>  Submandibular <sup>b</sup>  
 Sublingual <sup>c</sup>  Salivares Menores <sup>d</sup>
13. Já realizou anteriormente tratamentos de Radioterapia  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup>  
Local da Irradiação <sup>a</sup>: \_\_\_\_\_
14. Já realizou anteriormente tratamentos de Quimioterapia  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
15. Tipo de Tratamento no presente:  RT adjuvante <sup>1</sup>  
 RT neoadjuvante <sup>2</sup>  
 RT/QT <sup>3</sup>  
 RT/QT neoadjuvante <sup>4</sup>
16. Técnica de Tratamento de RT:  3D-CRT <sup>1</sup>  
 IMRT <sup>2</sup>
17. Prescrição de Radioterapia: \_\_\_\_\_ (Gy) / \_\_\_\_\_ (nº de sessões de RT)
18. Prescrição de Quimioterapia: \_\_\_\_\_ (Protocolo)
19. Oxigenoterapia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> \_\_\_\_\_ l/mín.  Óculos Nasais <sup>a</sup>  
 Máscara Facial <sup>b</sup>  
 VNI <sup>c</sup>
20. Traqueostomia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
21. Hábitos tabágicos:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
22. Foi encaminhado para dentista/estomatologia antes do início dos tratamentos:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

### ESTADO NUTRICIONAL

23. Estado de nutrição (aplicar Escala de MUST): Score \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ cm Peso \_\_\_\_\_ Kg

24. Regime alimentar:  Sem restrições <sup>1</sup>  
 Com restrições <sup>2</sup>  Dieta Mole <sup>a</sup> Motivo: \_\_\_\_\_  
 Dieta Líquida <sup>b</sup>
25. Tipo de alimentos ou bebidas que evita:  Alimentos sólidos <sup>1</sup>  
 Alimentos moles <sup>2</sup>  
 Alimentos líquidos <sup>3</sup>  
 Alimentos ácidos <sup>4</sup>  
 Alimentos condimentados <sup>5</sup>  
 Bebidas gaseificadas <sup>6</sup>  
 Bebidas alcoólicas <sup>7</sup>
26. Hábitos alcoólicos:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Consumo diário: \_\_\_\_\_
27. Disfagia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>  sólidos <sup>a</sup>  líquidos <sup>b</sup>
28. Anorexia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
29. Entubação Nasogástrica:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
30. PEG:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
31. Apresenta dentição:  Completa  
 Incompleta  
 Sem dentição
32. Próteses dentárias:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Está ajustada:  Sim <sup>a</sup>  
 Não <sup>b</sup>
33. Apresenta lesões na boca:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Quais:  Cáries Dentárias <sup>a</sup>  
 Aftas <sup>b</sup>  
 Gengivite <sup>c</sup>  
 Alterações salivares <sup>d</sup>  
 Infecções Dentárias pré-existentes <sup>e</sup>

### HIGIENE ORAL

34. Costuma lavar a boca:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>
35. Frequência da escovagem a boca:  1 vez dia <sup>1</sup>  
 2-3 vezes dia <sup>2</sup>  
 4 vezes dia <sup>3</sup>  
 mais de 4 vezes dia <sup>4</sup>
36. Que produtos usa:  Escova <sup>1</sup>  
 Pasta de Dentes <sup>2</sup>  
 Fio Dentário <sup>3</sup>  
 Só água <sup>4</sup>  
 Desinfetante Oral. <sup>5</sup> Qual: \_\_\_\_\_
37. Como faz a lavagem:  Escova menos de 1 minuto <sup>1</sup>  
 Escova durante 1 minuto - 1 minuto e meio <sup>2</sup>  
 Escova durante 2 minutos ou mais <sup>3</sup>  
 Bochechos com água <sup>4</sup>  
 Bochechos com outros produtos <sup>5</sup> Quais: \_\_\_\_\_
38. Que zonas da boca lava:  Dentes <sup>1</sup>  
 Gengivas <sup>2</sup>  
 Língua <sup>3</sup>  
 Palato (céu da boca) <sup>4</sup>  
 Parte interna das bochechas <sup>5</sup>
39. Cuidados que tem com a escova de dentes depois de utilizar:  
 Lava-a <sup>1</sup>  
 Seca-a <sup>2</sup>  
 Desinfeta-a. <sup>3</sup> Produto: \_\_\_\_\_
40. Lubrifica/hidrata os lábios:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Produto: \_\_\_\_\_

### RISCO DE MUCOSITE ORAL

41. Avaliação Risco MO (Questões nº: 3, 4, 8, 11-23; 26; 33-39):  
 Baixo Risco <sup>1</sup>  
 Risco moderado <sup>2</sup>  
 Risco elevado <sup>3</sup>

Baixo Risco	Risco Moderado	Risco Elevado
peessoas sem antecedentes de problemas orais; pessoas sem antecedentes de mucosite oral; o tratamento antineoplásico não provoca complicações orais moderadas ou graves.	peessoas com antecedentes de problemas orais; pessoas com antecedentes de mucosite oral, grau 2; o tratamento provoca mucosite oral (RT de cabeça e pescoço com dose de 40-60 Gy); terapêutica habitual que pode provocar xerostomia.	peessoas com antecedentes de problemas orais moderados a graves; tratamento de QT de alta dose; tratamento de RT de cabeça e pescoço (>60 Gy) com ou sem QT.

## AVALIAÇÃO DO CONFORTO

42. Tendo em consideração a sua situação de saúde e a realização dos tratamentos de Radioterapia, quão desconfortável você está agora? \_\_\_\_\_

(Avalie o seu desconforto total de 0 a 10, sendo 0 sem desconforto e 10 o maior desconforto possível)

Pior desconforto Possível



Sem desconforto

**GUIÃO II**  
**2º Momento**  
 \_\_\_º Dia (\_\_\_ Gy)

1. Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

2. Estado de nutrição (aplicar Escala de MUST): Score \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ cm Peso \_\_ Kg

3. Perda de peso:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Desde a 1ª avaliação: \_\_\_\_ Kg

4. Necessitou de fazer alterações alimentares:  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup>  Dieta Mole <sup>a</sup>  
 Dieta líquida <sup>b</sup>

5. Necessidade de colocar SNG:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

**AVALIAÇÃO CAVIDADE ORAL**

6. Mucosite Oral:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

7. Grau de Mucosite Oral (Escala RTOG):  
 Grau 1 <sup>1</sup>  
 Grau 2 <sup>2</sup>  
 Grau 3 <sup>3</sup>  
 Grau 4 <sup>4</sup>

