Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A mucosite oral na pessoa com cancro: intervenção de enfermagem

Joana Mota da Silva

Coimbra, 2018

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

A mucosite oral na pessoa com cancro: intervenção de enfermagem

Joana Mota da Silva

Orientadora: Profª Doutora Isabel Maria Pinheiro Borges Moreira
Professora Coordenadora da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Co-Orientadora: Profª Doutora Anabela de Sousa Salgueiro Oliveira
Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, 2018

“A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído”.

Confúcio

A todos os enfermeiros que fazem da arte de cuidar um modo de vida.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o reflexo de um longo caminho percorrido repleto de desafios, inseguranças, incertezas, mas também de conquistas e alegrias, só possível devido ao contributo de várias pessoas, que aqui merecem ser referenciadas.

Dirijo os primeiros agradecimentos às minhas orientadoras, Professora Doutora Isabel Moreira e Professora Doutora Anabela Salgueiro Oliveira, pela disponibilidade constante, pelos desafios lançados, pela motivação e pela assertiva opinião.

Agradeço ao Instituto Português de Oncologia de Coimbra, pela oportunidade dada para desenvolver esta investigação.

A toda a equipa do Serviço de Oncologia Médica, aos meus colegas de trabalho, pelo companheirismo diário, pelo incentivo, pela crítica, pela dedicação e envolvimento neste trabalho, que assumiram como seu. Um agradecimento especial ao Enfermeiro João Moreira por todo o apoio, carinho e oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional.

Agradeço aos meus amigos, pela presença, pela compreensão, pelas palavras de incentivo e pela partilha. Um agradecimento especial ao meu grande amigo, Filipe Santos, pela preciosa ajuda no tratamento estatístico dos resultados.

Agradeço ainda, aos meus colegas de Mestrado, pela partilha e apoio nesta longa caminhada.

Aos meus pais, à minha irmã, à minha sobrinha Inês e a toda a família faço um agradecimento especial, pela compreensão de tantas ausências, pelo apoio, pela força, pelo carinho, por me encorajarem e tantas vezes se orgulharem.

Ao Pedro agradeço o apoio incondicional em todos os momentos, a motivação, a sabedoria, a leitura crítica, o carinho, a presença que me preenche, me completa e me ajuda a continuar.

A todos um muito obrigada!

ABREVIATURAS E SIGLAS

AEOP	Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa
DGS	Direção Geral de Saúde
DP	Desvio Padrão
Enf.ª	Enfermeira
Enf.º	Enfermeiro
EONS	European Oncology Nursing Society
GI	Gastrointestinal
HO	Higiene oral
IA	Investigação-Ação
ICN	International Council of Nurses
MO	Mucosite Oral
N.º	Número
NCI	National Cancer Institute
OAG	Oral Assessement Guide
OM	Oral mucositis
OMS	Organização Mundial de Saúde
QT	Quimioterapia
ROS	Espécies Reativas de Oxigénio
RT	Radioterapia
SAPE	Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences

RESUMO

A mucosite oral (MO) é a complicação major relatada pelos doentes em tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia, com forte impacte na qualidade de vida da pessoa, comprometendo funções físicas e psicológicas. Varia entre 40 e 76% em doentes submetidos a quimioterapia (QT), podendo atingir 90% em doentes a realizar radioterapia (RT).

Dos fatores de risco associados à pessoa salienta-se a higiene oral, por ser passível de intervenção pelos profissionais de saúde, assumindo os enfermeiros um papel fundamental. A avaliação da cavidade oral permite diagnosticar os diferentes estadios de MO e estabelecer um plano de cuidados individualizado.

Dado que a literatura científica evidencia que as práticas de enfermagem têm impacte nas complicações associadas aos tratamentos de QT/RT, implementou-se um estudo de Investigação-Ação com o objetivo de conhecer as práticas dos enfermeiros no âmbito da pessoa com MO ou risco de desenvolver MO e de analisar o impacte de um programa formativo nessas mesmas práticas.

Na Fase de *Planeamento* através da análise do padrão documental foram identificadas as práticas dos enfermeiros em relação à pessoa com MO ou risco de MO, verificando-se uma falta de uniformização entre enfermeiros, nomeadamente na avaliação dos hábitos de higiene oral, na avaliação sistemática da cavidade oral e no planeamento dos ensinos realizados à pessoa e família, assim como uma discrepância no que se refere às orientações das *guidelines* e à evidência científica.

A reflexão com os enfermeiros da equipa, sobre os resultados obtidos na análise documental sustentou a Fase de *Ação*, com a realização de um programa formativo.

Na Fase de *Reflexão* com novo recurso à análise do padrão documental dos enfermeiros e à realização de um *focus group*, identificaram-se alterações positivas nas práticas dos enfermeiros em que não havia uniformização.

Em síntese, e conscientes de que as práticas resultam de um sistema complexo de interações num determinado contexto, considera-se que a formação conduziu a uma maior mobilização de conhecimentos, com reflexo nas práticas dos enfermeiros e traduzido em ganhos em saúde.

Palavras-chave: Mucosite oral, cuidados de enfermagem, oncologia.

ABSTRACT

Oral mucositis (OM) is the major complication reported by patients undergoing chemotherapy and/or radiotherapy, with a strong impact on their quality of life by compromising physical and psychological functions. OM affects 40-76% of patients undergoing chemotherapy (QT) and up to 90% of patients undergoing radiotherapy (RT).

Inadequate oral hygiene is a patient-related risk factor in which health professionals can intervene, namely nurses. Oral examination allows diagnosing the different stages of OM and establishing an individualized care plan.

Given that the scientific literature shows that nursing practices have an impact on the complications associated with QT/RT treatments, we implemented a Action- Research study with the objective of knowing the nurses' practices in the context of the person with OM or risk of develop mucositis and to analyse the impact of a training program on these same practices.

In the *Planning* Phase through the analysis of the documentary standard, the practices of the nurses were identified in relation to the person with OM or risk of OM, and there was a lack of standardization among nurses, namely in the evaluation of oral hygiene habits, in the systematic evaluation of the oral cavity and in the planning of the teachings made to the person and family, as well as a discrepancy regarding guidelines and evidence scientific basis.

The reflection with the nurses of the team, on the results obtained in the documentary analysis, sustained the *Action* Phase, with the realization of a training program.

In the *Reflection* Phase with a new recourse to the analysis of the documentary pattern of the nurses and to the realization of a focus group, we identified positive changes in the aspects under study, being evident changes in nurses' practices in the planning of the systematic evaluation of the oral cavity, of the oral hygiene habits, in the teachings made to the person and family, in the standardization and reflection on the practices.

In summary, and aware that the practices result from a complete system of interactions in a given context, we consider that the training program provided organizational changes and a greater mobilization of knowledge, reflected in the practice of nurses and translated into health gains.

Keywords: Oral mucositis, nursing care, oncology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Planeamento da avaliação da higiene oral 75
Figura 2: Planeamento de ensinos sobre os efeitos secundários do tratamento e cuidados de higiene oral 75

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Número total de doentes internados, número de doentes internados para tratamento de QT/RT, taxa de ocupação, demora média, média de idades dos doentes, diagnósticos prevalentes e índice de Case-mix dos doentes internados no ano 2016 na unidade em estudo 56

Tabela 2: Perfil dos doentes na Fase de Planeamento e na Fase de Reflexão 57

Tabela 3: Caraterísticas sociodemográficas dos enfermeiros na Fase de Planeamento e na de Reflexão..... 59

Tabela 4: Programa Formativo "A mucosite, causas e impacte no bem-estar do doente" 68

Tabela 5: Avaliação inicial dos hábitos de higiene oral dos doentes no domicílio segundo o ciclo de tratamento - Fase de *Planeamento* 73

Tabela 6: Planeamento da avaliação da higiene oral durante o internamento segundo os hábitos tabágicos dos doentes- Fase de *Planeamento* 74

Tabela 7: Planeamento de ensinos sobre os efeitos secundários do tratamento e cuidados de higiene oral - Fase de *Planeamento* 74

Tabela 8: Planeamento da avaliação da cavidade oral e membranas mucosas segundo o diagnóstico de mucosite - Fase de *Planeamento*..... 74

Tabela 9: Diferenças na avaliação dos hábitos de HO e no planeamento das intervenções autónomas entre a Fase de Planeamento e a de Fase de Reflexão segundo o teste de Qui-quadrado..... 81

Tabela 10: Perfil dos doentes com MO na Fase de *Planeamento* e na Fase de *Reflexão* 83

Tabela 11: Categorias e Subcategorias resultantes da análise de conteúdo da transcrição do focus group..... 84

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 21

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO CONCETUAL

1 – A PESSOA COM MUCOSITE ORAL 27

1.1 – MUCOSITE ORAL: CONCEITOS E FATORES DE RISCO 27

1.2 – IMPACTE DA MUCOSITE NA PESSOA: PROCESSO E ALTERAÇÕES 29

1.3 – PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM 31

2 – A IMPORTÂNCIA DA TRANSFERIBILIDADE DO CONHECIMENTO PARA A PRAXIS 41

CAPÍTULO II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA 47

2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS 49

3 – INVESTIGAÇÃO-AÇÃO 51

4 – CONTEXTO DO ESTUDO 55

4.1 – CARATERIZAÇÃO FÍSICA 55

4.2 – PERFIL DOS DOENTES 56

4.3 – EQUIPA DE ENFERMAGEM 58

4.4 – ORGANIZAÇÃO DE CUIDADOS 59

4.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 60

5 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS 63

5.1 – FASE DE PLANEAMENTO E FASE DE REFLEXÃO 63

5.2 – FASE DE AÇÃO 66

6 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS 69

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1 – FASE DE PLANEAMENTO 73

1.1 – PRÁTICAS DE ENFERMAGEM 73

2 – FASE DE AÇÃO 77

3 – FASE DE REFLEXÃO: IMPACTE DA FASE DE AÇÃO E AS EVIDÊNCIAS DE MUDANÇA 79

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 95

CAPÍTULO V - CONCLUSÕES

CONCLUSÕES 113

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 117

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

APÊNDICES

APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

APÊNDICE II – GRELHA DE RECOLHA DE DADOS

APÊNDICE III – ROTEIRO DE ENTREVISTA DO FOCUS GROUP

APÊNDICE IV – DOCUMENTOS DE DIVULGAÇÃO DO PROGRAMA FORMATIVO

APÊNDICE V – 1.ª SESSÃO FORMATIVA

APÊNDICE VI – 2.ª SESSÃO FORMATIVA

APÊNDICE VII – 3.ª SESSÃO FORMATIVA

INTRODUÇÃO

A realidade da pessoa em tratamento oncológico está permanentemente ligada aos cuidados de enfermagem, visto que as dificuldades impostas pela doença e as complicações associadas aos tratamentos exigem cuidados diferenciados e especializados.

O enfermeiro assume um papel imprescindível na compreensão e conhecimento da forma como cada pessoa gere, vive e experiencia a transição de saúde-doença, dirigindo o seu cuidar para as reais necessidades e individualidade de cada pessoa. O cuidar em Enfermagem deve ir além do senso comum, deve ser sensível às necessidades visíveis e fundamentais e aos anseios de ser cuidado (Araújo et al., 2013).

O principal objetivo dos tratamentos oncológicos, como a quimioterapia e a radioterapia é a destruição das células cancerígenas, contudo, a maioria dos agentes quimioterápicos não atua seletivamente. Associado ao seu mecanismo de ação, dose administrada e interação entre diferentes agentes estão diferentes efeitos adversos (Cura, Junior, Martins, & Santos, 2018; Youngioo, 2016).

A mucosite surge como um dos mais importantes efeitos adversos destes tratamentos. Trata-se de uma inflamação dolorosa e ulceração da membrana mucosa, que caso atinja todo o trato gastrointestinal se denomina de mucosite gastro-intestinal. Quando as alterações apenas se verificam na mucosa oral e orofaríngea, denomina-se de mucosite oral (MO), sendo esta a forma mais comum (Yabro, Wujcik & Gobel, 2016; Youngioo, 2016).

A ocorrência da mucosite varia entre 40 e 76% em doentes submetidos a quimioterapia, podendo atingir 90% em doentes a realizar radioterapia na cabeça e pescoço. Estes valores aumentam quando há associação entre os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos (Araújo et al., 2015; Peterson, Boers-Doets, Bensadoun & Herrstedt, 2015).

A mucosite tem um forte impacte na qualidade de vida da pessoa, uma vez que as manifestações podem progredir de dor local para disfagia, anorexia e desnutrição. Levam frequentemente à interrupção do tratamento, podendo conduzir à morte (Teixeira, 2010; Yabro et al., 2016).

Os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção da mucosite e minimização dos sintomas associados a esta comorbilidade através da monitorização da cavidade oral nos doentes submetidos a tratamento oncológico. A utilização de instrumentos para a avaliação da mucosite oral ou risco de mucosite oral, a instituição de protocolos de cuidados de higiene oral e a educação da pessoa e família são fundamentais para a capacitação para o autocuidado (Eilers & Million, 2011; Teixeira, 2010). Assim, a implementação de planos de cuidados que contemplem a prevenção e o tratamento da mucosite oral são a chave para a minimização desta problemática. No entanto, é visível que esta prática se encontra, por vezes, distante do desejável.

Para Araújo et al. (2013) os cuidados de enfermagem estão, por vezes, fragmentados. O exame físico, o diagnóstico e os cuidados à cavidade oral parecem percebidos como um campo fora das competências do enfermeiro, o que contraria as bases formadoras destes profissionais, que consideram o exame da cavidade oral parte integrante do exame físico geral de qualquer doente.

A reflexão em torno da literatura e das práticas em uso, assim como, a constatação da magnitude das manifestações clínicas da mucosite oral e o seu impacte na pessoa permite dizer que a formação é essencial para dotar os enfermeiros de competências. A revisão da literatura revela que os profissionais que possuem mais formação em cuidados de saúde oral são os que se sentem mais confiantes e confortáveis nesta abordagem, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados (Perry et al., 2015).

No entanto, estudos realizados verificaram que os enfermeiros recebem poucas horas de formação relacionadas com a saúde oral, com reflexo nas suas competências gerais (Perry, Lida, Patton, & Wilder, 2015). Os doentes afirmam receber escassas informações dos enfermeiros, durante o tratamento, dirigidas à prevenção e tratamento da mucosite (Araújo et al., 2015).

O desenvolvimento de competências permitirá, uma atuação responsável no que diz respeito à monitorização da cavidade oral e dos sintomas da mucosite, diagnosticando o risco e o grau precocemente, adequando os cuidados de enfermagem à individualidade dos doentes e contribuindo, desta forma, para uma melhoria significativa da sua qualidade de vida.

Considerando a MO como um evento adverso, com implicações no bem-estar do doente e com um enorme impacte no sistema económico-financeiro é fundamental a aposta no desenvolvimento de competências dos enfermeiros.

Tal como se encontra explícito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2001), compete aos enfermeiros a prevenção de complicações, na procura permanente da excelência no exercício profissional.

Segundo o International Council of Nurses (2006), existe uma relação direta entre o desenvolviemnto de competências dos enfermeiros e a diminuição das taxas de morbilidade, mortalidade, eventos adversos e consequente aumento da satisfação dos doentes.