1	2	3	4
Reação aguda da mucosa, pode experimentar dor não necessitando de analgesia	Mucosite com produção de secreção serosanguinolenta, processo inflamatório, dor moderada necessitando de narcóticos	Mucosite, pode incluir dor severa requerendo narcóticos	Ulceração, hemorragia ou necrose
Reação aguda da glândula salivar, alteração no paladar, gosto metálico, consegue ingerir líquidos, ressecamento da boca	Moderado ou completo ressecamento, alterações no paladar	-	Necrose da glândula salivar
Reação aguda da faringe, disfagia ou adinofagia, pode necessitar de analgésico não narcótico ou anestésico tópico, dor leve	Moderada disfagia, dieta líquida, pode necessitar de narcóticos	Severa disfagia ou adinofagia, desidratação, perda de peso > 15%, necessita de sonda nasointestinal e hidratação endovenosa	Completa obstrução, ulceração, perfuração, fistula
Reação aguda da laringe, eritema da mucosa, rouquidão média ou intermitente, tosse	Rouquidão persistente, dor de ouvido e garganta, exsudato, edema, não requer narcóticos, antitussígenos necessários	Dor de garganta e ouvido, exsudato confluyente e edema	Dispnéia, hemoptise, pode ser necessária traqueostomia ou intubação

Fonte: Albuquerque et al, 2007

8. Próteses dentárias mantêm-se ajustadas:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

#### HIGIENE ORAL

9. Cumpriu programa de Cuidados Oraís conversado na 1ª consulta de enfermagem:  
 Sim <sup>1</sup>  
 Não <sup>2</sup>

10. Tem realizado auto-vigilância da cavidade oral desde que iniciou RT?:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

11. Aumentou a frequência da escovagem da boca:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

12. Frequência da escovagem a boca:  1 vez dia <sup>1</sup>  
 2-3 vezes dia <sup>2</sup>  
 4 vezes dia <sup>3</sup>  
 mais de 4 vezes dia <sup>4</sup>

13. Aumentou a frequência dos bochechos:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

14. Frequência dos bochechos:  1 vez dia <sup>1</sup>  
 2-3 vezes dia <sup>2</sup>  
 4 vezes dia <sup>3</sup>  
 mais de 4 vezes dia <sup>4</sup>

15. Lubrifica/hidrata os lábios:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

16. Necessidade de usar saliva artificial:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

17. Apresenta Dor:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Intensidade da Dor (EN): \_\_\_\_\_

18. Analgesia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>  Não opióides <sup>a</sup> Qual? (nome, dose, via, freq.) \_\_\_\_\_  
 Opióides <sup>b</sup> Qual? (nome, dose, via, freq.) \_\_\_\_\_

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

19. Educar acerca:  alimentação <sup>1</sup>  
 cuidados orais <sup>2</sup>  
 Ingestão hídrica <sup>3</sup>  
 gestão medicamentosa <sup>4</sup>  
 controlo da dor <sup>5</sup>
20. Instruir acerca:  Higiene oral <sup>1</sup>  
 Escovagem da boca <sup>2</sup>  
 Bochechar <sup>3</sup>  
 Cuidados com traqueostomia <sup>4</sup>
21. Executar:  Administração de terapêutica <sup>1</sup>  
 Cuidados à traqueostomia <sup>2</sup>  
 Higiene brônquica <sup>3</sup>  
 Apoio emocional <sup>4</sup>  
 Escuta ativa <sup>5</sup>  
 Outro <sup>6</sup>
22. Articulação com outro profissional de saúde:  Médico <sup>1</sup>  
 Nutricionista <sup>2</sup>  
 Psicólogo <sup>3</sup>  
 Terapeuta de radioterapia <sup>4</sup>  
 Outro <sup>5</sup>

### CONFORTO

23. Qual a intervenção de enfermagem que resulta melhor para si para se sentir confortável?
- Ensinos sobre cuidados orais <sup>1</sup>  
 Ensinos sobre adequação da alimentação <sup>2</sup>  
 Ensinos sobre estratégias de gestão da MO <sup>3</sup>  
 Toque <sup>4</sup>  
 Escuta ativa <sup>5</sup>  
 Apoio emocional <sup>6</sup>  
 Outro <sup>7</sup> Qual: \_\_\_\_\_
24. Em casa, qual a estratégia que lhe promove maior conforto?
- |  |   |
|--|---|
| a) <u>Contexto Físico</u>  | b) <u>Contexto Psico-Espiritual</u>                         |
| <input type="checkbox"/> Escovagem da boca <sup>1</sup>          | <input type="checkbox"/> Fé <sup>1</sup>                    |
| <input type="checkbox"/> Bochechos <sup>2</sup>                  | <input type="checkbox"/> Apoio familiar/amigos <sup>2</sup> |
| <input type="checkbox"/> Hidratar/lubrificar lábios <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Auto-estima <sup>3</sup>           |
| <input type="checkbox"/> Saliva artificial <sup>4</sup>          | <input type="checkbox"/> Sentir-se seguro(a) <sup>4</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Analgesia <sup>5</sup>                  | <input type="checkbox"/> Confiança <sup>5</sup>             |
| <input type="checkbox"/> Outro <sup>6</sup>                      | <input type="checkbox"/> Outro <sup>6</sup>                 |

c) Contexto Ambiental

- Conforto da casa <sup>1</sup>
- A cama/sofá <sup>2</sup>
- A vista da sua casa/quarto <sup>3</sup>
- Outros <sup>4</sup>

d) Contexto Socio-Cultural

- Estar com a família/amigos <sup>1</sup>
- Práticas religiosas <sup>2</sup>
- Passear <sup>3</sup>
- Outro <sup>4</sup>

25. Tendo em consideração a sua situação de saúde e a realização dos tratamentos de Radioterapia, quão desconfortável você está agora? \_\_\_\_\_

(Avalie o seu desconforto total de 0 a 10, sendo 0 sem desconforto e 10 o maior desconforto possível)

Pior desconforto Possível



Sem desconforto

**GUIÃO II**  
**3º Momento**  
 \_\_\_º Dia (\_\_\_ Gy)

1. Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

**AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**

2. Estado de nutrição (aplicar Escala de MUST): Score \_\_\_\_\_ Altura \_\_\_\_\_ cm Peso \_\_ Kg

3. Perda de peso:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Desde a 1ª avaliação: \_\_\_\_\_ Kg

4. Necessitou de fazer alterações alimentares:  Não <sup>1</sup>  
 Sim. <sup>2</sup>  Dieta Mole <sup>a</sup>  
 Dieta líquida <sup>b</sup>

5. Necessidade de colocar SNG:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

**AVALIAÇÃO CAVIDADE ORAL**

6. Mucosite Oral:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

7. Grau de Mucosite Oral (Escala RTOG):  
 Grau 1 <sup>1</sup>  
 Grau 2 <sup>2</sup>  
 Grau 3 <sup>3</sup>  
 Grau 4 <sup>4</sup>

1	2	3	4
Reação aguda da mucosa, pode experimentar dor não necessitando de analgesia	Mucosite com produção de secreção serosanguinolenta, processo inflamatório, dor moderada necessitando de narcóticos	Mucosite, pode incluir dor severa requerendo narcóticos	Ulceração, hemorragia ou necrose
Reação aguda da glândula salivar, alteração no paladar, gosto metálico, consegue ingerir líquidos, ressecamento da boca	Moderado ou completo ressecamento, alterações no paladar	-	Necrose da glândula salivar
Reação aguda da faringe, disfagia ou odinofagia, pode necessitar de analgésico não narcótico ou anestésico tópico, dor leve	Moderada disfagia, dieta líquida, pode necessitar de narcóticos	Severa disfagia ou odinofagia, desidratação, perda de peso > 15%, necessita de sonda nasoentérica e hidratação endovenosa	Completa obstrução, ulceração, perfuração, fistula
Reação aguda da laringe, eritema da mucosa, rouquidão média ou intermitente, tosse	Rouquidão persistente, dor de ouvido e garganta, exsudato, edema, não requer narcóticos, antifúngicos necessários	Dor de garganta e ouvido, exsudato confluyente e edema	Dispneia, hemoptise, pode ser necessária traqueostomia ou intubação

Fonte: Albuquerque et al., 2007

8. Próteses dentárias mantem-se ajustada:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

#### HIGIENE ORAL

9. Cumpriu programa de Cuidados Oraís conversado na 1ª consulta de enfermagem:  
 Sim <sup>1</sup>  
 Não <sup>2</sup>

10. Tem realizado auto-vigilância da cavidade oral desde que iniciou RT?:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

11. Aumentou a frequência da escovagem da boca:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

12. Frequência da escovagem a boca:  1 vez dia <sup>1</sup>  
 2-3 vezes dia <sup>2</sup>  
 4 vezes dia <sup>3</sup>  
 mais de 4 vezes dia <sup>4</sup>

13. Aumentou a frequência dos bochechos da boca:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

14. Frequência dos bochechos da boca:  1 vez dia <sup>1</sup>  
 2-3 vezes dia <sup>2</sup>  
 4 vezes dia <sup>3</sup>  
 mais de 4 vezes dia <sup>4</sup>

15. Lubrifica/hidrata os lábios:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

16. Necessidade de usar saliva artificial:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>

17. Apresenta Dor:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup> Intensidade da Dor (EN): \_\_\_\_\_

18. Analgesia:  Não <sup>1</sup>  
 Sim <sup>2</sup>  Não opióides <sup>a</sup> Qual? (nome, dose, via, freq.) \_\_\_\_\_  
 Opióides <sup>b</sup> Qual? (nome, dose, via, freq.) \_\_\_\_\_

## INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

19. Educar acerca:  Alimentação<sup>1</sup>  
 Cuidados orais<sup>2</sup>  
 Ingestão hídrica<sup>3</sup>  
 Gestão medicamentosa<sup>4</sup>  
 Controlo da dor<sup>5</sup>
20. Instruir acerca:  Higiene oral<sup>1</sup>  
 Escovagem da boca<sup>2</sup>  
 Bochechar<sup>3</sup>  
 Cuidados com traqueostomia<sup>4</sup>
21. Executar:  Administração de terapêutica<sup>1</sup>  
 Cuidados à traqueostomia<sup>2</sup>  
 Higiene brônquica<sup>3</sup>  
 Apoio emocional<sup>4</sup>  
 Escuta ativa<sup>5</sup>  
 Outro<sup>6</sup>
22. Articulação com outro profissional de saúde:  Médico<sup>1</sup>  
 Nutricionista<sup>2</sup>  
 Psicólogo<sup>3</sup>  
 Terapeuta de radioterapia<sup>4</sup>  
 Outro<sup>5</sup>

## CONFORTO

23. Qual a intervenção de enfermagem que resulta melhor para si para se sentir confortável?
- Ensinos sobre cuidados orais<sup>1</sup>
  - Ensinos sobre adequação da alimentação<sup>2</sup>
  - Ensinos sobre estratégias de gestão da MO<sup>3</sup>
  - Toque<sup>4</sup>
  - Escuta ativa<sup>5</sup>
  - Apoio emocional<sup>6</sup>
  - Outro<sup>7</sup> Qual: \_\_\_\_\_
24. Em casa, qual a estratégia que lhe promove maior conforto?
- |  |   |
|--|---|
| a) <u>Contexto Físico</u>  | b) <u>Contexto Psico-Espiritual</u>                         |
| <input type="checkbox"/> Escovagem da boca <sup>1</sup>          | <input type="checkbox"/> Fé <sup>1</sup>                    |
| <input type="checkbox"/> Bochechos <sup>2</sup>                  | <input type="checkbox"/> Apoio familiar/amigos <sup>2</sup> |
| <input type="checkbox"/> Hidratar/lubrificar lábios <sup>3</sup> | <input type="checkbox"/> Auto-estima <sup>3</sup>           |
| <input type="checkbox"/> Saliva artificial <sup>4</sup>          | <input type="checkbox"/> Sentir-se seguro(a) <sup>4</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Analgesia <sup>5</sup>                  | <input type="checkbox"/> Confiança <sup>5</sup>             |
| <input type="checkbox"/> Outro <sup>6</sup>                      | <input type="checkbox"/> Outro <sup>6</sup>                 |

e) Contexto Ambiental

- Conforto da casa <sup>1</sup>
- A cama/sofá <sup>2</sup>
- A vista da sua casa/quarto <sup>3</sup>
- Outros <sup>4</sup>

d) Contexto Socio-Cultural

- Estar com a família/amigos <sup>1</sup>
- Práticas religiosas <sup>2</sup>
- Passear <sup>3</sup>
- Outro <sup>4</sup>

25. Tendo em consideração a sua situação de saúde e a realização dos tratamentos de Radioterapia, quão desconfortável você está agora? \_\_\_\_\_

(Avalie o seu desconforto total de 0 a 10, sendo 0 sem desconforto e 10 o maior desconforto possível)

Pior desconforto Possível



Sem desconforto



**Apêndice XXIV – Apresentação dos resultados do estudo**



**Tabela 1** - Distribuição dos sujeitos por idade, género e estado civil

<b>VARIÁVEL</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Total N ° (%)</b>
<b>IDADE (anos)</b>	43	87	61.4	-
<b>GÉNERO</b>				
<i>Feminino</i>	-	-	-	2 (12%)
<i>Masculino</i>	-	-	-	15 (88%)
<b>ESTADO CIVIL</b>				
<i>Solteiro</i>	-	-	-	2 (12%)
<i>Casado/Vive maritalmente</i>	-	-	-	11 (65%)
<i>Viúvo</i>	-	-	-	1 (6%)
<i>Divorciado</i>	-	-	-	3 (18%)

Dos 17 (100%) sujeitos, 15 (88%) eram do género masculino e 2 (12%) do género feminino, com idades compreendidas entre os 43 anos e os 87 anos, e uma média de idade de 61,4 anos, sendo 11 (65%) casados ou a viver maritalmente, 3 (18%) eram divorciados, 2 (12%) solteiros e 1 (6%) viúvo.