Nas décadas que precederam os anos 90, a enfermagem pouco tinha a oferecer, em termos de evidência científica, na diferença que fazia nos cuidados de saúde. Os estudos nas últimas décadas, identificam claramente resultados que podem ser obtidos por intervenções autónomas dos enfermeiros. Estes assumem, assim, um lugar de prestígio no cuidado às pessoas, nos seus processos de vida, nas transições que se operam durante esses processos e nas suas experiências de doença (Mitchell, citado por Amaral, 2010).

Considerando que a qualidade e o padrão do atendimento ao doente são medidos através de registos retrospetivos, é imperativo analisar a documentação de cuidados de enfermagem realizada por estes profissionais (Asamani, Amenorpe, Babanawo & Ansah Ofei, 2014).

Atendendo à importância da problemática apresentada e à evidência científica desenvolvida nesta área gerou-se assim, motivação para a realização deste estudo, definindo a seguinte questão de investigação: Qual o impacte de um programa formativo nas práticas dos enfermeiros, documentadas no sistema de informação de uma unidade de quimioterapia, na avaliação do risco e minimização da mucosite oral no doente oncológico?

Este trabalho tem, desta forma, como principais objetivos:

- Conhecer as práticas dos enfermeiros através do padrão de documentação em relação à pessoa com mucosite oral ou risco de desenvolver mucosite oral;
- Analisar o impacte de um programa formativo nas práticas documentadas pelos enfermeiros neste âmbito.

Na presente investigação, considera-se que a metodologia de investigação-ação (IA) é a que melhor responde à questão de investigação e objetivos propostos, por diferentes motivos. Procura-se contribuir para a melhoria das práticas dos enfermeiros, relativamente à problemática da mucosite, enquanto complicação inerente aos tratamentos oncológicos, no sentido de minimizar o seu aparecimento ou agravamento.

O envolvimento da equipa de enfermagem é incentivado em todo o processo de pesquisa e de forma mais intensa durante o programa formativo, valorizado o

conhecimento práxico mas também a reflexão sobre as práticas, sutentada na evidência científica.

O estudo encontra-se estruturado em 5 capítulos. No primeiro, referente ao enquadramento conceptual, aborda-se a pessoa com MO, enquanto complicação da doença oncológica. Efetua-se a abordagem ao conceito, dados epidemiológicos, fatores de risco, fisiopatologia e impacte na qualidade de vida da pessoa e apresentam-se, ainda, escalas de avaliação do risco de mucosite e classificação da MO. Ainda neste primeiro capítulo valoriza-se as intervenções de enfermagem para a promoção do autocuidado da pessoa com MO, assim como, a importância da transferibilidade do conhecimento para a praxis.

No segundo capítulo, referente ao enquadramento metodológico, apresenta-se a questão de investigação, objetivos e hipóteses. Apresenta-se a Investigação-Ação enquanto metodologia utilizada na investigação, bem como, as três fases que a integram - Planeamento, Ação e Reflexão, segundo o modelo de Kuhne & Quigley (1997). Ainda neste capítulo apresenta-se o contexto do estudo, caraterizando-se o espaço físico onde decorre a investigação, o perfil dos doentes, a equipa de enfermagem, a organização dos cuidados, terminando com as considerações éticas. Para finalizar o segundo capítulo apresentam-se os procedimentos de recolha e análise de dados.

No terceiro capítulo são apresentados os dados, e análise dos mesmos, obtidos quer na Fase de *Planeamento,* quer na Fase de *Reflexão*.

O quarto e quinto capítulo estão reservados à discussão dos resultados e conclusões, procurando-se dar resposta à questão de investigação.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO CONCETUAL

1 – A PESSOA COM MUCOSITE ORAL

O número de pessoas com cancro em Portugal tem aumentado ao longo dos últimos anos à semelhança do que acontece no resto da Europa. Este aumento, com uma tendência crescente, aproxima-se dos 3% por ano e deve-se às alterações dos estilos de vida e sucesso dos tratamentos, que contribuem para o aumento da esperança média de vida e surgimento de novas neoplasias (DGS, 2017).

Pese embora a melhoria da eficácia dos tratamentos (quimioterapia, imunoterapia, hormonoterapia e radioterapia) e o aumento da taxa de sobrevida, os efeitos adversos associados a estas modalidades terapêuticas, surgem como preocupação para os enfermeiros (Nurgali, Jagoe & Abalo, 2018; Smeltzer & Bare, 2005; Vigarios, Epstein, & Sibaud, 2017).

Constituindo a MO um dos principais efeitos adversos dos tratamentos (Vigarios et al., 2017), importa explorar o seu conceito, a sua magnitude e os fatores de risco, assim como, identificar o contributo do enfermeiro na minimização do impacte desta problemática na pessoa.

1.1 – MUCOSITE ORAL: CONCEITOS E FATORES DE RISCO

A mucosite consiste num processo inflamatório e/ou lesão ulcerativa do trato oral e/ou gastrointestinal que envolve as células epiteliais da mucosa, desde a boca até ao ânus, sendo que, as manifestações mais comuns são a dor e a ulceração do epitélio (Eilers, Harris, Henry & Johnson, 2014; Yabro et al., 2016). De acordo com a localização anatómica do processo inflamatório, assim se denomina como: mucosite oral (MO) ou mucosite gastro intestinal (GI). A mucosa oral e labial pelo facto de ter uma taxa de renovação aproximadamente de 5 a 16 dias leva a que a cavidade oral seja profundamente afetada pela toxicidade da quimioterapia. Além disso, a cavidade oral do adulto aloja uma extensa flora microbiana que, frequentemente se altera quando a pessoa está em neutropenia (Brennan, Lalla, Schubert & Peterson, 2015 citado por Perry, Doll & Freter, 2012).

As doenças infeciosas, deficiência imunológica e alguns medicamentos podem surgir como causas da mucosite oral, no entanto, a quimioterapia em altas doses e a

radioterapia à pessoa com cancro da cabeça e pescoço, são duas das principais causas da mucosite (Araújo et al., 2015; Peterson et al., 2015; Youngioo, 2016).

A MO é a complicação major relatada pela pessoa durante a quimioterapia e/ou radioterapia e resulta da complexa interação entre fatores inerentes à pessoa, tipo de tumor, sua localização e tratamento (Yabro, 2016).

A ocorrência da MO varia entre 40% e 76% em doentes submetidos a quimioterapia, podendo atingir 90% em doentes a realizar radioterapia na região da cabeça e pescoço. Estes valores aumentam quando há associação entre os tratamentos quimioterápicos e radioterápicos (Araújo et al., 2015; Peterson et al., 2015; Youngioo, 2016).

A ocorrência de toxicidade oral, nomeadamente MO, associada às novas terapias antineoplásicas, denominadas de terapias dirigidas, ou terapias alvo encontra-se até ao momento pouco documentada. Por um lado, considera-se que os efeitos adversos em células normais são menos frequentes nas terapias dirigidas, relativamente à quimioterapia convencional e radioterapia. Por outro, as novas terapias são frequentemente utilizadas em combinação com as convencionais, dificultando a identificação de toxicidade oral derivada exclusivamente das terapias alvo (Vigarios et al., 2017; Youngioo, 2016).

A prevalência e a gravidade da MO variam de acordo com a presença de fatores de risco inerentes à pessoa e ao tratamento administrado (Araújo et al., 2013; Eilers, 2011; Gondin, Gomes & Firmino, 2010; Teixeira, 2010; Yabro et al., 2016; Youngioo, 2016).

Relativamente aos fatores de risco relacionados com o tratamento e mais especificamente com a radioterapia, estes estão associados ao tipo de radiação, técnicas de planeamento, área de tecido irradiado, dose diária e total e esquema de fracionamento. Em relação à quimioterapia, depende do tipo de tratamento, da dose administrada e da sequência do tratamento. As drogas citotóxicas que mais afetam o epitélio da mucosa são o fluorouracilo, metotrexato, bleomicina, doxorrubicina e ciclofosfamida (Gondin et al., 2010).

Quanto aos fatores de risco relacionados com a pessoa, encontram-se: a idade, sendo o risco superior nos jovens, devido ao aumento da taxa de renovação celular e nos idosos devido à diminuição da taxa de cicatrização; o sexo com risco superior no feminino; a secreção salivar quando diminuída; a higiene e saúde oral, pois uma cavidade oral limpa e cuidada diminui o risco de desenvolver mucosite; os fatores genéticos; o índice de massa corporal, sendo os doentes desnutridos mais propensos para o problema; a função renal alterada, a creatinina elevada potencia o aumento da

toxicidade; o tabagismo, pois aumenta a microcirculação e atrasa a cicatrização e por último história de mucosite em tratamentos anteriores (Yabro et al., 2016).

1.2 – IMPACTE DA MUCOSITE NA PESSOA: PROCESSO E ALTERAÇÕES

As alterações clínicas associadas à mucosite poderão não se manifestar imediatamente a seguir aos tratamentos instituídos à pessoa, pelo que o enfermeiro deverá ter conhecimentos sobre o processo de alteração fisiopatológico desencadeado, de forma a detetar precocemente qualquer manifestação.

Efetivamente a relação temporal entre o momento da administração da quimioterapia ou da radioterapia e o aparecimento dos sinais e sintomas condiciona muitas vezes o diagnóstico clínico (Peterson et al., 2015).

A mucosite é mais do que a toxicidade direta da quimioterapia e radioterapia nas células epiteliais de rápida proliferação, é o resultado de múltiplos e complexos eventos biológicos, que envolvem interação entre epitélio e a submucosa subjacente e cuja projeção é descrita em cinco fases distintas: iniciação, regulação e ativação, amplificação, ulceração e cicatrização (Al-Ansari et al., 2015; Rampini, Ferreira, & Antunes, 2009; Youngioo, 2016). Estas fases são segundo os autores atrás referênciados, caracterizadas por um conjunto de elementos, que se passam a apresentar:

- Fase de Iniciação, é a primeira etapa do processo de alterações, surge imediatamente após a administração de quimioterapia e radioterapia, sendo caraterizada por dano celular direto, com possível destruição de DNA. A lesão no DNA pode ocorrer diretamente como resultado da agressão às células da camada basal do epitélio e da submucosa ou indiretamente através das espécies reativas de oxigénio (ROS) que são produzidas simultaneamente. Embora a mucosa pareça estar absolutamente normal neste estadio, a cascata de eventos iniciada na submucosa resultará na destruição da mucosa;
- Fase de Regulação e Ativação, constituem a segunda fase de alterações. O DNA lesado irá afetar outros processos biológicos, ativando fatores de transcrição e estimulando a produção de citocinas pró-inflamatórias, cuja presença agride precocemente o tecido conjuntivo, o endotélio e reduz a oxigenação epitelial culminando com a morte das células basais do epitélio e com a injúria tecidual;
- Fase de Amplificação, ocorre como consequência da ativação inicial dos fatores de transcrição, uma grande quantidade de proteínas biologicamente ativadas

atinge a submucosa, proporcionando um feedback positivo para amplificar os danos iniciais causados pela quimioterapia e radioterapia;

- Fase Ulcerativa, manifesta-se aproximadamente 10 dias após a administração de quimioterapia estomatotóxica, ou radioterapia com doses radioativas a partir de 30Gy, ocorrendo a desintegração e a ulceração do epitélio. Para além de comprometer a membrana mucosa é responsável pela colonização microbiológica das úlceras por bactérias que habitam a cavidade oral, estimulando a produção de outras citocinas pró-inflamatórias. A úlcera pode conter fibrina e exsudato com bactérias que é referido como uma pseudomembrana. Os produtos da parede celular bacteriana demonstram capacidade de aumentar o dano da mucosa por estimulação de macrófagos que produzem sinais pró-inflamatórios adicionais;
- Fase de Cicatrização, ocorre de forma espontânea em aproximadamente 3 semanas após o término da radioterapia ou da quimioterapia. A migração do epitélio para a margem da lesão ocorrerá em consequência aos sinais das células mesenquimais e da matriz extracelular, os quais determinarão a proliferação, migração e diferenciação celular.

Na pessoa submetida a radioterapia as manifestações clínicas são graduais, surgindo normalmente 2 semanas após o início dos tratamentos. Nestes doentes a mucosite pode permanecer por um período mais longo, chegando a tornar-se crónica (Kartin, Tasci, Soyuer & Elmali, 2014).

Nos tratamentos de quimioterapia, os primeiros sintomas desta toxicidade na pessoa surgem normalmente 3-4 dias após o início, sendo que as manifestações mais graves ocorrem 7-14 dias depois. A cicatrização ocorre normalmente 5-10 dias após o aparecimento dos primeiros sintomas (Al-Ansari et al., 2015).

Nos estadios clínicos iniciais, o doente experimenta uma sensação de queimadura na mucosa que evolui, sensivelmente, após uma semana da administração dos medicamentos para uma lesão eritematosa, podendo ulcerar dentro de 5 dias. As zonas anatómicas mais afetadas são a mucosa labial / bucal, a língua lateral e ventral e o soalho da boca e palato mole, contrariamente às zonas queratinizadas, como o palato duro e gengival (Peterson et al., citado por Perry et al., 2012). Sendo a ulceração um dos principais sintomas associados à MO, a mucosa pode ser rapidamente colonizada pela flora oral, o que torna os doentes mais suscetíveis a infeções oportunistas. As infeções orais existentes subclinicamente, agudizam devido à mielossupressão e deficiente higienização da cavidade oral o que favorece as infeções locais e serve de

porta de entrada a infeções sistémicas (Gondin et al., 2010). Esta situação tem um forte impacte não só na qualidade de vida do doente, mas também em termos económicos (Yabro et al., 2016; Youngioo, 2016).

A MO está associada ao aumento dos custos dos cuidados de saúde resultantes de alterações na terapia, terapia adicional e aumento dos dias de internamento. O custo do tratamento da mucosite oral é diretamente proporcional ao grau da mucosite. Este pode estar associado à hospitalização, exames e procedimentos, terapias de suporte não programadas, emergências, consultas de ambulatório e medicação (Yabro et al., 2016).

Como referido a mucosite tem um enorme impacte na qualidade de vida da pessoa, comprometendo funções físicas e psicológicas. Yabro (2016) salienta que a pessoa refere ficar em sofrimento, a sua imagem corporal fica afetada, assim como a comunicação (verbal e não verbal). A dificuldade em deglutir ao interferir com a nutrição compromete o estado geral do doente (Teixeira, 2010).

Também a dor surge como uma das queixas mais frequentes, sendo descrita como uma sensação de queimadura, seguida de um aumento de sensibilidade. A sua severidade é diretamente proporcional à dimensão da área comprometida e quando associada à presença de lesões leva, frequentemente, à necessidade de apoio nutricional entérico e à utilização de opióides, com o objetivo de minimizar a dor, manter o estado nutricional da pessoa e simultaneamente manter a intensidade da dose de radiação ao longo de todo o tratamento (Peterson et al., 2015).

Um estudo realizado em diferentes unidades de saúde revela que em 75 doentes, 76% desenvolveram mucosite como complicação do tratamento para o cancro, destes, 51% necessitaram de iniciar alimentação entérica, devido à presença de dor intensa e 37% necessitaram de ser hospitalizados (Yabro et al., 2016).
Afetando a mucosite necessidades humanas básicas como alimentar-se e comunicar, a pessoa tende a isolar-se, apresentando risco de depressão, como resultado das dificuldades e frustrações que encontram no seu dia-a-dia (Peterson et al., 2015).

A diversidade de alterações apresentadas pela pessoa com mucosite poderá afetá-la completa ou parcialmente na capacidade para se autocuidar e determinar a necessidade de intervenção de enfermagem.