**Tabela 2** - Distribuição dos sujeitos pelas habilitações literárias, situação profissional, diferenças económicas

<b>VARIÁVEL</b>	<b>TOTAL N ° (%)</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	
<i>Nenhuma</i>	1 (6%)
<i>1º Ciclo</i>	4 (24%)
<i>2º Ciclo</i>	2 (12%)
<i>3º Ciclo</i>	8 (47%)
<i>Secundário</i>	2 (12%)
<i>Superior</i>	0 (0%)
<i>Outro</i>	0 (0%)
<b>SITUAÇÃO PROFISSIONAL</b>	
<i>Estudante</i>	0 (0%)
<i>Doméstica</i>	0 (0%)
<i>Empregado</i>	5 (29%)
<i>Desempregado</i>	1 (6%)
<i>Reformado</i>	10 (59%)
<i>Outro</i>	1 (6%)
<b>DIFICULDADES ECONÓMICAS</b>	
<i>Não</i>	15 (88%)
<i>Sim</i>	2 (12%)

Quanto às habilitações literárias, 8 (47%) dos sujeitos tinham o 3º ciclo completo, 4 (24%) o 1º ciclo, 2 (12%) tinham o 2º ciclo e o secundário. Em relação à situação profissional, 10 (59%) dos sujeitos eram reformados, 5 (29%)

empregados e 1 (6%) desempregado. 15 (88%) dos sujeitos referiram não ter dificuldades económicas.

**Tabela 3** - Distribuição dos sujeitos quanto à presença de cuidador, antecedentes familiares de neoplasia e terapêutica no domicílio que provoca xerostomia

<b>VARIÁVEL</b>	<b>TOTAL N ° (%)</b>
<b>CUIDADOR (Pessoa Significativa)</b>	
<i>Não</i>	15 (88%)
<i>Sim</i>	2 (12%)
<i>Esposa (o)</i>	1 (6%)
<i>Mãe/Pai</i>	0 (0%)
<i>Irmã (o)</i>	0 (0%)
<i>Outro</i>	1 (6%)
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES DE NEOPLASIA</b>	
<i>Não</i>	14 (82%)
<i>Sim</i>	3 (18%)
<b>TERAPEUTICA DOMICLIO QUE PROVOCA XEROSTOMIA</b>	
<i>Não</i>	16 (94%)
<i>Sim</i>	1 (6%)

Por serem independentes nas atividades de vida diárias, 15 (88%) sujeitos não têm cuidador e relativamente aos antecedentes familiares oncológicos. Só 3 (18%) sujeitos referem ter antecedentes familiares de neoplasia e 1 (6%) tomavam terapêutica no domicílio que provocasse alterações na mucosa oral (xerostomia).

**Tabela 4** – Distribuição dos sujeitos quanto à localização do tumor, tipo de tratamento, técnica de tratamento de RT e prescrição de tratamento

<b>VARIÁVEL</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>TOTAL N ° (%)</b>
<b>LOCALIZAÇÃO DO TUMOR</b>				
<i>Cavidade Oral</i>	-	-	-	3 (18%)
<i>Laringe</i>	-	-	-	7 (41%)
<b>Faringe</b>				
<i>Nasofaringe</i>	-	-	-	0 (0%)
<i>Orofaringe</i>	-	-	-	3 (18%)
<b>Glândulas Salivares</b>				
<i>Parótida</i>	-	-	-	0 (0%)
<i>Submandibular</i>	-	-	-	2 (12%)
<i>Sublingual</i>	-	-	-	0 (0%)
<i>Salivares Menores</i>	-	-	-	0 (0%)
<b>TIPO DE TRATAMENTO</b>				
<i>RT Adjuvante</i>	-	-	-	2 (12%)
<i>RT Neoadjuvante</i>	-	-	-	4 (24%)
<i>RT/QT</i>	-	-	-	10 (59%)
<i>RT/QT Neoadjuvante</i>	-	-	-	1 (6%)
<b>TÉCNICA TRATAMENTO DE RT</b>				
<i>3D-CRT</i>	-	-	-	4 (24%)
<i>IMRT</i>	-	-	-	13 (59%)
<b>PRESCRIÇÃO DE TRATAMENTO</b>				
<i>PRESCRIÇÃO RT (Gy)</i>	54	70	-	-
<b>PRESCRIÇÃO QT</b>				
<i>Cisplatina</i>	-	-	-	5 (29%)
<i>Carboplatina</i>	-	-	-	1 (6%)
<i>Cetuximab</i>	-	-	-	5 (29%)

O cancro mais frequente na amostra é o da laringe, com 7 (41%) sujeitos, seguido do da faringe e da cavidade bucal 3 (18%) respetivamente e apareceram 2 (12%) sujeitos com cancro das glândulas salivares. Quanto ao tipo de tratamento, 10 (59%) sujeitos encontravam-se a fazer QT/RT, e destes, todos (100%) fizeram IMRT. O IMRT foi a técnica de tratamento mais frequente com 13 (59%) sujeitos a realizá-la. A dose de RT prescrita situou-se entre os 54 e os 70 Gy, sendo a Cisplatina e o Cetuximab o tratamento de QT mais frequente, com 5 (29%) sujeitos cada, surgindo 1 (6%) sujeito a fazer Carboplatina.

**Tabela 5** - Distribuição dos sujeitos quanto ao encaminhamento para dentista/estomatologia, presença de lesões na boca e de próteses dentárias

<b>VARIÁVEL</b>	<b>TOTAL N ° (%)</b>
<b>Encaminhamento para dentista/estomatologia antes do início de RT</b>	
<i>Sim</i>	12 (71%)
<i>Não</i>	5 (29%)
<b>Apresenta lesões na boca</b>	
<i>Sim</i>	1 (6%)
<i>Não</i>	16 (94%)
<b>Apresenta próteses dentárias</b>	
<i>Sim</i>	12 (71%)
<i>Não</i>	5 (29%)

Do total da amostra, 12 (71%) sujeitos foram encaminhados para o dentista/estomatologia antes de iniciarem tratamento de RT, sendo que 16 (94%) sujeitos não apresentavam lesões na boca e 12 (71%) usavam próteses dentárias.