1.3 – PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Na era do desenvolvimento tecnológico e do conhecimento e quando se estima um aumento das doenças crónicas, como o cancro, os serviços e os profissionais de saúde

são desafiados a desenvolverem estratégias que respondam às necessidades da população (Taleghani, Shahriari & Alimohammadi, 2018).

Atualmente defende-se que os sistemas de saúde se devem centrar na pessoa, sendo necessário que os cuidados sejam organizados em torno das suas necessidades, dos seus valores e das suas preferências como referem Komatsu e Yagasaki (2014). Segundo os autores o poder da enfermagem está na conecção estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, no desenvolvimento da ação em parceria e na compreensão do seu potencial, pois o enfermeiro só pode ajudar a pessoa com cancro na trajetória da doença, se antecipar as suas necessidades e as ajudar a gerir a incerteza.

Associado ao cancro existe um conjunto de complicações que exigem uma abordagem especializada, de forma a minimizar o sofrimento, o desconforto e os problemas emocionais, sociais e espirituais da pessoa e família (Nickerson, Deering & Alazmei, 2017; Taleghani et al., 2018). Pode dizer-se que o processo de cuidar é compartilhado entre o doente e os profissionais de saúde, tendo o enfermeiro um papel importante durante o mesmo (Legg, 2011).

Como referido, a mucosite para além de ser a complicação major relatada pelos doentes oncológicos é uma das principais causas de redução da dose e interrupção dos tratamentos oncológicos, afetando a sobrevida da pessoa com cancro. Segundo Araújo et al. (2013), 18% dos doentes interromperam o tratamento oncológico, para fins de tratamento primário da mucosite oral, sendo que destes, 66,7% eram portadores de mucosite oral em grau 4, enquanto uma pequena parcela, 9,1% possuía mucosite de grau 1.

As alterações experienciadas pela pessoa devido à mucosite colocam-lhe, por vezes, limitações à capacidade para agir, quer pela necessidade de informação, quer pela dificuldade em concretizar ações que lhe permitam satisfazer determinado autocuidado. Como apontam Taylor e Renpnning (2011) a qualquer momento do ciclo de vida a pessoa pode sentir alguma limitação transitória ou mais duradoura que o impossibilite de satisfazer os requisitos de autocuidado.

O conceito de autocuidado surge a primeira vez em 1958, quando Dorothea Elisabeth Orem refletiu acerca das necessidade das pessoas em relação à enfermagem e de que forma poderiam ser ajudadas (Silva et al., 2009).

O autocuidado é uma atividade do indivíduo aprendida pelo mesmo e orientada para um objetivo (Orem, 2001). É uma ação desenvolvida pelo indivíduo, dirigida a si mesmo ou para regular os fatores que afetam o seu próprio desenvolvimento, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar. A partir desta reflexão, Orem formulou a Teoria

do Défice de Autocuidado, como uma teoria geral constituída por três teorias relacionadas: a Teoria do Autocuidado – descreve e explica o autocuidado, a Teoria do Défice de Autocuidado – explica as razões pelas quais a Enfermagem pode ajudar as pessoas e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem – descreve as relações que são necessárias estabelecer e manter, para que a Enfermagem funcione em pleno, ou seja, estabelece que o conteúdo da Enfermagem é um conjunto de práticas desempenhadas pelos enfermeiros, que em coordenação com as ações dos doentes satisfaz as necessidades de autocuidado terapêutico (Orem, 2001).

No caso da pessoa com MO ou risco de desenvolver mucosite, podem surgir diferentes necessidades que comprometem o autocuidado, pelo que, torna-se pertinente abordar os diferentes Sistemas de Enfermagem propostos. Nomeadamente o Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório, quando a pessoa não consegue realizar as ações de autocuidado e o enfermeiro compensa a sua total incapacidade; O Sistema Parcialmente Compensatório, no qual a pessoa e o enfermeiro se envolvem nas ações de autocuidado, estando o grau de envolvimento do enfermeiro dependente das limitações da pessoa e por último, o Sistema de Apoio-Educação, onde a pessoa reúne condições para o autocuidado, necessitando de ensino e orientação por parte do enfermeiro (Orem, 2001).

Num estudo desenvolvido por Hasanpour-Dehkordi (2016) o autor refere que do processo de análise do conceito de autocuidado no contexto de oncologia emerge que este é determinado por quatro atributos: educação, interação, autocontrole e autoconfiança. Trata-se de um processo que envolve autoempoderamento, automonitorização, educação e interação com a pessoa com cancro.

Na realidade, para que este processo ocorra e hajam ganhos em saúde é necessário determinar a natureza e extensão do défice de autocuidado, como defendem Taylor e Renpeninger (2011), para que a intervenção de enfermagem seja ajustada às necessidades da pessoa.

A investigação diz-nos que o autocuidado como resultado sensível aos cuidados de enfermagem é importante para atingir outros resultados, como o controlo de sintomas e a redução de complicações, contribuindo para a sensação de bem-estar e saúde (Sidani, 2011).

Para contribuir para a promoção do autocuidado da pessoa com risco de mucosite oral, o enfermeiro deverá efetuar a sua avaliação inicial e contínua adequando o plano de cuidados ao défice de autocuidado identificado.

AVALIAÇÃO

A avaliação da cavidade oral e dos hábitos da pessoa são o ponto de partida para o planeamento dos cuidados de enfermagem e permite um conhecimento acerca da saúde oral da pessoa, dos fatores de risco para o desenvolvimento de mucosite, bem como, uma avaliação dos diferentes estadios da mucosite. O plano de cuidados deve ser individualizado e integrar os valores e preferências da pessoa, pois considera-se que só com a aceitação desta está garantida a sua adesão ao plano de cuidados (Eilers & Million, 2011).

Segundo os autores anteriormente citados é fundamental a utilização de instrumentos que avaliem o risco de desenvolver mucosite e permitam detetar alterações de forma antecipada, para implementar intervenções de enfermagem que conduzam a melhores resultados.

Para a avaliação do risco de mucosite é recomendada a utilização de um instrumento válido e fiável. Teixeira (2010) faz referência ao Oral Assesement Guide (OAG) atendendo à sua qualidade, facilidade de uso e confiança dos resultados obtidos com o mesmo.

A escala OAG avalia a capacidade de deglutição do doente, a voz, secreção salivar, integridade dos lábios, língua, mucosa oral, gengivas e dentes. A soma de todas as avaliações resulta num *score* que varia entre 8 pontos (cavidade oral sem alterações) e 24 pontos (cavidade oral com alterações severas).

A variabilidade dos fatores de risco, da sua expressão e a variabilidade no relato das manifestações clínicas por parte da pessoa leva a que, por vezes, seja difícil a sua mensuração como referem Yabro et al. (2016), pelo que existe uma variedade de escalas de avaliação para o estadiamento da mucosite.
No que respeita à mucosite oral existem duas escalas mais utilizadas, são elas a escala da Organização Mundial de Saúde (OMS) e a do National Cancer Institute (NCI). A escala da OMS é frequentemente utilizada no contexto da classificação de lesão da mucosa como desfecho primário (Peterson et al., 2015).

Escala da OMS para a mucosite oral:

- Grau 0 = ausência de mucosite oral;
- Grau 1 = eritema e dor;
- Grau 2 = úlceras, capaz de ingerir sólidos;
- Grau 3 = úlceras, requer dieta líquida (devido a mucosite);
- Grau 4 = úlceras, ingestão de alimentos impossível (devido a mucosite).

A escala do NCI é um instrumento também bastante utilizado em ensaios clínicos oncológicos. A definição utilizada nesta classificação é a desordem caracterizada pela inflamação da mucosa oral.

Critérios de Terminologia Comum para Efeitos Adversos do NCI:

- Grau 1 = sintomas leves ou assintomático; intervenção não indicada;
- Grau 2 = dor moderada; não interfere na ingestão por via oral; dieta modificada indicada;
- Grau 3 = dor severa; interfere com a ingestão oral;
- Grau 4 = consequências com risco de vida; intervenção urgente indicada;
- Grau 5 = morte (Peterson et al., 2015).

As escalas apresentadas incorporam a avaliação de sinais e sintomas e os distúrbios funcionais. A utilização de um instrumento permite estratificar as manifestações apresentadas pelo doente e nortear as melhores intervenções.

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

De acordo com a European Oncology Nursing Society (EONS) a prevenção da mucosite é prioritária ao tratamento. Os enfermeiros assumem um papel importante neste âmbito, na monitorização da cavidade oral e sintomas da mucosite, permitindo uma avaliação do risco de desenvolver mucosite e um diagnóstico precoce, com avaliação do grau de mucosite, quando o problema já existe. Cabe ao enfermeiro a elaboração de um plano de cuidados individualizado, que vá de encontro à satisfação de todas as necessidades do doente contribuindo, desta forma, para uma melhoria significativa da sua qualidade de vida como referido.

As modificações da mucosa oral causadas pelos tratamentos de quimioterapia e radioterapia evoluem rapidamente, manifestando-se através de alterações físicas, subjetivas e funcionais (Quinn et al., 2008).

É baseado nas manifestações, na sua magnitude e singularidade da pessoa, que se elaboram diagnósticos como estabelecido pelo ICN (2017), se planeam intervenções de enfermagem, com vista a uma melhoria da saúde oral e minimização do aparecimento e agravamento da MO.

Segundo Quinn et al. (2008) em relação às alterações físicas, os principais focos de atenção a atender pelos enfermeiros são:

- Risco de infeção da membrana mucosa oral: indica a necessidade de vigilância acerca da coloração e hidratação das diferentes estruturas que integram a cavidade oral, para a determinação do risco e diagnóstico precoce de MO.
- Mucosa oral comprometida: exige uma monitorização contínua da cavidade oral quando já existe comprometimento da mesma (descoloração, edema, ulceração, hemorragia).

Em relação às alterações subjetivas, os principais focos de atenção a atender pelos enfermeiros são:

- Xerostomia: considerando a xerostomia um dos fatores de risco da MO, o enfermeiro assume um papel fundamental no incentivo à ingestão hídrica por via oral, sempre que possível. Para doentes sem via oral disponível ou a realizar oxigenoterapia sugerem-se estratégias como a utilização de sprays, nebulizadores com água, lubrificantes, ou colutórios (Quinn et al., 2012). O gelo, bebidas frias, saliva artificial ou lubrificantes artificiais são outras alternbativas com resultados positivos (Lambertz et al., 2010);
- Dor: é considerado o sintoma mais significativo da MO (Tolentino et al., 2011). Ao enfermeiro compete a monitorização sistemática da dor, através da aplicação de diferentes escalas de avaliação da dor, implementação de esquemas analgésicos, que podem passar por bochechos com soluções de morfina a 2%, ou administração de morfina noutras formas como sugerido por Lalla et al. (2014) ou simplesmente o uso de gelo ou bebidas frias eficazes no controle de estados iniciais de dor. Pode ser igualmente necessária a alteração da consistência da dieta (Quinn et al., 2008);
- Paladar comprometido: A disgeusia e ageusia podem surgir por dano das microvilosidades e da superfície das papilas gustativas, na pessoa submetida a radioterapia à cavidade oral, demorando cerca de 2 a 4 meses a sua recuperação (Pinho, Misorelli, Montell & Longato, 2010). Compete ao enfermeiro incentivar a pessoa com via oral disponível a fazer uma dieta variada. Quando há compromisso da via oral, deve ser incentivado o estímulo gustativo sem deglutição, quer de água, quer de alimentos variados, para deste modo promover, tanto a hidratação oral, como a exploração do paladar restante (Quinn et al., 2012).

Por último, relativamente às alterações funcionais, os principais focos de atenção a atender pelos enfermeiros têm associado a presença de dor:

- Deglutição comprometida: A deglutição na pessoa com MO está comprometida pela presença de dor (Pinho et al., 2010). A disfagia é comum nos doentes com MO, sendo a alteração da consistência da dieta um solução com alguma eficácia. Atendendo às necessidades nutricionais da pessoa e à sua capacidade funcional de ingestão de alimentos torna-se, por vezes, necessário recorrer à alimentação entérica ou parentérica (Quinn et al., 2012). A intervenção do Nutricionista nestas situações é, muitas vezes, recomendada;
- Comunicação comprometida: encontra-se muitas vezes alterada, estando associada à dor, sendo por isso, fundamental desenvolver estratégias de otimização da comunicação;
- Ansiedade: A dor associada à alteração da imagem corporal e consequente dificuldade de interação com os outros conduz a estados de tristeza e ansiedade, que exigem uma abordagem que assente no apoio emocional e na escuta ativa. A intervenção de outros profissionais de saúde, para além do enfermeiro, nomeadamente, no âmbito da Psicologia, pode ser importante neste processo (Quinn et al., 2008).

Para além da especificidade dos cuidados dirigidos às alterações físicas, subjetivas e funcionais, os enfermeiros assumem um papel fundamental nos cuidados orais à pessoa a receber terapêutica citotóxica para o cancro (Eilers & Million, 2011). Apesar da importância dos cuidados orais, estes nem sempre são valorizados e os protocolos são, por vezes, usados de forma inconsciente, podendo ser inexistentes. Os protocolos quando sistematicamente aplicados têm efeitos significativos no decréscimo da incidência, severidade e duração das sequelas orais da terapia antineoplásica (Peterson et al., 2015).

Como salientado ao longo do capitulo é fundamental a utilização de instrumentos que permitam avaliar as manifestações apresentadas pela pessoa, para nortear as melhores intervenções, pelo que, a utilização de instrumentos de medida nomeadamente, a Oral Assesement Guide (OAG) - para a avaliação do risco de mucosite e as escalas da OMS e da NCI - para classificação das lesões da mucosa oral, quando presentes, são fundamentais.

As intervenções de enfermagem associadas aos diferentes focos de atenção são importantes, contudo de acordo com Sidani (2011), o papel dos enfermeiros deverá centrar-se na responsabilização e capacitação da pessoa para o autocuidado, permitindo uma gestão eficaz dos processos saúde-doença.

CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO

É consensual a importância que o enfermeiro assume na capacitação para o autocuidado, essencialmente através dos ensinos dirigidos à pessoa.

A pessoa tem igualmente de ser responsável pelo seu projeto de saúde e ter um papel ativo assumindo ser um agente na promoção da sua saúde, desenvolvendo ações de autocuidado (Lei de Bases da Saúde n.º 48/90 de 24 de Agosto).

Também no Plano Nacional de Saúde, a capacitação dos cidadãos, através de ações de literacia, é considerada fundamental para a autonomia e responsabilização pela sua própria saúde, com base no pressuposto da máxima responsabilidade e autonomia individual e coletiva (DGS, 2015).

No entanto, os resultados de uma investigação permitiram concluir que 74,5% das pessoa com mucosite oral afirmaram não ter recebido orientações dos enfermeiros direcionadas à prevenção e ao tratamento da mucosite oral, durante o tratamento (Araújo et al., 2015).

Assim, com o objetivo de minimizar o impacte da mucosite oral na qualidade de vida da pessoa é essencial a adoção de uma série de medidas preventivas, essencialmente no âmbito do padrão de higiene oral, avaliação da cavidade oral e da alimentação/hidratação (Eilers & Million, 2011; Peterson et al., 2015).

Padrão de higiene oral

Nem sempre a pessoa está suficientemente sensibilizada para a importância da higiene oral e da avaliação sistemática da cavidade oral, dificultando a identificação dos primeiros sinais e sintomas da mucosite oral. Também os ensinos não são realizados segundo planos estruturados e os resultados não são avaliados (Eilers, 2004).

É consensual a ideia de que é fundamental uma correta avaliação diária da cavidade oral pelos enfermeiros, mas, não menos relevante, é a transmissão dessa importância ao doente e família (Eilers & Million, 2011).

Um protocolo de higiene oral deve incluir estratégias-chave para a mitigação da lesão da mucosa oral antes e durante o tratamento. Do protocolo deverão fazer parte a avaliação diária da cavidade oral; o acompanhamento regular no médico dentista; hábitos de higiene oral que contemplem a escovagem, o uso de fio ou fita dentária, o enxaguamento e a hidratação, bem como cuidados com próteses dentárias. Devem

igualmente ser incluídas no protocolo medidas relacionadas com a dieta e consumo de substâncias, como o álcool e o tabaco (Peterson et al., 2015).

Segundo a Oncology Nursing Society um protocolo de higiene oral deve incluir a escovagem adequada dos dentes, gengivas, palato e língua com uma escova macia ou esponja, após as refeições e antes de dormir. Os dentes devem ser escovados utilizando o método "Bass ou bass" modificado – pequenos movimentos vibratórios e seguidamente varrer com as cerdas para baixo. A escova deve ser substituída mensalmente e após cada utilização deve ser enxaguada cuidadosamente e armazenada num copo com a cabeça voltada para cima (Lambertz et al., 2010; Peterson et al., 2015).

Os espaços interdentais devem ser limpos uma vez por dia com fio/fita dentária, excepto se esta não for uma prática habitual, se a pessoa apresentar trombocitopenia, ou se encontrar a realizar radioterapia à região da cabeça e pescoço, pela possibilidade de traumatismo ou hemorragia gengival, por quebra da barreira epitelial (Quinn et al., 2012).

Do protocolo de higiene oral faz igualmente parte, segundo Peterson et al. (2015), enxaguar a boca com um produto sem álcool (cerca de 15ml), de manhã e pelo menos mais quatro vezes ao dia, após a escovagem, durante 1 minuto. Durante a primeira meia hora após o enxaguamento deve evitar-se comer e beber. Devido ao conflito de evidências relativamente aos colutórios a utilizar para a prevenção e tratamento da mucosite oral, considera-se possível a utilização de soro fisiológico, bicarbonato de sódio, cloridrato de benzidamina, colutórios compostos (nistatina composta), clorexidina ou fosfato de cálcio (Lalla et al., 2014; McTravish, 2014; Peterson et al., 2011; Quinn et al., 2012; Thomson et al., 2015).

Caso o doente utilize prótese dentária deve removê-la antes dos cuidados orais e, quando mal-adaptada ou na presença de lesões da mucosa oral, deve minimizar-se, tanto quanto possível, a sua utilização, até que se verifique a cicatrização dos tecidos. A prótese deve ser escovada diariamente com pasta dentária e enxaguada. Antes de colocar a prótese deve ser mergulhada, durante 10 minutos, numa solução antimicrobiana, como por exemplo, a clorexidina 0,2% (Peterson et al., 2015; Pinho et al., 2010).

Alimentar-se e Hidratar-se

Relativamente aos cuidados com a dieta a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2017) recomenda a ingestão de alimentos macios e húmidos, em prol de alimentos duros e secos, como torradas, biscoitos crocantes, alimentos crus e fritos. Devem preferir-se alimentos e bebidas frias, ou à temperatura ambiente.

É aconselhável o tempero dos alimentos com produtos naturais, nomeadamente, azeite e ervas aromáticas, evitando a ingestão de alimentos salgados, condimentados e picantes. São igualmente de eleição os alimentos ricos em proteína, como o leite e derivados, carnes e leguminosas e de evitar os ácidos e frutas cítricas (AEOP, 2017).

A água é a bebida a priveligiar, devendo evitar-se as bebidas alcoólicas, refrigerantes e café. É essencial o reforço da ingesta hídrica para manter a cavidade oral hidratada e a hidratação labial com produtos à base de água (AEOP, 2017).

2 – A IMPORTÂNCIA DA TRANSFERIBILIDADE DO CONHECIMENTO PARA A PRAXIS

Na realidade atual em que os países procuram disponibilizar cuidados e tratamentos oncológicos avançados às populações, os enfermeiros enfrentam o desafio de obter e desenvolver conhecimentos especializados em enfermagem oncológica (Nickerson et al., 2017; Taleghani et al., 2018).

A oncologia é uma área altamente especializada, que exige conhecimento especializado, pelo que a formação avançada e educação continua dos enfermeiros é fundamental para o desenvolvimento de competências de enfermagem, contribuindo para a qualidade dos cuidados (Pergert, Sandeberg, Andersson, Márky & Enskar, 2016).

Os enfermeiros no atendimento da pessoa mobilizam os conhecimentos aprendidos, experiência, capacidades pessoais e princípios científicos resultantes da investigação, num processo de reflexão na ação e reflexão sobre a ação, considerando a pessoa, a situação e o contexto (Queirós, 2016a). A pluralidade de conhecimentos mobilizados no processo de cuidar, estruturam-se pois, numa interligação entre o conhecimento público e o conhecimento privado (Queirós, 2016b).

Neste sentido, a transferibilidade do conhecimento para a prática dos cuidados implica a mobilização da Teoria da Espiral do Conhecimento, que explícita os quatro modos de conversão do conhecimento: a socialização - conversão do conhecimento tácito para o tácito; externalização - conversão do conhecimento tácito para o explícito; combinação – conversão do conhecimento explícito para o explícito; internalização – conversão do conhecimento explícito para o tácito (Nonaka & Takeuchi, 1995).

Um aspeto fundamental na gestão do conhecimento consiste na sua disseminação tornando-o acessível e utilizável dentro ou entre as organizações (Paulin & Suneson, 2012).

Poder-se-á afirmar que o conhecimento possui características dinâmicas, delimitadas pela “desconstrução” e “construção”, sendo que a procura do conhecimento vai constituir o saber que envolve o pensar, o aprender a aprender e o intervir de modo inovador e ético na praxis (Vale, Pagliuca & Quirino, 2009).

A transferência de conhecimento, sendo um campo relativamente recente de investigação, tanto como processo, como estratégia, visa reduzir a lacuna entre a

evidência científica e a prática clínica, conduzindo à utilização de resultados de pesquisas na prática e a melhores resultados na pessoa doente (Bellman & Webster, 2010).

O termo transferência de conhecimento tem sido por vezes interpretado e criticado por sugerir que o processo é unidirecional, de produtores de conhecimento a partes interessadas, contudo a prática clínica reflete a necessidade de abranger o conhecimento proveniente da pesquisa, com o conhecimento tácito e experiencial dos enfermeiros e de seus doentes (Bellman et al., 2010).

O conhecimento poderá ser transferido através de sistema de educação padronizado ou através de uma construção contextual subjetiva, em que o conhecimento é reconstruído e modificado pela conexão com experiências anteriores, valores e antecedentes pessoais (Paulin & Suneson, 2012).

Os enfermeiros embora reconheçam a necessidade de formação contínua e uma abordagem combinada entre ensino, aprendizagem e avaliação, dão igualmente grande valor à partilha de experiências pessoais e profissionais, para o desenvolvimento de habilidades profissionais e pessoais, que os coloquem aptos na prestação de cuidados de qualidade (McInally, Masters & Key, 2012).

A participação dos enfermeiros em programas educacionais que assentam na prática baseada na evidência, conduz ao reconhecimento do impacte positivo da formação na prática. Os enfermeiros demonstram mais segurança, mais confiança nos seus papéis e maior capacidade de argumentação com famílias e colegas. Desenvolvem capacidades para uma reflexão mais profunda sobre a sua prática e um senso de valorização por parte dos colegas e dos médicos (Bruheim, Woods, Smeland & Nortvedt, 2014; McInally el al., 2012; Pergert et al., 2016).

Uma investigação sobre a transferência de conhecimento para a prática clínica, apoiada em modelos de gestão de conhecimento, revelou que a mesma poderá ser mais efetiva, seguindo quatro etapas: exposição - para identificação dos repositórios de conhecimento explícito e tácito; extração - em que o conhecimento será incorporado através da autorreflexão ou reflexão sobre as práticas; aplicação - através da implementação desse conhecimento na prática; e desempenho – em que os resultados serão analisados e comparados com resultados anteriores, permitindo testar a conversão em conhecimento incorporado (Forkuo-Minka, 2018).

Noutro estudo a eficácia de um programa educacional dirigido a enfermeiros que cuidam doentes com doença oncológica, revelou que o mesmo foi eficaz na melhoria do

conhecimento e atitude dos enfermeiros, bem como na diminuição das suas dificuldades durante a prestação de cuidados (Nagamatsu, Natori, Yanai & Horiuchi, 2014).

A mobilização de conhecimentos torna-se ainda mais relevante na implementação de intervenções que visam a prevenção da mucosite. Apesar da reflexão em torno da literatura evidenciar que os enfermeiros são os profissionais que mais tempo investem nos doentes e que se encontram melhor posicionados para fazer a diferença, no que respeita à saúde oral, a realidade atual encontra-se, por vezes, distante do desejável (Eilers & Million, 2011).

Os autores Perry et al. (2015) verificaram que aproximadamente 75% dos enfermeiros referiram ter recebido menos de 3 horas de formação relacionada com a saúde oral. Constataram, porém, que os enfermeiros que receberam formação demonstraram maiores competências gerais em saúde oral, incluindo maior confiança no exame à pessoa para despiste de complicações orais, comparativamente aos enfermeiros que não tiveram qualquer formação.

A transferência do conhecimento para a prática clínica através da implementação de processos formativos no contexto de oncologia deverá simultaneamente permitir a reflexão sobre as práticas em uso e contribuir para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros e melhoria e qualidade de cuidados. A reflexão na ação tem uma função crítica e põe em questão a estrutura da suposição do conhecimento na ação como define Schön (1992), podendo assim os enfermeiros dar sentido à sua prática de uma forma significativa e construtiva (ICN, 2012).

Não menos importante e fundamental para a reflexão sobre a ação é a existência de documentação realizada pelos enfermeiros, onde de forma rigorosa e sistemática registam as suas intervenções, tornando visível o seu contributo (Irving, Treacy, Hyde, Butler & MacNeela, 2006).

Este desenvolvimento de competências possibilita, ainda, uma maior colaboração entre enfermeiros e outros profissionais dentro das equipas multidisciplinares, na resolução de problemas clínicos (Bruheim et al., 2014).

Apesar de serem importantes mais estudos para apoiarem a relação entre o conhecimento de enfermagem, a qualidade de cuidados e os resultados na pessoa com doença oncológica, são essenciais mudanças nas práticas onde o conhecimento é efetivamente aplicado, para melhorar a qualidade dos cuidados na pessoa com doença oncológica (Beck et al., 2016).

Neste âmbito, o *Modelo de Efetividade do Papel do Enfermeiro,* desenvolvido por Irvine, Sidani e Hall (1998) e sustentado no modelo de qualidade de cuidados de Donabedian (estrutura-processo-resultados), considera o conhecimento dos enfermeiros uma variável fundamental, capaz de influenciar os cuidados de enfermagem e os resultados em saúde.

A prática avançada em enfermagem oncológica, permite a realização de intervenções inovadoras que fazem a diferença na equipa de saúde de forma a permitir um elevado padrão de qualidade de cuidados (Blakely & Cope 2015; Gosselin, Dalton & Penne, 2015).

A transferência do conhecimento poderá envolver uma variedade de abordagens, entre elas a investigação-ação, contudo o que sobressai na literatura é que em contextos dinâmicos de saúde, a transferência de conhecimento é uma intervenção complexa que requer conhecimento especializado e conhecimento adquirido de uma síntese de conhecimento teórico e experiencial, sustentada pelo raciocínio crítico (Bellman et al., 2010).

CAPÍTULO II
ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1 – JUSTIFICAÇÃO DO TEMA

As alterações apresentadas pela pessoa com mucosite, assim como o sofrimento associado à mesma, têm sido uma preocupação da investigadora e dos enfermeiros da equipa.

A realização de uma Revisão Integrativa da Literatura sobre a temática, realizada no primeiro semestre de 2016, revelou o enorme impacte que a mucosite tem na qualidade de vida do doente oncológico, assim como, no sistema económico-financeiro. Revelou ainda, que os enfermeiros assumem um papel imprescindível na avaliação da cavidade oral e na implementação de um plano de cuidados de higiene oral individualizado. Aqueles que possuem mais formação em cuidados de saúde oral são os que se sentem mais confiantes e confortáveis nesta abordagem, refletindo-se na qualidade dos cuidados prestados (Araújo et al., 2013; Eilers & Million, 2011; Perry et al., 2015; Teixeira, 2010).

Os momentos de discussão e reflexão da equipa de enfermagem, sustentados no conhecimento práxico e nos resultados da Revisão Integrativa da Literatura, permitiram evidenciar a necessidade de um conhecimento mais profundo sobre o tema e impulsionaram a realização desta investigação.

Atendendo à importância que o conhecimento científico representa para a melhoria dos resultados em saúde e qualidade de cuidados, entende-se ser fundamental conhecer as práticas dos enfermeiros neste âmbito, e contribuir para a sua melhoria, considerando a forte influência que poderão ter na qualidade de vida da pessoa com mucosite oral ou risco de desenvolver mucosite.

2 – QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO E OBJETIVOS

A identificação e delimitação de um problema, bem como, a elaboração do enunciado da questão de pesquisa são condições essenciais à produção e evolução do conhecimento científico. A inexistência da questão de pesquisa ou sua inadequação poderá comprometer a qualidade e validade dos resultados (Agee, 2009; Alvesson & Sandberg, 2013; White, 2013).

A elaboração da questão de investigação assume um papel central no processo de investigação. O processo de formular, desenvolver e refinar questões de pesquisa permite aos investigadores fazer conexões com teorias existentes e achados empíricos anteriores e ajuda a evitar repetições desnecessárias ou sobreposições com trabalhos anteriores. Este processo também permite esclarecer ideias, refletir sobre a definição e operacionalização de conceitos e estabelecer ligações entre as questões que se pretendem abordar e as mais apropriadas ao projeto de pesquisa (Agee, 2009; Alvesson & Sandberg, 2013; White, 2013).

Uma questão de investigação deve ser importante, específica e sem resposta evidente (Baker, 2002). As características de uma questão de investigação vão além de ser relevante e executável, passam também por ser nova, ética e desafiadora.

As questões de investigação são os guias que orientam o tipo de informação a recolher e a estratégia de pesquisa, com vista à resolução de um problema. São fundamentais na análise da informação recolhida e ajudam o investigador a manter o rumo da investigação (Agee, 2009; Alvesson & Sandberg, 2013; White, 2013).

A procura do equilíbrio entre todos estes fatores e a vontade de dar seguimento ao estudo e à investigação desta problemática levou à formulação da seguinte questão de investigação:

"Qual o impacte de um programa formativo nas práticas dos enfermeiros, documentadas no sistema de informação de uma unidade de quimioterapia, na avaliação do risco e minimização da mucosite oral no doente oncológico?".

Partindo da questão de investigação apresentada, este estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria das práticas dos enfermeiros ao doente com mucosite oral.