**Tabela 6** – Distribuição dos hábitos de higiene oral pelos sujeitos

<b>VARIÁVEL</b>	<b>TOTAL N ° (%)</b>
<b>COSTUMA LAVAR A BOCA</b>	
<i>Sim</i>	16 (94%)
<i>Não</i>	1 (6%)
<b>FREQUÊNCIA DA LAVAGEM DA BOCA</b>	
<i>1 vez dia</i>	3 (18%)
<i>2-3 vezes dia</i>	13 (76%)
<i>4 vezes dia</i>	0 (0%)
<i>mais de 4 vezes dia</i>	0 (0%)
<b>QUE PRODUTO USA</b>	
<i>Escova</i>	16 (94%)
<i>Pasta de Dentes</i>	16 (94%)
<i>Fio Dentário</i>	0 (0%)
<i>Só água</i>	0 (0%)
<i>Desinfetante oral</i>	6 (35%)
<b>COMO FAZ A LAVAGEM</b>	
<i>escova menos de 1 minuto</i>	13 (76%)
<i>escova durante 1 minuto - 1 minuto e meio</i>	3 (18%)
<i>escova durante 2 minutos ou mais</i>	0 (0%)
<i>bochechos com água</i>	8 (47%)
<i>bochechos com outros produtos</i>	1 (6%)
<b>QUE ZONAS DA BOCA LAVA</b>	
<i>Dentes</i>	14 (82%)
<i>Gengivas</i>	4 (24%)
<i>Língua</i>	1 (6%)
<i>palato (céu da boca)</i>	0 (0%)
<i>parte interna das bochechas</i>	0 (0%)
<b>CUIDADOS COM ESCOVA DE DENTES</b>	
<i>lava</i>	14 (82%)
<i>seca</i>	1 (6%)
<i>desinfeta</i>	0 (0%)

No que diz respeito ao perfil de cuidados de higiene oral da amostra verifica-se que, 16 (94%) sujeitos referem lavar a boca com escova e pasta de dentes, sendo que 13 (76%) fazem-no 2-3 vezes por dia, 14 (82%) escovando os dentes, e em 13 (76%) sujeitos usando pelo menos 1 minuto. Quanto aos cuidados com a escova, a maioria dos sujeitos, 14 (82%) lava-a, sendo que ninguém a desinfeta. 4 (24%) lavam as gengivas.

**Tabela 7 – Distribuição dos sujeitos pelo nível de risco de desenvolver MO**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>TOTAL N ° (%)</b>
<b>RISCO DE DESENVOLVER MO</b>	
<i>Baixo Risco</i>	0 (0%)
<i>Risco Moderado</i>	2 (12%)
<i>Risco Elevado</i>	15 (88%)

Quanto ao risco de desenvolver MO, 15 (88%) sujeitos apresentam risco elevado e 2 (12%) risco moderado.

**Tabela 8 – Frequências da MO, grau de MO, alterações alimentares, cumprimento do programa de cuidados orais e presença de dor pelos sujeitos (2º e 3º momento)**

<b>VARIÁVEL</b>	<b>2º MOMENTO N ° (%)</b>	<b>3º MOMENTO N ° (%)</b>
<b>PRESENÇA DE MO</b>		
<i>Sim</i>	9 (60%)	15 (94%)
<i>Não</i>	6 (40%)	1 (6%)
<b>GRAU DE MO</b>		
<i>Grau 1</i>	8 (53%)	9 (60%)
<i>Grau 2</i>	1 (7%)	6 (40%)
<b>ALTERAÇÕES ALIMENTARES</b>		
<i>Sim</i>	6 (40%)	10 (63%)
<i>Não</i>	9 (60%)	6 (38%)
<b>CUMPRIDO PROGRAMA CUIDADOS ORAIS</b>		
<i>Sim</i>	11 (73%)	15 (94%)
<i>Não</i>	4 (27%)	1 (6%)
<b>APRESENÇA DE DOR</b>		
<i>Sim</i>	7 (47%)	7 (44%)
<i>Não</i>	8 (53%)	9 (56%)

No 2º momento de avaliação a prevalência de MO foi de 60% (9 sujeitos) e no 3º momento aumentou para 94% (15 sujeitos), sendo que no 2º momento 8 (53%) sujeitos apresentaram MO grau 1 e 1 (7%) grau 2 e no 3º momento, 9 (60%) sujeitos apresentaram MO de grau 1 e 6 (40%) de grau 2. Em relação à presença de dor, tanto no 2º momento como no 3º momento o número de sujeitos com dor foi de 7 (47%). No 2º momento de avaliação 11 (73%) sujeitos tinham cumprido o programa de cuidados orais instruído na 1ª CE sendo que no 3º momento esse valor passou para 15 (94%).

**Tabela 9** –Frequência das intervenções de enfermagem promotoras de conforto identificadas pelos sujeitos nos 2º e 3º momentos

<b>VARIÁVEL</b>	<b>2º MOMENTO N ° (%)</b>	<b>3º MOMENTO N ° (%)</b>
<b>INTERVENÇÃO ENFERMAGEM PROMOTORA CONFORTO</b>		
<i>Ensinos sobre cuidados orais</i>	9 (60%)	6 (40%)
<i>Ensinos sobre adequação de alimentação</i>	1 (7%)	3 (19%)
<i>Ensinos sobre estratégias de gestão da MO</i>	8 (53%)	7 (44%)
<i>Toque</i>	0 (0%)	0 (0%)
<i>Escuta ativa</i>	10 (67%)	11 (69%)
<i>Apoio emocional</i>	1 (7%)	6 (40%)

As intervenções de enfermagem que melhor promovem o conforto, são a ‘escuta ativa’, referida por 10 (67%) sujeitos e 11(69%), respetivamente no 2º e 3º momento de avaliação. Seguida do “ensino sobre cuidados orais”, indicado por 9 (60%) sujeitos e 6 (40%); respetivamente no 2º e 3º momento de avaliação, e “ensinos sobre estratégias de gestão da MO”, referida por 8 (53%) e 7 (44%) sujeitos, respetivamente no 2º e 3º momento de avaliação. O “apoio emocional”, foi referido por 6 (40%) sujeitos como uma intervenção de enfermagem promotora de conforto no 3º momento de avaliação.

**Tabela 10** – Distribuição das estratégias da pessoa para promover o conforto no 2º e 3º momento

<b>VARIÁVEL</b>	<b>2º MOMENTO N ° (%)</b>	<b>3º MOMENTO N ° (%)</b>
<b>ESTRATÉGIAS DA PESSOA PARA PROMOVER O CONFORTO</b>		
<b>CONTEXTO FÍSICO</b>		
<i>Escovagem da boca</i>	2 (13%)	2 (13%)
<i>Bochechos</i>	11 (73%)	15 (94%)
<i>Hidratar/Lubrificar lábios</i>	0 (0%)	1 (6%)
<i>Saliva Artificial</i>	0 (0%)	1 (6%)
<i>Analgesia</i>	1 (7%)	3 (19%)
<b>CONTEXTO PSICO-ESPIRITUAL</b>		
<i>Fé</i>	1 (7%)	0 (0%)
<i>Apoio familiar/amigos</i>	11 (73%)	11 (69%)
<i>Auto-estima</i>	0 (0%)	0 (0%)
<i>Sentir-se seguro (a)</i>	2 (13%)	4 (25%)
<i>Confiança</i>	2 (13%)	2 (13%)
<b>CONTEXTO AMBIENTAL</b>		
<i>conforto da casa</i>	14 (93%)	14 (88%)
<i>a cama/sofá</i>	1 (7%)	1 (6%)
<i>a vista da sua casa/quarto</i>	0 (0%)	0 (0%)
<b>CONTEXTO SOCIO-CULTURAL</b>		
<i>estar com a família/amigos</i>	11 (73%)	11 (69%)
<i>práticas religiosas</i>	0 (0%)	0 (0%)
<i>passear</i>	4 (27%)	4 (25%)
<i>outros</i>	3 (20%)	2 (13%)

No 2º como no 3º momento de avaliação, a estratégia mais referida pelos sujeitos para o conforto físico são os “bochechos”, respetivamente em 73% e 94% dos sujeitos. O “apoio da família/amigos” é a estratégia mais referida por 73% e 69% dos sujeitos respetivamente no 2º e 3º momento para o conforto psico-espiritual. Para o contexto ambiental, é o “conforto da casa” a estratégia mais referida com 93% e 88% dos sujeitos respetivamente no 2º e 3º momento, o “estar com a família/amigos” é a estratégia do contexto sociocultural mais referida, com 73% e 69% dos sujeitos a indicá-la respetivamente no 2º e 3º momento.