Assim, traçamos como objetivos:

- Conhecer as práticas dos enfermeiros em relação aos cuidados realizados à pessoa com mucosite oral ou risco de desenvolver mucosite oral, através do padrão de documentação;
- Analisar o impacte de um programa formativo nas práticas documentadas pelos enfermeiros neste âmbito.

3 – INVESTIGAÇÃO-AÇÃO

Considera-se que a metodologia de IA, atendendo às caraterísticas que a definem, é a que melhor permitirá atingir os objetivos propostos para o estudo.

A IA foi desenvolvida por Kurt Lewin a partir de 1940 e tem sido usada em diferentes situações, com configurações diferentes para resolver problemas práticos, embora partilhando dos mesmos princípios (Merriam & Tisdell, 2016).

Segundo Coutinho (2011), a IA pode ser definida por quatro conceitos fundamentais:

- Situacional: porque visa o diagnóstico e a solução de um problema encontrado num contexto social e específico;
- Interventiva: porque não se limita a descrever um problema social, mas a intervir. Está ligada à mudança;
- Participativa: todos os intervenientes (e não apenas o investigador) são co-investigadores na pesquisa;
- Auto avaliativa: as modificações vão sendo continuamente avaliadas, com vista a produzir novos conhecimentos e a alterar a prática.

A IA é, desta forma, a metodologia que melhor se adapta a esta investigação, pois a equipa de enfermeiros onde foi realizado o estudo refletia frequentemente sobre as práticas de cuidados à pessoa com mucosite. O problema surgiu dentro da equipa e todos estavam sensíveis aos processos de mudança.

De uma forma transversal os autores concordam que a IA é a melhor estratégia para melhorar ou transformar práticas num contexto específico, melhorando a compreensão sobre as mesmas e estabelecendo uma contínua ligação entre a teoria e a prática. O envolvimento de todos os participantes é essencial no processo de mudança (Coutinho, 2011; Kuhne & Quingley, 1997; Merriam & Tisdell, 2016).

Neste sentido, e partindo dos objetivos propostos para esta investigação, compreendeu-se que a IA era aquela que se adequava à natureza do estudo, pois o propósito da mesma centra-se no conhecimento sobre as práticas dos enfermeiros em relação à pessoa com mucosite ou risco de desenvolver mucosite, num contexto específico e contribuir para a sua melhoria com os enfermeiros.

A investigação assentou no modelo de IA prática de Kuhne e Quingley (1997), na qual a investigação é um processo cíclico constituído por três fases - *Planeamento, Ação e*

Reflexão. Os autores defendem que a investigação surge sempre de um problema ou tema relevante, sobre o qual é traçado um plano de ação. No final, é realizada uma reflexão para aferir os resultados dessa ação, determinando se o problema teve solução ou se há necessidade de avançar para um novo ciclo.

Com base neste modelo foram delineadas 3 fases para a concretização da presente investigação. Na primeira fase, que corresponde à Fase de *Planeamento*, fez-se o diagnóstico do problema, ou seja, pretendeu-se nesta etapa conhecer quais as práticas dos enfermeiros ao doente com risco ou portador de mucosite oral, recorrendo-se para o efeito à análise do padrão documental realizado pelos mesmos.

A segunda fase, que diz respeito à Fase de *Ação*, incluiu a construção e realização de um programa de formação "A mucosite, causas e impacte no bem-estar do doente". O programa incluiu estratégias diversificadas e ativas, adequadas ao grupo a que se dirigia.

A terceira fase, correspondente à Fase de *Reflexão*, compreendeu a análise do impacte do programa de formação, tendo por base as alterações encontradas no padrão documental dos enfermeiros em relação à pessoa com risco de mucosite oral ou com mucosite oral, após a implementação do programa formativo.

Apesar da maioria dos estudos que recorrem à metodologia de IA, apenas utilizarem dados qualitativos, um princípio fundamental da IA é que investigadores e co-investigadores recolham e analisem dados obtidos por técnicas qualitativas e quantitativas (Merriam & Tisdell, 2016). A pertinência de utilizar na IA métodos quantitativos e qualitativos, visa em última análise ajudar os participantes a enfrentar desafios práticos e a contribuir para a produção de conhecimento (Martí, 2015).

A IA é considerada assim, dentro dos planos de investigação multi-metodológicos ou mistos, podendo recorrer a técnicas de recolha de dados quantitativas e qualitativas (Coutinho, 2011). Na presente investigação, considerando a questão de investigação estabelecida, a recolha de dados assentou em técnicas qualitativas de recolha de dados, sendo que a sua análise permitiu não só uma análise qualitativa mas também quantitativa dos mesmos.

A opção pela metodologia de IA implicou o envolvimento de toda a equipa nas diferentes fases do estudo, mantendo-a desde o início informada de todo o processo de investigação e motivando a sua participação nas diferentes fases da mesma. A participação de toda a equipa no programa de formação foi fundamental, assim como o envolvimento mais direto de alguns elementos no seu planeamento e implementação. Considerou-se que dessa forma seria mais fácil encontrar soluções para o problema em

estudo. Os achados encontrados ao longo da investigação foram transmitidos à equipa, com vista à reflexão e à co-construção do programa de formação e à adoção de estratégias para a mudança das práticas.

4 – CONTEXTO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido num Serviço de Internamento de Oncologia Médica. A opção por esta unidade de cuidados decorreu de se considerar que este reunia as condições favoráveis ao estudo, nomeadamente pelo número elevado de doentes com risco de desenvolver mucosite ou com mucosite oral, da equipa de enfermagem manifestar em múltiplas situações interesse e preocupação sobre os cuidados desenvolvidos com a pessoa e, ainda, devido ao facto, de a investigadora principal exercer funções neste serviço, que permitiu a colheita de dados em tempo útil.

Para uma melhor compreensão do estudo considerou-se importante fazer uma descrição do espaço físico do serviço, do perfil dos doentes, da equipa de enfermagem e da forma como se encontram organizados os cuidados.

4.1 – CARATERIZAÇÃO FÍSICA

Como referido o estudo foi realizado num Serviço de Oncologia Médica dotado de 40 camas distribuídas por 13 enfermarias, 2 são de isolamento individual, 3 têm 2 camas e 8 têm 4 camas. Todas as enfermarias possuem casa de banho, com lavatório, espelho e uma prateleira onde é possível colocar os produtos de higiene pessoal.

Em todos os quartos existe um armário com material de apoio aos cuidados de higiene e conforto, no qual consta esponjas de higiene oral. O restante material, nomeadamente no que se refere aos cuidados de higiene oral: escova de dentes e colutórios, estes encontram-se armazenados na sala de enfermagem.

A sala de trabalho dos enfermeiros encontra-se dividida em duas zonas distintas. Uma zona destina-se à realização dos registos de enfermagem e transmissão de informação na mudança do turno de trabalho e a outra à preparação de terapêutica.

Com as remodelações realizadas na unidade de cuidados, em finais de 2016, início de 2017, a sala onde são realizados os registos de enfermagem foi ampliada, sendo igualmente aumentado o número de computadores disponíveis para a sua realização, de 7 para 9 computadores, para uso exclusivo da equipa de enfermagem.

Salienta-se ainda, que com as obras de ampliação e remodelação do serviço foi criada uma sala de reuniões/formação, devidamente equipada com computadores, televisor plasma multimédia e projetor multimédia. A sua localização numa das extremidades do

serviço permite criar um ambiente calmo e tranquilo, tornando possível a discussão de temáticas relevantes para a equipa de enfermagem, sem risco de interrupções.

4.2 – PERFIL DOS DOENTES

Antes de se iniciar a apresentação do perfil dos doentes considerou-se importante apresentar alguns indicadores relativos à unidade de cuidados no que diz respeito à taxa de ocupação, demora média de internamento, entre outras. Os dados apresentados foram facultados pelo Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão e apenas dizem respeito ao ano 2016, onde se inseriu a Fase de *Planeamento* dado não estarem ainda disponíveis todos os dados estatísticos relativos ao ano 2018, em que decorreu a Fase de *Reflexão* (Tabela 1).

Nos dados recolhidos é evidente o decréscimo de doentes a realizar tratamento em internamento, decaindo de 110 para 63, da Fase de *Planeamento* para a de *Reflexão*, pois cada vez mais se privilegiam os tratamentos em Hospital de Dia. Desta forma, ao minimizar o número de internamentos, é possível reduzir as infeções nosocomiais, neste que é um grupo com um elevado risco de imunossupressão.

O decréscimo de doentes a realizar tratamento em regime de internamento influencia o grau de dependência dos doentes, bem como a demora média de internamento.

Tabela 1: Número total de doentes internados, número de doentes internados para tratamento de QT/RT, taxa de ocupação, demora média, média de idades dos doentes, diagnósticos prevalentes e índice de Case-mix dos doentes internados no ano 2016 na unidade em estudo

Número total de doentes internados	1441
Número de doentes internados para tratamento de QT/RT	902
Taxa de ocupação	71%
Demora média	6,5
Média de idades dos doentes	62
Número de óbitos	81
Diagnósticos mais prevalecentes	Neoplasia maligna do estômago, reto, junção reto-sigmoideia e ânus e neoplasia maligna secundária dos aparelhos respiratório e digestivo
Índice de Case-Mix	1,24

Fonte 1: Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão

Relativamente ao perfil dos doentes internados no serviço (Tabela 2) para realização de tratamento de quimioterapia, ou quimioterapia e radioterapia concomitantes, pode dizer-se que são adultos e na Fase de *Planeamento* predominantemente do sexo masculino. Já na Fase de *Reflexão* o número de doentes do sexo feminino e do masculino é aproximado. Na Fase de *Planeamento* uma baixa percentagem tem hábitos tabágicos tendo a mesma diminuído na Fase de *Reflexão.* Relativamente aos hábitos alcoólicos

regista-se também um decréscimo dos mesmos de uma fase para a outra (30.9% para 6.3%). No entanto, na Fase de *Planeamento* cerca de um terço tem hábitos alcoólicos. O diagnóstico predominante são os tumores do tubo digestivo na primeira fase tendo 7 doentes (6.4%) tumores da cabeça-pescoço. Na Fase de *Reflexão* a percentagem de doentes com tumores da cabeça-pescoço aumentou (19%). A maioria dos doentes, quer numa fase quer na outra, encontra-se a fazer quimioterapia com fármacos de alto risco.

A média de idades dos doentes quer numa fase quer na outra situou-se próxima dos 60 anos. Já no que se refere ao índice de massa corporal os doentes apresentam em termos médios valores dentro do peso considerado normal de acordo com a classificação da OMS.

A maioria dos doentes internados, pela natureza dos esquemas terapêuticos, têm vários internamentos de acordo com o número de ciclos programados. Na Fase de *Planeamento* é de 80.9% e na de *Reflexão* 60.3% dos doentes.

Tabela 2: Perfil dos doentes na Fase de Planeamento e na Fase de Reflexão

		Fase de Planeamento		***Fase de Reflexão***	
		n	**%**	**n**	**%**
Sexo	Masculino	79	71,8	34	54,0
	Feminino	31	28,2	31	46,0
	Total	110	100,0	63	100,0
Hábitos Tabágicos	Sim	19	17,3	4	6,3
	Não	60	54,4	52	85,5
	Desconhece	31	28,2	7	11,1
	Total	110	100,0	63	100,0
Hábitos Alcoólicos	Sim	34	30,9	4	6,3
	Não	44	40,0	52	82,5
	Desconhece	32	29,1	7	11,1
	Total	110	100,0	63	100,0
Diagnóstico	Digestivo	72	65,5	24	38,1
	Pulmão	12	10,9	3	4,8
	Cabeça-Pescoço	7	6,4	12	19,0
	Outro	19	17,2	24	38,1
	Total	110	100,0	63	100,0
Tratamento	Quimioterapia	107	97,3	61	96,8
	Quimioterapia + Radioterapia	3	2,7	2	3,2
	Total	110	100,0	63	100,0
Ciclo de Tratamento	1.º Ciclo	21	19,1	25	39,7
	Outro	89	80,9	38	60,3
	Total	110	100,0	63	100,0
Quimioterapia com fármacos de alto risco	Sim	87	79,1	37	58,7
	Não	23	20,9	26	41,3
	Total	110	100,0	63	100,0

		Mín	*Máx*	*Média*	*Mediana*	*DP*
Fase de *Planeamento*	Idade (Anos)	23	78	61,0	64	13,2
	IMC	17,1	37,5	23,7	23,3	3,5
Fase de *Reflexão*	Idade (Anos)	34	76	60,2	62	12,7
	IMC	16,7	35,2	24,3	24,0	4,6

4.3 – EQUIPA DE ENFERMAGEM

Ao longo do estudo o número de elementos da equipa de enfermagem sofreu algumas alterações. No início a equipa era constituída por 31 enfermeiros, sendo que 2 enfermeiras se encontravam de licença de maternidade e 1 exercia funções de chefia, pelo que não realizava registos de enfermagem. Durante a Fase de *Planeamento* a equipa manteve-se estável.

No final desta fase registaram-se mudanças integrando a equipa 7 novos elementos e saindo 6, manteve-se uma enfermeira em período de licença de maternidade. Desta forma, participaram na Fase de *Ação* 30 enfermeiros.

Na Fase de *Reflexão* a equipa era constituída por 31 enfermeiros, no entanto, nesta fase registou-se a ausência de 3 enfermeiras por atestado médico devido a gravidez de risco e posterior licença de maternidade.

A flutuação do número de enfermeiros da equipa durante as diferentes fases do estudo levou a que, 21 dos 28 enfermeiros que fizeram parte do grupo que constituiu a Fase de *Planeamento* se mantivessem ao longo do estudo.

Dadas as alterações registadas na constituição da equipa de enfermagem decidiu-se apresentar a caraterização da amostra de acordo com o número de elementos que integraram a Fase de *Planeamento* e a de *Reflexão*, como se pode constatar na Tabela 3.

Na Fase de *Planeamento* e na Fase de *Reflexão* é evidente a prevalência de profissionais do sexo feminino, com 75% e 85,7%, respetivamente. Quanto à média de idade esta variou de 37,9 para 37,4 anos, da Fase de *Planeamento* para a de *Reflexão*. No que respeita ao estado civil verificou-se que na Fase de *Planeamento* prevaleceu o casado/união de facto, enquanto que na fase seguinte o estado civil dos enfermeiros era maioritariamente solteiro. Relativamente às habilitações académicas, 96,4% dos enfermeiros são licenciados.

Na Fase de *Planeamento,* um elemento referiu possuir o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica e na Fase de *Reflexão,* o mesmo curso foi referido por dois elementos. No entanto, nenhum destes elementos é detentor da categoria de Enfermeiro Especialista. Relativamente aos anos de profissão, o número de anos variou de 14,9 para 14,5 anos, da primeira para a segunda fase, enquanto que o tempo de exercício no serviço variou entre 11,7 e 11,4 anos.

Em relação ao tipo de vínculo com a instituição a maioria dos profissionais apresenta um Contrato Individual de Trabalho, com um valor de 60,7% na primeira fase e 57,1% na segunda.

Por último, a média de horas de trabalho é de 36,8 e 37,1, respetivamente na Fase de *Planeamento* e na de *Reflexão*, não estando contabilizados os turnos extraordinários realizados para além do horário normal de trabalho.