**Tabela 11** – Distribuição da amostra por nível de desconforto, nos 1º, 2º e 3º momentos

<b>VARIÁVEL</b>	<b>1º MOMENTO Nº (%)</b>	<b>2º MOMENTO Nº (%)</b>	<b>3º MOMENTO Nº (%)</b>
<b>NIVEL DE DESCONFORTO</b>			
0	6 (35%)	1 (7%)	1 (6%)
1	2 (12%)	3 (20%)	0 (0%)
2	6 (35%)	0 (0%)	0 (0%)
3	0 (0%)	3 (20%)	1 (6%)
4	2 (12%)	2 (13%)	2 (13%)
5	1 (6%)	1 (7%)	1 (6%)
6	0 (0%)	2 (13%)	6 (38%)
7	0 (0%)	3 (20%)	2 (13%)
8	0 (0%)	1 (7%)	0 (0%)
9	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)
10	0 (0%)	0 (0%)	1 (6%)

Quanto à avaliação do desconforto total pode-se referir que existiu um aumento progressivo do desconforto ao longo dos três momentos, em que no 1º momento os doentes apresentaram pouco desconforto, com nível 0 (35% da amostra) e nível 2 (35% da amostra). No 2º momento a amostra distribuiu-se em 20% referiu ter nível 7, 20% nível 3 e 20% nível 1 de desconforto. No 3º momento 38% da amostra referiu ter nível 6 de desconforto, 13% referiu nível 7 e outros 13% referiu nível 4 de desconforto.



**Apêndice XXV** – E-poster apresentado no III Encontro dos Padrões da  
Qualidade do xxx



# Intervenção de Enfermagem ao doente com risco de Mucosite oral secundária à Radioterapia

Autor: Vitoriano, T. | Co-autores: Santos, A. | Dias, E. | Madaleno, M.

## Introdução

A Mucosite Oral é referida por alguns autores <sup>1,2,3</sup> como o efeito agudo mais frequente e de maior morbidade em doentes oncológicos que realizam tratamento de radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia. É um dos primeiros efeitos secundários da RT curativa em doentes com patologia oncológica de cabeça e pescoço, manifestando-se nas primeiras duas semanas de tratamento (podendo desaparecer lentamente entre duas a três semanas após o término do mesmo) e a sua prevalência é cerca de 80% a 100% dos doentes submetidos a RT<sup>4</sup>.

Sendo este efeito secundário de grande morbidade para o doente, os cuidados de enfermagem sistematizados e direcionados permitem promover o conforto do doente submetido a RT da cabeça e pescoço.

A concretização deste projeto permitirá desenvolver um programa de qualidade de cuidados de enfermagem, nomeadamente para a avaliação, prevenção, educação e controlo deste sintoma, levando à promoção do conforto do doente submetido a radioterapia.



## Objetivos

Definir um referencial de ação a ser utilizado por enfermeiros no serviço de radioterapia.

Garantir uma uniformidade de boas práticas na intervenção de enfermagem à pessoa com risco de Mucosite Oral.

Autor: Vitoriano, T. | Co-autores: Santos, A. | Dias, E. | Madaleno, M.

## Enquadramento Teórico

De acordo com estimativas para o ano de 2030, a OMS prevê cerca de 21 milhões de novos casos de cancro e 13 milhões de mortes devido a esta doença <sup>5</sup>

O termo "cancro da cabeça e pescoço" é caracterizado por bases anatómicas e topográficas para representar as neoplasias malignas do trato aerodigestivo superior, que engloba a cavidade oral, faringe e laringe <sup>6</sup>

Mundialmente, o cancro da laringe é o 2º mais comum do aparelho respiratório, sendo o mais incidente entre os vários tipos de cancro de cabeça e pescoço. O cancro oral está entre os 10 cancros mais frequentes a nível mundial e apresenta a maior taxa de mortalidade dentro dos cancros de cabeça e pescoço <sup>6</sup>



Autor: Vitoriano, T. | Co-autores: Santos, A. | Dias, E. | Madaleno, M.

## Enquadramento Teórico

### Mucosite Oral

Uma inflamação e ulceração da mucosa da cavidade oral, com a formação de uma pseudomembrana<sup>1,5</sup>

Desenvolve-se em doentes oncológicos, sob tratamento anti-neoplásico, em que pode ser induzida pela irradiação da cabeça e pescoço e/ou devido a QT<sup>1,2,4</sup>

A Mucosite oral induzida por radioterapia define-se como uma inflamação da mucosa oral, que se inicia 1 a 2 semanas após o começo do tratamento, sendo causada por danos celulares diretos, secundários à radioterapia<sup>9</sup>

A Mucosite Oral é uma das preocupações nos cuidados aos doentes com cancro de cabeça e pescoço, pois as alterações associadas, tais como, alteração a nível da alimentação, comunicação, higiene oral, presença de dor, interferem no Conforto do doente oncológico e na qualidade de vida destas pessoas e das suas famílias<sup>9,10</sup>

O enfermeiro tem um papel essencial no cuidado do doente com mucosite oral, atuando ao nível das necessidades dos doentes, conhecendo e compreendendo o doente, identificando fatores de risco associados e implementação de intervenções na área da prevenção e gestão da mucosite oral<sup>9,11,12</sup>

O enfermeiro tem a possibilidade de melhorar o conforto do doente e a sua qualidade de vida, através da educação para a saúde, implementando protocolos de cuidados orais e orientando para a higiene oral, numa intervenção efetiva e dinâmica, abordando todos os transtornos bio-psico-sociais e espirituais que podem ser gerados pela presença de mucosite oral<sup>9,10</sup>

Autor: Vitoriano, T. | Co-autores: Santos, A. | Dias, E. | Madaleno, M.

## Resultados e Discussão

### Intervenção de Enfermagem APEGO

Avaliação – Prevenção – Educação – Gestão

### Metodologia



Autor: Vitoriano, T. | Co-autores: Santos, A. | Dias, E. | Madaleno, M.