Tabela 3: Caraterísticas sociodemográficas dos enfermeiros na Fase de Planeamento e na de Reflexão

		Fase de Planeamento		***Fase de Reflexão***	
		n	**%**	**n**	**%**
Sexo	Masculino	7	25	4	14,3
	Feminino	21	75	24	85,7
	Total	28	100	28	100
Estado Civil	Solteiro	11	39,3	14	50
	Casado/União de Facto	14	50	11	39,3
	Divorciado	2	7,1	2	7,1
	Viúvo	1	3,6	1	3,6
	Total	28	100	28	100
Habilitações Académicas	Bacharelato	1	3,6	1	3,6
	Licenciatura	27	96,4	27	96,4
	Total	28	100	28	100
Habilitações Profissionais	Pós-Licenciatura de Especialização	1	3,6	2	7,1
	Sem outras Habilitações	27	96,4	26	92,9
	Total	28	100	28	100
Vínculo Profissional	Contrato Funções Públicas	9	32,15	8	28,6
	Contrato Individual de Trabalho	17	60,7	16	57,1
	Contrato por Tempo Indeterminado	2	7,15	4	14,3
	Total	28	100	28	100

		Mín	*Máx*	*Média*	*Mediana*	*DP*
Fase de *Planeamento*	Idade (Anos)	25	59	37,9	35	9,7
	Anos Profissão	2	35	14,9	12	9,1
	Anos Serviço	0	35	11,7	11	9,8
	Horas Trabalho (Semana)	30	40	36,8	40	4,8
Fase de *Reflexão*	Idade (Anos)	25	61	37,4	35	4,6
	Anos Profissão	3	36	14,5	12	10,2
	Anos Serviço	0	36	11,4	3	10,8
	Horas Trabalho (Semana)	30	40	37,1	40	4,6

4.4 – ORGANIZAÇÃO DE CUIDADOS

O Serviço onde foi realizado o estudo admite doentes com doença oncológica para realização de terapia de suporte e tratamentos de quimioterapia e radioterapia. A maioria dos doentes pelo seu *status* funcional e natureza dos tratamentos apresenta, como anteriormente referido, um elevado nível de dependência e de complexidade.

A organização de trabalho assenta no método individual de trabalho. A distribuição dos doentes por enfermeiro é realizada pelo Enfermeiro-Chefe de segunda a sexta-feira e pelo Enfermeiro Responsável ao fim de semana, tendo por base o número de horas de

cuidados necessárias para cada doente, determinado pelo Sistema de Classificação de Doentes.

O horário de trabalho praticado pela maioria dos enfermeiros é *roulement*, permitindo assegurar os 3 três turnos de trabalho. O número de elementos varia de acordo com o turno de trabalho:

- Turno da Manhã: 8h - 16h30 (8 enfermeiros de segunda a sexta-feira e 7 ao fim de semana);
- Turno da Tarde: 16h - 23h30 (5 enfermeiros de segunda a sexta-feira e 4 ao fim de semana);
- Turno da Noite: 23h - 8h30 (3 elementos de segunda a sexta-feira e 2 ao fim de semana).

Porém, alguns elementos da equipa têm horário fixo (Manhã). Dos elementos incluídos no estudo 3 apresentavam este horário, na Fase de *Planeamento* e 5 na de *Reflexão*. Este horário prende-se com a isenção de realização de trabalho noturno para os enfermeiros com mais de 50 anos, se assim o desejarem, e, no caso da Fase de *Reflexão*, de uma enfermeira com horário de amamentação.

Relativamente à gestão dos cuidados pode dizer-se que a preparação, administração da terapêutica prescrita e vigilância do doente consomem grande parte do tempo de trabalho do enfermeiro dada a natureza da unidade de cuidados e das modalidades terapêuticas aí administradas. A terapêutica encontra-se organizada em unidose, em carros próprios, sendo preparada imediatamente antes da administração, junto ao quarto do doente, nos mesmos carros onde se encontra armazenada.

O acompanhamento e a colaboração na realização de técnicas de diagnóstico e terapêutica ocorre essencialmente no turno da manhã.

Também os cuidados de higiene, incluindo os cuidados de higiene oral, nos doentes com necessidade de ajuda em grau moderado ou elevado, ocorrem maioritariamente, no turno da manhã.

4.5 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Toda a investigação que envolve seres humanos deve ter presentes três princípios éticos básicos: o respeito pela autonomia da pessoa e a proteção daquelas em que a mesma está diminuída; a beneficência referente à obrigação ética de maximizar o benefício e minimizar o dano; a justiça de tratar cada pessoa de acordo com o que se

considera moralmente correto e apropriado, nomeadamente os mais vulneráveis (Council for International Organizations of Medical Sciences & OMS, 2018).

Neste sentido, para a consecução do estudo foram cumpridos diversos processos inerentes ao cumprimento de normas e condutas relacionadas com as exigências formais e éticas de um trabalho de investigação.

Numa fase inicial, o Projeto de Investigação foi submetido ao Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, obtendo resposta favorável para a sua realização.

Posteriormente, o Projeto de Investigação foi submetido ao Presidente do Conselho de Administração da Instituição onde o estudo foi realizado, que por sua vez o remeteu à apreciação da Comissão de Investigação e posteriormente à Comissão de Ética da referida Instituição, recebendo aprovação da mesma (Anexo 1).

Foi igualmente solicitada autorização da Diretora do Serviço onde o estudo foi realizado, bem como, o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido, de todos os participantes na Investigação, sendo garantida a confidencialidade e anonimato de todos os intervenientes, assim como, a utilização dos dados recolhidos unicamente para os fins descritos no presente trabalho (Apêndice 1).

5 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

Neste ponto, descreve-se o trabalho realizado nas diferentes fases do processo de IA, seguindo o modelo de Kuhne e Quingley (1997).

Atendendo à semelhança da técnica de recolha de dados utilizada na Fase de *Planeamento e* na de *Reflexão*, aborda-se estas duas fases em primeiro lugar e por último a Fase de *Ação,* não seguindo assim, o ciclo de IA respeitado neste estudo.

5.1 – FASE DE PLANEAMENTO E FASE DE REFLEXÃO

A Fase de *Planeamento* decorreu durante o mês de abril de 2017. Depois de obtida, a 13 de março de 2017, autorização da Diretora de Serviço e da Comissão de Ética para o desenvolvimento do estudo, a investigadora apresentou ao Enfermeiro Chefe o projeto e as linhas gerais do estudo.

Antes de se proceder ao início do trabalho de campo foi explicado aos enfermeiros que integravam a equipa, os objetivos do estudo, a natureza e a importância da sua participação para a consecução do mesmo. Garantido ainda o anonimato dos participantes ao não ser solicitado nenhum dado que permitisse a sua identificação. Os participantes foram igualmente informados que os dados obtidos se destinavam exclusivamente para fins de investigação. Só após a obtenção do consentimento informado livre e esclarecido é que se iniciou o estudo sobre o diagnóstico da situação.

A recolha de dados, retrospetiva, efetuada no mês de abril de 2017 através de uma grelha de extração de dados, baseou-se na análise do padrão de documentação realizado pelos enfermeiros nos meses de outubro e novembro de 2016, período em que não se registam flutuações no número de enfermeiros, ausentes por motivos de férias.

A Fase de *Reflexão* decorreu durante o mês de abril de 2018 e tratou-se da última fase do estudo empírico, a qual permitiu avaliar o impacte da ação de formação desenvolvida e a necessidade de implementar um novo ciclo de IA.

Nesta fase, à semelhança da Fase de *Planeament*o, procedeu-se à análise do padrão documental dos enfermeiros, sendo ainda realizado um f*ocus group*. A análise documental foi realizada no mês de abril de 2018 e recaiu sobre os dados

documentados nos meses de fevereiro e março, do mesmo ano. Já o f*ocus group* foi realizado em julho de 2018.

Análise Documental

Para uma melhor compreensão das práticas dos enfermeiros no âmbito da intervenção à pessoa com mucosite oral recorreu-se à análise documental realizada pelos enfermeiros, como referido anteriormente.

Considerando que os enfermeiros têm como preocupação refletir fielmente no padrão de documentação a sua prática clínica como referido por Simões e Simões (2007), decidiu-se utilizar esta fonte de dados, pois transmite informação acerca do que os enfermeiros mais valorizam nos cuidados.

A opção pela análise do padrão documental prendeu-se com o facto de este refletir a prática dos cuidados. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), os registos de enfermagem são o conjunto de informações escritas, produzidas pelo enfermeiro na prática clínica, nas quais compila as informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão de outros profissionais (intervenções interdependentes) e toda a restante informação necessária para a continuidade dos cuidados.

Através da análise do padrão de documentação dos enfermeiros é possível obter informações acerca da qualidade dos cuidados (Pertille, Ascari, & Oliveira, 2018). Já em 2005 Buchsel e Yarbro salientavam que o sistema de documentação fornece informação sobre o tipo de cuidados desenvolvidos com a pessoa, como foram desenvolvidos e quais os resultados e as respostas da pessoa. Esta ideia foi reforçada também por Dutra, et al. (2016, p. 355) quando afirmam que “os registos de enfermagem são um reflexo da prática profissional e retratam a competência e o envolvimento dos profissionais no exercício das suas atividades”, pelo que se considerou ser esta a fonte documental de eleição para a recolha de dados.

A realização de registos de enfermagem são uma componente essencial da prática de enfermagem com significado clínico e legal, sendo que a manutenção de padrões de documentação de qualidade está relacionada com uma melhoria no atendimento dos utentes (Prideaux, 2011).

A recolha de dados a partir do padrão de documentação dos enfermeiros foi efetuada acedendo ao Sistema de Aplicação para Prática em Enfermagem (SAPE). Através do campo da avaliação inicial do doente, foi possível retirar os dados referentes à sua

caracterização. Os relativos à documentação das intervenções de enfermagem foram retirados do plano de cuidados. A consulta recaiu sobre os dados documentados nos três turnos de trabalho (manhã, tarde e noite).

Para a recolha dos dados documentais construiu-se uma grelha (Apêndice 2), a partir dos referenciais teóricos sobre a temática e adequada ao padrão de documentação dos enfermeiros. Este instrumento de recolha de dados foi testado mediante a sua aplicação ao padrão de documentação de 10 doentes, tendo-se revelado adequado à realidade estudada.

O instrumento de recolha de dados contempla na primeira parte um conjunto de itens para caraterização do doente, sobre o qual os enfermeiros documentam os cuidados prestados. Foram recolhidos dados quanto: à idade, ao sexo, à profissão, aos hábitos tabágicos e alcoólicos, índice de massa corporal, diagnóstico e tratamento instituído (quimioterapia ou quimioterapia mais radioterapia). Relativamente ao tratamento, e no que se refere à quimioterapia integra o protocolo a realizar, a data do 1º tratamento e o número do ciclo, já no que diz respeito à radioterapia incide sobre o local do corpo irradiado. A segunda parte reporta-se aos registos de enfermagem e os dados recolhidos dizem respeito ao levantamento do diagnóstico de mucosite, aos registos relativamente à avaliação das membranas mucosas na presença de mucosite, à avaliação sistemática da cavidade oral e ainda aos ensinos realizados acerca dos principais efeitos secundários dos tratamentos e importância dos cuidados de higiene oral.

Focus Group

Na Fase de *Reflexão* recorreu-se à realização de *focus group* pois considerou-se ser essencial para conhecer que mudanças perceciona o grupo como resultado da fase de *Ação*.

A realização do *focus group* na Fase de *Reflexão* prendeu-se com a possibilidade de este viabilizar a ampliação da base de evidências existente, resultante da análise documental, sendo que poderá em alternativa a entrevistas individuais ser mais aceitável para participantes que demonstrem alguma relutância em envolver-se em entrevistas (Barbour, 2009).

Segundo o mesmo autor, os grupos focais são fundamentais, por um lado, para monitorizar as mudanças que surgiram no decurso da investigação, estimuladas pelo programa formativo – *Fase de Ação* e de que forma o grupo percebe essas mudanças,

e, por outro lado, para conduzir a novas mudanças significativas, resultante da discussão gerada, levando os participantes a redefinirem os seus comportamentos.

A realização do *focus group* decorreu a 19 de Julho de 2018, tendo participado 6 enfermeiros, para além da investigadora e da moderadora.

Houve a preocupação, como defende Barbour (2009) de criar um grupo diversificado pelo que convidámos a participar enfermeiros com diferentes tempos de serviço e sexo, para, desta forma, ser possível ao investigador tirar vantagem dos *insights* adicionais que as comparações intragrupo podem proporcionar.

O *focus group* decorreu na sala de reuniões do serviço onde foi desenvolvido o estudo, com início às 14h30 e com a duração aproximada de 1h30.

Para obter resultados mais organizados, permitindo ao investigador focar-se nas questões importantes foi construído um roteiro com três questões abertas, em alternativa a um brainstorming (Apêndice 3).

O guião foi construído tendo em conta a possibilidade das diferentes respostas que poderiam ocorrer durante a discussão, não esquecendo o facto de os *focus group* terem a capacidade de refletir questões e preocupações importantes para os participantes, afastando-se da programação do investigador (Barbour, 2009).

Antes de iniciar o *focus group* o investigador procedeu à contextualização do estudo, bem como, dos principais objetivos do mesmo. Foi garantida a confidencialidade e anonimato aos participantes e solicitada autorização para gravação áudio dos discursos.

Durante a moderação do *focus group* houve a preocupação de estimular a interação de grupo e o envolvimento de todos os participantes, não ignorando o facto de as visões expressas nos grupos focais estarem permanentemente dependentes do contexto, das respostas dadas pelos membros do grupo e da dinâmica do grupo em particular (Barbour, 2009).

Os dados obtidos no *focus group*, foram sujeitos a uma análise temática segundo Braun e Clarke (2006).

5.2 – FASE DE AÇÃO

A Fase de *Ação* decorreu entre maio de 2017 e janeiro de 2018. Nesta fase implementou-se o programa de formação desenvolvido ao longo de 3 sessões, com diferentes objetivos e com a participação de todos os enfermeiros do serviço. O desenvolvimento do programa, para além de envolver toda a equipa de enfermagem,

contou com a colaboração de dois elementos na implementação do mesmo, o que se revelou uma estratégia fundamental na motivação da equipa.

Programa Formativo "A mucosite, causas e impacte no bem-estar do doente"

Na lógica da formação como um processo contínuo que visa responder aos interesses e necessidades dos profissionais adotou-se a visão de formação contínua referida por Gallagher (2007) reportando-se ao padrão de formação contínua na Irlanda, como uma atividade voluntária que envolve experiências de aprendizagem planeadas e projetadas para aumentar os conhecimentos, habilidades e atitudes dos enfermeiros, no sentido de que cada enfermeiro mantenha o conhecimento atualizado para que possa desenvolver as melhores práticas de enfermagem.

Como aponta Marques (2013) reportando-se a Guerra, uma política de formação contínua dos enfermeiros é promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade dos cuidados.

Neste sentido, como referido, foi desenvolvido um programa formativo intitulado "A mucosite, causas e impacte no bem-estar do doente", com a participação ativa de toda a equipa de enfermagem do serviço onde foi realizado o estudo. Na conceção do programa de formação teve-se como princípio o defendido por Eslamian, Moeini e Soleimani (2015) de que o planeamento e implementação de um programa de formação deve ser construído tendo em conta uma abordagem centrada nas necessidades dos enfermeiros. O seu planeamento deve ser feito para e com estes atores. Destaca-se, por isso, o trabalho conjunto das investigadoras e de 2 elementos da equipa de enfermagem, no planeamento e implementação do programa formativo.

Foram planeadas 3 sessões, sendo cada uma delas desenvolvida em dois momentos distintos, para que todos os elementos da equipa pudessem estar presentes. As datas e horários foram definidos com o Enfermeiro Chefe, atendendo ao período de menor ausência dos enfermeiros por motivo de férias, e no final do turno da manhã para permitir a participação de um maior número de elementos. As sessões decorreram na sala de reuniões do serviço.

Como aludido anteriormente, cada sessão foi desenvolvida 2 vezes, pelo que a equipa foi dividida em 2 grupos. A distribuição dos enfermeiros pelos grupos teve como princípio não obrigar os enfermeiros que residem fora da área geográfica da cidade a deslocarem-se de propósito ao serviço para participarem na ação de formação. Assim, solicitou-se ao enfermeiro chefe aquando da realização do horário de trabalho que os

enfermeiros que residem mais longe fossem colocados no turno da manhã ou da tarde, no dia da formação.

A divulgação da formação foi efetuada pelo Enfermeiro Chefe por correio eletrónico, sendo ainda afixado um documento de divulgação da sala de enfermagem (Apêndice 4).

O programa formativo incluiu diversas estratégias ativas, adequadas ao grupo a que se dirigiu. Desta forma, procurou-se estimular a discussão e a reflexão entre os elementos da equipa, relativamente às suas práticas, tendo por base o referencial teórico sobre a temática.

A primeira sessão teve lugar nos dias 29 e 31 de Maio de 2017, a segunda nos dias 27 e 28 de Novembro de 2017 e a terceira nos dias 30 e 31 de Janeiro de 2018. Todas as sessões tiveram início pelas 14h30, com uma duração aproximada de 60 minutos. Na tabela 4 dá-se a conhecer as principais atividades e objetivos de cada momento de formação.

Tabela 4: Programa Formativo "A mucosite, causas e impacte no bem-estar do doente"

Objetivos	Atividades/Temas
1ª Sessão (60 minutos)	
• Apresentar o tema a desenvolver. • Apresentar os resultados do levantamento do padrão documental dos enfermeiros em relação ao doente com mucosite. • Analisar e refletir sobre as práticas em uso. • Identificar os temas a abordar nas sessões seguintes.	Apresentação do tema: A mucosite, causas e impacte no bem-estar do doente. Apresentação dos resultados da análise documental dos enfermeiros. Reflexão sobre as práticas em uso.
2ª Sessão (60 minutos)	
• Demonstrar a evidência científica no que se refere à avaliação da cavidade oral. • Apresentar as escalas referentes ao risco de mucosite e classificação da mucosite oral. • Refletir sobre práticas relacionadas com a avaliação da cavidade oral.	Avaliação da cavidade oral: papel do enfermeiro. Escalas para a avaliação do grau e risco de mucosite. Reflexão sobre o uso das escalas na prática de cuidados.
3º Sessão (60 minutos)	
• Apresentar protocolo de higiene oral. • Partilhar aprendizagens e experiências significativas. • Avaliar as sessões desenvolvidas.	Intervenções de enfermagem para a prevenção de Mucosite. Reflexão sobre a importância da higiene oral. Avaliação do programa formativo.

6 – PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS

Os dados recolhidos através do *focus* grupo, foram sujeitos à análise temática com vista a identificar, analisar, interpretar e reportar os temas que emergiram dos dados (Braun & Clarke, 2006). Seguindo as indicações teóricas dos autores, foi assumido um posicionamento teórico interpretativo, optando-se pela análise temática indutiva, sendo que os temas foram identificados de acordo com os significados explícitos dos dados.

A análise temática foi desenvolvida em seis etapas: a) familiarização com os próprios dados através da sua transcrição, leitura e registo das ideias iniciais; b) geração de códigos iniciais pelas caraterísticas de maior relevância dos dados de forma sistemática e recolha dos dados para cada código; c) identificação dos temas pelo agrupamento dos códigos em temas potenciais e reunião de todos os dados relevantes para cada tema; d) revisão dos temas, pela verificação dos temas relativamente aos extratos codificados na primeira etapa, e conjunto dos dados na segunda etapa, gerando um mapa temático de análise; e) definição e nomeação dos temas para aperfeiçoamento das especificidades de cada tema e definição dos nomes de cada tema; e f) redação do relatório final.
A análise documental realizada com base no sistema de informação dos enfermeiros e o instrumento e recolha de dados utilizado para o efeito, permitiu para além da sua análise qualitativa, a possibilidade de uma análise quantitativa dos mesmos.

Na análise quantitativa de dados recorreu-se ao *software* Statistical Package for the Social Sciences, SPSS®, versão 22.0 (*software* IBM SPSS, IBM Corporation, New York, EUA) e Microsoft Excel®.

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados quantitativos, utilizou-se técnicas de estatística descritiva e de estatística inferencial, nomeadamente frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e de dispersão, assim como o teste não paramétrico de Qui-Quadrado, para averiguar as alterações no padrão de documentação dos enfermeiros da Fase de *Planeamento* para a Fase de *Reflexão*.

A seleção do teste atrás referido, para comparação de duas amostras independentes, justifica-se pelo facto de a recolha de dados, em cada uma das fases se centrar nos processos clínicos de doentes distintos, em que diferentes elementos da equipa de enfermagem planearam cuidados. As intervenções de enfermagem em análise são variáveis nominais, com opções de resposta, sim ou não, quanto ao seu planeamento.

Considerou-se ser o teste não paramétrico indicado para a comparação de duas amostras independentes (Marroco, 2007). A interpretação dos testes estatísticos foi realizada com base no nível de significância de 0,05.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

1 – FASE DE PLANEAMENTO

Sendo os principais objetivos do estudo conhecer as práticas dos enfermeiros em relação à pessoa com MO ou risco de desenvolver MO e avaliar o impacte de um programa formativo nessas mesmas práticas, considerou-se fundamental a análise do padrão de documentação dos enfermeiros.

Inicia-se este capítulo pela apresentação e análise dos dados relativos às práticas de enfermagem em uso no âmbito da pessoa com MO, numa unidade de quimioterapia, documentadas no sistema de informação utilizado pelos enfermeiros.

1.1 – PRÁTICAS DE ENFERMAGEM

A recolha de dados centrou-se na informação presente em 110 processos de enfermagem dos doentes internados em programa de quimioterapia ou quimioterapia e radioterapia concomitantes, nos meses de outubro e novembro de 2016, como referido na metodologia.

Os doentes a realizar quimioterapia e radioterapia concomitante, na região da cabeça e pescoço na amostra em estudo são apenas 2,7%. Pela consulta do padrão de documentação constata-se que 75 dos doentes (68,2%) referem, na avaliação inicial, hábitos de higiene oral no domicílio, face a 35 (31,8%) que não apresentam ou se desconhece informação sobre os mesmos. Destes últimos doentes 9 (8,2%) realizavam o primeiro ciclo de tratamento (Tabela 5).

Tabela 5: Avaliação inicial dos hábitos de higiene oral dos doentes no domicílio segundo o ciclo de tratamento - Fase de *Planeamento*

		Avaliação inicial dos hábitos de higiene oral no domicílio			
		Sim		Não/Desconhecido	
		n	%	*n*	%
Ciclo de tratamento	1.º Ciclo	12	10,9	9	8,2
	Outro	63	57,3	26	23,6
Total		75	68,2	35	31,8

Ainda em relação aos hábitos de higiene oral avaliados no acolhimento ao doente verifica-se que não se evidenciam diferenças entre os sexos. Quando questionados acerca de hábitos de higiene oral, 68,4% dos homens e 67,7% das mulheres responderam positivamente.

Relativamente ao planeamento da avaliação da higiene oral durante o internamento, os registos ilustram que 78 dos processos analisados (70,9%) evidenciam que os enfermeiros planeiam a avaliação dos cuidados de higiene oral dos doentes, face a 32 (29,1%) que não o realizam. Importa salientar que no caso dos 32 doentes em que não foi planeada a avaliação dos cuidados de higiene oral, 5 (4,5%) apresentavam hábitos tabágicos, o que os coloca num grupo de alto risco, para o desenvolvimento de MO (Tabela 6).

Tabela 6: Planeamento da avaliação da higiene oral durante o internamento segundo os hábitos tabágicos dos doentes- Fase de *Planeamento*

		Planeamento da avaliação da higiene oral no internamento			
		Sim		Não	
		n	%	*n*	%
Hábitos Tabágicos	Sim	14	12,7	5	4,5
	Não	40	36,4	20	18,2
	Desconhece	24	21,8	7	6,4
Total		78	70,9	32	29,1

Quanto ao planeamento dos ensinos sobre os principais efeitos secundários dos tratamentos, constata-se que apenas em 17 dos doentes (15,5%) se verifica planeamento dos mesmos, no total dos 110 processos (Tabela 7). Destes, apenas 1,8% incidem nos cuidados de higiene oral.

Tabela 7: Planeamento de ensinos sobre os efeitos secundários do tratamento e cuidados de higiene oral - Fase de *Planeamento*

		Planeamento dos ensinos sobre efeitos secundários do tratamento			
		Sim		Não	
		n	%	*n*	%
Ensinos sobre higiene oral	Sim	2	1,8	-	-
	Não	15	13,7	93	84,5
Total		17	15,5	93	84,5

O planeamento da avaliação da cavidade oral e das membranas mucosas foi incluída pelos enfermeiros no plano de cuidados de 3 doentes (2.7%), valor coincidente com o número de diagnósticos de mucosite (Tabela 8).

Tabela 8: Planeamento da avaliação da cavidade oral e membranas mucosas segundo o diagnóstico de mucosite - Fase de *Planeamento*

		Planeamento da avaliação da cavidade oral e membranas mucosas			
		Sim		Não	
		n	%	*n*	%
Diagnóstico de mucosite	Sim	3	2,7	-	-
	Não	-	-	107	97,3
Total		3	2,7	107	97,3

Constata-se ainda, que apesar da identificação do diagnóstico de MO, continua a não ser evidente o planeamento da avaliação dos cuidados de higiene oral em 33,3% dos doentes (Figura 1). Não menos importante é o facto de que em nenhum dos doentes com diagnóstico de mucosite terem sido planeados ensinos, relativamente aos principais efeitos secundários do tratamento e importância dos cuidados de higiene oral (Figura 2).

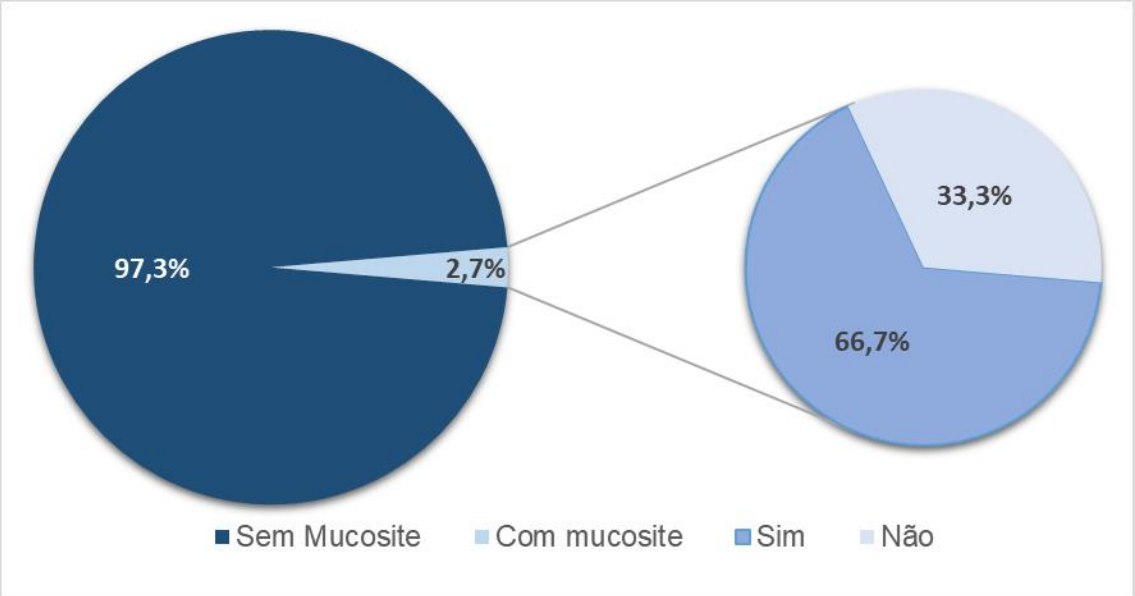


Figura 1: Planeamento da avaliação da higiene oral

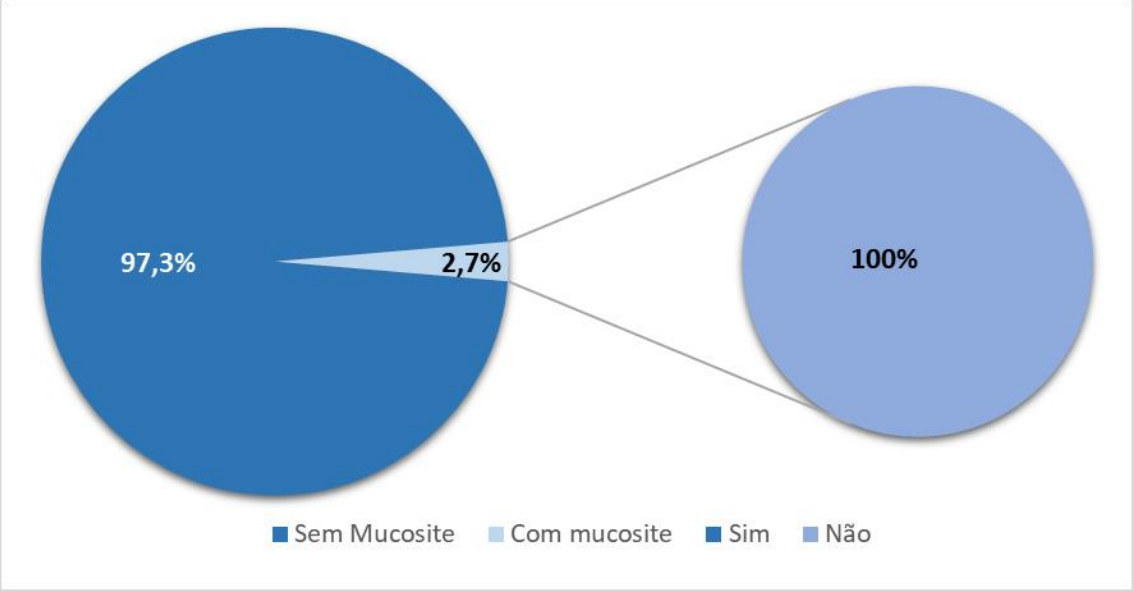


Figura 2: Planeamento de ensinos sobre os efeitos secundários do tratamento e cuidados de higiene oral

Considerando que as práticas de enfermagem são influenciadas por diferentes contextos como refere Costa (2002) e de acordo com um dos objetivos propostos -

minimização mucosite no doente oncológico - torna-se essencial nesta fase caraterizar os três doentes identificados com MO pela análise das práticas (Figura 1 e 2).