## Resultados e Discussão

### Avaliação do Estado Nutricional MUST

#### Fatores de Risco do Doente

- Idade (crianças e idosos)
- Género feminino
- Higiene oral descuidada
- Doenças dentárias pré-existentes
- Medicação cause Xerostomia
- Desidratação
- Consumo de álcool, tabaco ou drogas
- Oxigenoterapia
- Mal nutrição

#### Fatores de Risco do Tratamento

- Tipo de tumor
- RT de cabeça e pescoço
- Irradiação total do corpo
- QT alta dose
- QT/RT

#### Os 5 passos da "MUST"

- Passo 1**  
Medir a altura e o peso para obter a percentagem de IMC utilizando a tabela fornecida. Se não for possível obter a altura e o peso, utilizar os procedimentos alternativos indicados neste guia.
- Passo 2**  
Anotar a percentagem de perda de peso involuntária a partir utilizando as tabelas fornecidas.
- Passo 3**  
Estabelecer a existência de doenças graves e pontuar.
- Passo 4**  
Somar as pontuações dos passos 1, 2 e 3 para obter o risco geral de malnutrição.
- Passo 5**  
Utilizar as linhas de avaliação de controlo e/ou a política local para desenvolver um plano de cuidados.

Fonte: www.bapen.org.uk

#### Escala Toxicidade oral RTOG

0	1	2	3	4
Resposta adequada para alimentação, peso, estado nutricional, nível de hidratação, ingestão alimentar, nível de atividade física, nível de bem-estar, nível de satisfação com a qualidade de vida.	Mucosite leve com prurido ou dor insignificante, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite moderada com prurido ou dor moderada, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite grave com prurido ou dor intensa, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite muito grave com prurido ou dor extrema, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.
	Mucosite leve com prurido ou dor insignificante, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite moderada com prurido ou dor moderada, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite grave com prurido ou dor intensa, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite muito grave com prurido ou dor extrema, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.
	Mucosite leve com prurido ou dor insignificante, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite moderada com prurido ou dor moderada, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite grave com prurido ou dor intensa, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite muito grave com prurido ou dor extrema, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.
	Mucosite leve com prurido ou dor insignificante, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite moderada com prurido ou dor moderada, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite grave com prurido ou dor intensa, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.	Mucosite muito grave com prurido ou dor extrema, irritação da mucosa oral, alteração da cor da mucosa oral, alteração da consistência da mucosa oral.



- Alto Risco**
- Doentes com antecedentes de problemas orais moderados a graves
    - QT de alta dose
    - RT (>60Gy) com ou sem QT
    - RT da região da cabeça e pescoço

- Média Risco**
- Doentes com antecedentes de problemas orais
  - Doentes com antecedentes de MO, grau 2
    - RT de cabeça e pescoço (40-60 Gy)
  - Doente faz terapêutica que pode provocar secura da boca.

- Baixo Risco**
- Doentes sem história de MO ou tratamento não causa MO

**Não Recomendado:**  
Uso de clorexidina, sucralofato e aciclovir na prevenção da MO

Autor: Vitoriano, T. | Co-autores: Santos, A. | Dias, E. | Madaleno, M.

## Resultados e Discussão

Educação

Educação do Doente

- Cuidados orais
- Gestão alimentar
- Gestão medicamentosa



Gestão

Grau 1 | Grau 2 | Grau 3 | Grau 4

De acordo com o grau de mucosite oral, educar e instruir o doente acerca de:

### Cuidados Oraís

Inspecção mucosa oral diariamente  
Escovagem de dentes pelo menos após as refeições e antes de dormir  
Bochechar e hidratar a cavidade oral e lábios

### Gestão Alimentar

Evitar alimentos irritantes ou traumatizantes  
Ingestão de alimentos moles, suaves e com molhos  
Ingesta hídrica

### Gestão Medicamentosa

Fosfato de cálcio  
Solução de bochechos compostos  
Analgésia, tópica ou sistémica

Autor: Vitoriano, T. | Co-autores: Santos, A. | Dias, E. | Madaleno, M.

## Conclusões e Sugestões de Melhoria



A enfermagem tem capacidade para avaliar as pessoas e implementar programas de administração de meios preventivos e terapêuticos na mucosite <sup>10</sup> podendo contribuir substancialmente para melhoria do conforto dos doentes seriamente abalada por aspetos, não só físicos, como a xerostomia, a dor ou a impossibilidade de comunicar e se alimentar, como também psico-espirituais, socioculturais e ambientais <sup>9, 10</sup>

A realização deste procedimento irá permitir a elaboração de um Guia de Boas Práticas segundo as orientações da Ordem dos Enfermeiros, com a possibilidade de aprovação da mesma entidade.

### Referências Bibliográficas

1. Scardina, G.; Pisano, T.; Messina, P. (2010). Oral Mucositis: Review of Literature. *Dental Journal*. New York: 2. Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bensadoun, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5),v139-v151. Doi: 10.1093/annonc/ndv202; 3. Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2015). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/104-070720160002090014; 4. Kartir, P.; Tasci, S.; Soyuer, S.; Elmall, F. (2014). Effect of the oral mucositis protocol on quality of life of patients with head and neck cancer treated wit radiation therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (13), E118-E125. 5. Organização Mundial de Saúde (2015). Disponível em: <http://www.who.int>; 6. Filho, M.; Pires, M.; Junior, H.; Bonan, P.; Ima, L. (2010). Prevalência de mucosite oral radioinduzida em um serviço de radioterapia no norte de Minas Gerais. *Revista Odontológica Brasileira Central*, 19 (50), 239-242; 7. Sonis, S. (2004). The pathobiology of mucositis. *National Rev. Cancer*, 4 (4), 277-284; 8. Eilers, J.; Millon, R. (2011). Clinical Update: Prevention and Management of Oral Mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4), e1-e16; 9. Gondim, F. M.; Gomes, I. P.; Firmino, F. (2010). Prevenção e Tratamento da Mucosite Oral. *Revista Enfermagem*, 1 (18), 67-74; 10. Actuação da Enfermagem na prevenção e controle da Mucosite oral em pacientes submetidos à quimioterapia: uma revisão da literatura. *C&S – Revista Electrónica da Faoir*, 7 (1), 94-107; 11. Araújo, S.; Luz, M.; Silva, G.; Andrade, E.; Nunes, L.; Moura, R. (2015). Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 267-274; 12. British Association of Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). Malnutrition Universal Screening Tool. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <http://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must/must-toolkit/the-must-toolkit-must-toolkit-portugues>; 13. BC Cancer Agency. Professional practice nursing standards: symptom management guidelines: oral mucositis. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: [http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12\\_%20Oral%20Mucositis.pdf](http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12_%20Oral%20Mucositis.pdf); 14. Circular Normativa nº 9 de 14 de Junho (2003). A Dor como 8º Sinal Vital – Registo Sistemático da Intensidade da dor. Direção Geral da Saúde; 15. Quinn, B. (2015). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. *Clinical Practice Guidelines and recommendations*. EONS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recommendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recommendations.html); 16. Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleven, J.; ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomic.co.uk>

Autor: Vitoriano, T. | Co-autores: Santos, A. | Dias, E. | Madaleno, M.



**Apêndice XXVI – Poster apresentado nos Encontros da Primavera 2018**



# Intervenção de Enfermagem ao doente com risco de Mucosite Oral induzida por Radioterapia

**Autor:** Vitoriano, Tânia<sup>1</sup> **Co-autores:** Costa, Alexandra<sup>2</sup>; Dias, Elisabete<sup>3</sup>; Madaleno, Maria Manuel<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, v. Oncológica; <sup>2</sup> Enfermeira Doutorada e Docente Orientador; <sup>3</sup> Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, v. Oncológica e Mestre em Cuidados Paliativos; <sup>4</sup> Enfermeira Generalista



## Introdução

A Mucosite Oral (MO) é referida por alguns autores como o efeito agudo mais frequente e de maior morbidade em doentes oncológicos que realizam tratamento de radioterapia de cabeça e pescoço e/ou quimioterapia. É um dos primeiros efeitos secundários da RT curativa em doentes com patologia oncológica de cabeça e pescoço, manifestando-se nas primeiras duas semanas de tratamento (podendo desaparecer lentamente entre duas a três semanas após o término do mesmo) e a sua prevalência é cerca de 80% a 100% dos doentes submetidos a RT. Sendo este efeito secundário de grande morbidade para o doente, os cuidados de enfermagem sistematizados e direcionados permitem promover o conforto do doente submetido a RT da cabeça e pescoço.

## Objetivos

- Definir um referencial de ação a ser utilizado por enfermeiros no serviço de radioterapia.
- Garantir uma uniformidade de boas práticas na intervenção de enfermagem à pessoa com risco de Mucosite Oral.

## Metodologia



## Mucosite Oral

Inflamação tóxica da mucosa oral que resulta da ação de agentes citostáticos e da radiação ionizante e caracteriza-se por eritema ou ulceração, que podem ser exacerbados por fatores locais, como infeções secundárias e trauma.

Compromete a alimentação devido a disfagia e odinofagia, provocando desidratação, anorexia, perda de peso e mesmo caquexia. Influencia também a higiene oral e a comunicação, o que resulta em isolamento social e risco de depressão.

A Mucosite oral induzida por radioterapia inicia-se 1-2 semanas após o começo do tratamento, podendo prolongar-se até 2-3 semanas após final do tratamento.

## Conclusão

O Enfermeiro tem a capacidade para avaliar as pessoas e implementar programas de administração de meios preventivos e terapêuticos na mucosite podendo contribuir substancialmente para melhoria do conforto dos doentes seriamente abalada por aspetos, não só físicos, como a xerostomia, a dor ou a impossibilidade de comunicar e se alimentar, como também psico-espirituais, socioculturais e ambientais.

O enfermeiro tem um papel ativo, dinâmico e individualizado no âmbito da prevenção e tratamento da mucosite oral, onde desenvolve um plano individualizado de cuidados, com a implementação de intervenções baseadas em evidências.

### Referências Bibliográficas

- Peterson, D.; Boers-Doets, C.; Bessoudou, R.; Herrstedt, J. (2015). Management of oral and gastrointestinal mucosal injury: ESO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26 (5), 1139-1151. Doi: 10.1093/annonc/mdv202; 2. Lopes, L.; Rodrigues, A.; Brasil, D.; Moreira, M.; Amaral, J.; Oliveira, P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (1), 1-9. Doi: 10.1590/0104-07072016000200014; 3. Kartin, P.; Tasci, S.; Soyuer, S.; Elmali, F. (2014). Effect of neoral mucositis protocol on quality of life of patients with head and neck cancer treated with radiation therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6 (18), E118-E125; 4. Organização Mundial de Saúde (2016). Disponível em: <http://www.who.int>; 5. Eilers, J.; Millon, R. (2011). Clinical Update: Prevention and Management of Oral Mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 27 (4), e1-e16; 6. Araújo, S.; Luz, M.; Silva, G.; Andrade, E.; Nunes, L.; Moura, R. (2015). Cancer patients with oral mucositis: challenges for nursing care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(2), 267-274; 7. British Association of Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN), Malnutrition Universal Screening Tool. Acedido em 20/09/2017. Disponível em: <https://www.bapen.org.uk/screening-and-must/must-toolkit-the-must-itself/must-portuguese>; 8. Quinn, B. (2015). European oral care in cancer group: oral care guidance and support. *Clinical Practice Guidelines and recommendations*. EDHS. Acedido em 3/4/2017. Disponível em: [www.cancernurse.eu/education/guidelines-recommendations.html](http://www.cancernurse.eu/education/guidelines-recommendations.html); 9. Quinn, B.; Davies, M.; Horn, J.; Riley, E.; Treleven, J.; ... Campbell, F. (2015). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. (2ª ed.). United Kingdom Oral Mucositis in Cancer Group. Acedido a 6/4/2017. Disponível em: <http://www.ukomc.co.uk>.

## Resultados

### Fatores de Risco do Doente

- Idade (crianças e idosos)
- Género feminino
- Higiene oral descuidada
- Doenças dentárias pré-existent
- Medicação cause Xerostomia
- Desidratação
- Consumo de álcool, tabaco ou drogas
- Oxigenoterapia
- Mal nutrição

### Fatores de Risco do Tratamento

- RT de cabeça e pescoço
- Irradiação total do corpo
- QT alta dose
- QT/RT

### Estado Nutricional

- MUST (Ferramenta para Rastrear de Malnutrição)

### Toxicidade da Mucosa Oral

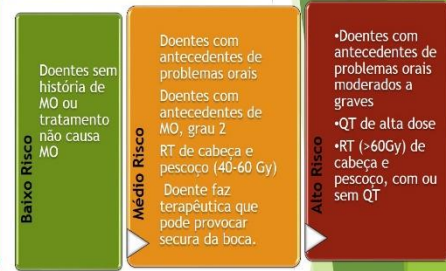
- Escala de Toxicidade da mucosa oral da RTOG

Avaliação

Prevenção

Educação

Gestão



### Educação do Doente

- Cuidados orais
- Gestão alimentar
- Gestão medicamentosa

De acordo com o grau de mucosite oral, educar e instruir o doente acerca de:

#### Cuidados Oraís

- Inspecção mucosa oral diariamente
- Escovagem de dentes pelo menos 4 vezes por dia, após as refeições e antes de dormir
- Bochechar e hidratar a cavidade oral e lábios

#### Gestão Alimentar

- Evitar alimentos irritantes ou traumatizantes
- Ingestão de alimentos moles, suaves e com molhos, hipercalóricos e hiperproteicos
- Ingesta hídrica

#### Gestão Medicamentosa

- Fosfato de cálcio
- Solução de bochechos compostos
- Analgesia, tópica ou sistémica

Gráu 1 | Gráu 2 | Gráu 3 | Gráu 4