Os doentes que desenvolveram mucosite durante a Fase de *Planeamento* têm uma média de idades de 69,7 anos, sendo que dois eram do sexo masculino e um do sexo feminino. Dos 3 doentes com diagnóstico de MO, 2 referem ter hábitos de higiene oral, no momento da avaliação inicial, sendo que em relação ao terceiro se desconhece informação a este nível.

Nenhum dos doentes refere hábitos tabágicos. Relativamente aos hábitos alcoólicos, apenas 1 pessoa refere ingerir álcool às principais refeições. Em relação ao índice de massa corporal, uma das pessoas apresenta um padrão de normalidade, sendo que, os outros 2 elementos se situam num nível de pré-obesidade.

No que respeita ao diagnóstico clínico, 3 doentes apresentam patologia do sistema digestivo, tendo sido propostos para a realização de quimioterapia com o protocolo FIP (Sais de Platina + 5 Fluorouracilo). Um dos doentes encontra-se a realizar o 2.º ciclo de tratamento, enquanto que, os restantes se encontram no 5.º ciclo.

Quanto ao planeamento da avaliação dos cuidados de higiene oral durante o período de internamento, os dados revelam que não se verifica num dos casos. Os resultados revelam, ainda, que em nenhum dos doentes é planeada pelos enfermeiros a realização de ensinos relativos aos principais efeitos secundários do tratamento e importância dos cuidados de higiene oral.

Por último, importa referir que dos 3 doentes em análise, 2 apresentam mucosite de grau I, existindo conformidade no padrão de documentação dos enfermeiros, ao longo do internamento. O terceiro elemento, correspondendo ao doente do sexo feminino apresenta mucosite de grau III, verificando-se alguma inconformidade nos registos de avaliação da cavidade oral, nos diferentes turnos.

2 – FASE DE AÇÃO

Tendo presente que o principal objetivo do estudo é contribuir para a mudança das práticas dos enfermeiros, na avaliação do risco e minimização da mucosite no doente oncológico torna-se notória a importância que a Fase *de Ação*, assume neste percurso.

Como descrito no enquadramento metodológico, a Fase *de Ação* desenvolveu-se a partir de um programa formativo, dirigido a toda a equipa de enfermagem do serviço onde se desenvolveu o estudo, sendo constituído por três sessões distintas.

A equipa de enfermagem participou ativamente no programa formativo, contribuindo para a co-construção do mesmo. Desta forma, na 1.ª sessão (Apêndice 5) foram devolvidos à equipa os resultados da Fase *de Planeamento*, levando a uma reflexão sobre as práticas. De entre as importantes sugestões, os enfermeiros propuseram a alteração do padrão de documentação, através da introdução do diagnóstico de risco de mucosite, nos doentes que evidenciam maior risco, nomeadamente, doentes a realizar tratamentos com drogas citotóxicas e/ou radioterapia na região da cabeça e pescoço, doentes com história de mucosite, doentes que apresentem xerostomia, alterações da cavidade oral ou higiene oral deficitária. Segundo os enfermeiros, torna-se assim possível o planeamento de uma avaliação sistemática da cavidade oral.

Foi igualmente sugerido pelo grupo que a periodicidade da avaliação deveria de depender da presença ou não, de alterações da cavidade oral. Por conseguinte, os doentes com mucosite passariam a ser avaliados uma vez por turno e os doentes sem alterações significativas seriam avaliados uma vez por dia.

Nesta discussão de ideias foi igualmente recordada a importância do questionamento acerca de hábitos de higiene oral, no momento do acolhimento do doente. Foi unânime a opinião dos participantes quanto à limitação da grelha de avaliação inicial, no que respeita a hábitos de higiene oral. A presença de hábitos de higiene oral é assinalada com um visto, o que dificulta a avaliação. Pois, na ausência de um registo, fica a dúvida se os hábitos de higiene oral não são evidentes, ou se não existiu questionamento sobre os mesmos. Na impossibilidade de alterar o formulário de avaliação foi acordado com a equipa, que na ausência de hábitos de higiene oral, seria associada uma nota de registo no campo destinado a outras informações de interesse.

Relativamente à inconformidade evidente nos registos de avaliação da cavidade oral/membranas mucosas, na presença do diagnóstico de mucosite, a equipa referiu

dificuldades na utilização da escala de avaliação da cavidade oral, sugerindo formação para padronização da avaliação diagnóstica.

Foi igualmente sugerida a apresentação da escala de risco de mucosite, para uma revisão das estruturas a observar na avaliação da cavidade oral. Desta forma, seria importante recordar que uma correta avaliação da cavidade oral não se centra apenas nas membranas mucosas, sendo imprescindível uma avaliação da voz, reflexos de deglutição, lábios, secreção salivar, gengivas e dentes.

Quanto aos cuidados de higiene oral foi sugerida a elaboração de um protocolo de higiene oral e desafiada a chefia do serviço a solicitar material de higiene oral, para ser oferecido aos doentes que não trouxessem os seus produtos de higiene pessoal.

A reflexão decorrente da 1.ª sessão formativa contribuiu para a co-construção da 2.ª e 3.ª sessão. A 2.ª sessão foi essencialmente dirigida para a avaliação da cavidade oral, escalas de avaliação do grau de mucosite e de risco de mucosite (Apêndice 6). A 3.ª e última sessão foi dirigida para as principais complicações da mucosite oral e intervenções de enfermagem no âmbito da dieta, cuidados orais e implementação de um protocolo de higiene oral (Apêndice 7).

Finalizada a Fase d*e Ação* partiu-se para a Fase de *Reflexão*. Os resultados obtidos nesta fase, que de seguida se apresentam, comparados com os obtidos na Fase de *Planeamento* refletem o impacte do programa formativo, nas práticas dos enfermeiros.

3 – FASE DE REFLEXÃO: IMPACTE DA FASE DE AÇÃO E AS EVIDÊNCIAS DE MUDANÇA

Com esta investigação pretendia-se conhecer as práticas dos enfermeiros em relação aos cuidados realizados à pessoa com MO e contribuir para a sua mudança, com vista à diminuição da incidência da MO. Neste capítulo, apresenta-se a análise dos dados relativos ao impacte que a *ação formativa* teve na mudança das práticas de enfermagem, no âmbito da temática em estudo recorrendo-se para o efeito à aplicação do teste de Qui-quadrado, como referido no ponto referente aos procedimentos de análise de dados. Este teste estatístico permite analisar as diferenças encontradas em relação ao planeamento das intervenções de enfermagem relacionadas com a temática em estudo, antes e após a Fase de *Ação.*

Assim, nesta fase expõem-se os resultados obtidos na Fase de *Reflexão* em comparação com os obtidos na Fase de *Planeamento*, o que revela se os objetivos inicialmente propostos foram ou não atingidos.

Apresenta-se ainda os resultados do *focus group* o que permite complementar a informação obtida através do padrão de documentação com a perspetiva dos enfermeiros participantes, sobre a perceção relativa às alterações das práticas clínicas em estudo, após a implementação do programa formativo.

PADRÃO DE DOCUMENTAÇÃO

Se num primeiro momento foram analisados 110 processos, correspondentes ao número de doentes internados para a realização de tratamentos de quimioterapia ou quimioterapia e radioterapia concomitantes, nos meses de outubro e novembro de 2016, num segundo momento foram analisados 63 processos referentes aos doentes internados nos meses de fevereiro e março de 2018 (Tabela 9).

Assim, relativamente à avaliação dos hábitos de higiene oral no domicílio no momento da avaliação inicial, constata-se com base na análise documental da Fase de *Planeamento,* que em 75 processos de enfermagem (68,2%) os enfermeiros efetuam esse avaliação, face a 35 (31,8%) que não foi efetuada qualquer abordagem sobre o tema, o que seria essencial para o planeamento de cuidados. Já na Fase de *Reflexão* verifica-se que dos 63 processos em análise 47 (74,6%) tinham realizado esta

intervenção face a 16 (25,4%) que não evidenciam registo de intervenção. Apesar da alteração positiva encontrada nos resultados entre as duas fases, constata-se que essa diferença, não é estatisticamente significativa (χ^2 = 0,795; p > 0,05).

No que se refere ao planeamento da avaliação da higiene oral durante o internamento, os registos na Fase de *Planeamento* ilustram que em 78 dos processos analisados (70,9%) é evidente o planeamento da avaliação dos doentes nos cuidados de higiene oral, face a 32 (29,1%) que não o realizam. Na Fase de *Reflexão* existe planeamento da avaliação da higiene oral em 55 doentes (87,3%), não estando presente somente em 8 doentes (12,7%). São evidentes diferenças estatisticamente significativas em relação a esta prática, antes e após a intervenção (χ^2 = 6,056; p < 0,05).

Quanto aos ensinos acerca dos principais efeitos secundários dos tratamentos na Fase de *Planeamento* do estudo, apenas se verifica planeamento dos mesmos em 17 doentes (15,5%), não existindo qualquer evidência de planeamento em 93 doentes (84,5%). Na Fase de *Reflexão* o planeamento de ensinos surge em 28 dos processos analisados (44,4%), não se verificando em 35 (55,6%). É evidente a existência de diferenças estatisticamente significativas entre momentos (χ^2 = 17,492; p <0,05).

No que concerne aos ensinos específicos sobre higiene oral, verifica-se que foram planeados em apenas em 2 doentes (1,8%) na Fase de *Planeamento*, enquanto que, na Fase de *Reflexão* foram planeados em 18 doentes (28,6%). As diferenças encontradas entre os dois momentos, são estatisticamente significativas (χ^2 = 27,774; p <0,05).

O planeamento da avaliação da cavidade oral e das membranas mucosas surge incluído no plano de cuidados por parte da equipa de enfermagem somente em 3 doentes (2,7%), já na Fase de *Reflexão* este planeamento passa a constar no processo de 27 doentes (42,9%). As diferenças encontradas entre as duas fases em análise são estatisticamente significativas (χ^2 = 45,005; p < 0,05).

Tabela 9: Diferenças na avaliação dos hábitos de HO e no planeamento das intervenções autónomas entre a Fase de Planeamento e a de Fase de Reflexão segundo o teste de Qui-quadrado

Intervenções autónomas		**Momento**				
		Fase Planeamento n = 110		*Fase Reflexão n = 63*		
		n	*%*	*n*	*%*	
Avaliação dos hábitos de higiene oral no domicílio	Sim	75	68,2	47	74,6	$\chi 2 = 0,795$, df=1, $p = 0,373$
	Não	35	31,8	16	25,4	
Planeamento da avaliação dos cuidados de higiene oral no internamento	Sim	78	70,9	55	87,3	$\chi 2 = 6,056$, df=1, $p = 0,014$
	Não	32	29,1	8	12,7	
Planeamento dos ensinos sobre efeitos secundários dos tratamentos	Sim	17	15,5	28	44,4	$\chi 2 = 17,492$, df=1, $p < 0,05$
	Não	93	84,5	35	55,6	
Planeamento dos ensinos sobre cuidados de higiene oral	Sim	2	1,8	18	28,6	$\chi 2 = 27,774$, df=1, $p < 0,05$
	Não	108	98,2	45	71,4	
Planeamento da avaliação da cavidade oral e membranas mucosas	Sim	3	2,7	27	42,9	$\chi 2 = 45,005$, df=1, $p < 0,05$
	Não	107	97,3	36	57,1	

Recordando que um dos propósitos finais com a realização deste trabalho é a minimização da mucosite no doente oncológico, apresenta-se de seguida os casos de MO identificados na Fase de *Reflexão*, assim como as variáveis que poderão estar na origem da sua ocorrência (Tabela 10).

Durante a Fase de *Planeamento* foram identificados 3 doentes com diagnóstico de MO, enquanto que, na Fase de *Reflexão* foram identificados 7 doentes. Mais uma vez, não sendo possível uma extrapolação estatística, procede-se a uma análise descritiva, caraterizando os doentes que apresentam mucosite.

A média de idades dos doentes que desenvolvem MO é inferior na Fase de *Planeamento* (69,7 anos), comparativamente à de *Reflexão* (60,6 anos). Tal como na primeira fase o sexo masculino continua a ser dominante com cinco doentes com MO, dos sete identificados.

Em relação ao questionamento de hábitos de higiene oral, por parte dos enfermeiros, no momento da avaliação inicial, à semelhança do que se verifica na Fase de *Planeamento*, também na de *Reflexão* só não se verifica num dos doentes.

Na primeira fase do estudo nenhum dos doentes com MO refere hábitos tabágicos, sendo referido por 2 doentes na segunda fase. Relativamente aos hábitos alcoólicos, enquanto na primeira fase 1 pessoa refere ingerir vinho às principais refeições, nenhuma o refere na segunda.

Em relação ao índice de massa corporal os doentes nas duas fases tinham índices semelhantes, estando os doentes situados entre o índice de normalidade e pré-obesidade. Não foi evidenciado baixo peso em nenhum doente em ambas as fases.

Quanto ao diagnóstico clínico, se na Fase de *Planeamento* os 3 doentes apresentam patologia do sistema digestivo, sendo propostos para a realização de quimioterapia com o protocolo FIP (Sais de Platina + 5 Fluorouracilo), na Fase de *Reflexão* o perfil dos doentes altera-se. Dos 7 doentes com MO, 4 apresentam patologia da cabeça-pescoço, dos quais 2 realizaram quimioterapia com o protocolo AL-SARRAF (Sais de Platina + 5 Fluorouracilo) e 2 realizaram quimioterapia com Paclitaxel + Carboplatina. Os restantes 3 doentes apresentam patologia do pulmão, digestivo e outra, realizando quimioterapia com os protocolos EP (Sais de Plantina + Etoposido), FOLFOX (Oxaliplatina + 5 Fluorouracilo) e Paclitaxel + Carboplatina, respetivamente.

Relativamente ao *timing* da ocorrência de MO, de salientar que embora na primeira fase, a maioria dos diagnósticos de mucosite tenha surgido após vários ciclos de tratamento, na segunda fase, surgiram essencialmente no primeiro ciclo.

Quanto à avaliação dos cuidados de higiene oral durante o período de internamento, os dados revelam que na segunda fase e contrariamente ao que se verifica na primeira fase, em todos os doentes com diagnóstico de MO há evidência de planeamento da avaliação dos cuidados de higiene oral.

Os resultados revelam, ainda, que na Fase de *Planeamento* em nenhum doente com MO foi planeado pelos enfermeiros a realização de ensinos relativos aos principais efeitos secundários do tratamento e importância dos cuidados de higiene oral. Na Fase de *Reflexão* 4 dos 7 doentes (57,1%) com MO são alvo de ensinos específicos sobre a importância dos cuidados de higiene oral.

Por último no que respeita ao grau de MO e à conformidade do diagnóstico verifica-se que na primeira fase 66,7% dos doentes (n = 2) apresentam mucosite de grau I no momento do diagnóstico e 33,3% dos doentes (n = 1) mucosite de grau III. A conformidade na monitorização da cavidade oral era evidente no estadio I, mas não nos mais avançados.

Na segunda fase, 71,4% (n = 5) dos doentes são diagnosticados com estadios iniciais I e II e 28,6% (n = 2) com mucosite de grau III. No entanto, contrariamente ao que se verifica no primeiro momento da investigação, a inconformidade dos diagnósticos existe tanto em estadios iniciais, como nos mais avançados.

Tabela 10: Perfil dos doentes com MO na Fase de *Planeamento* e na Fase de *Reflexão*

Doentes com diagnóstico de MO		***Fase de Planeamento***		***Fase de Reflexão***	
		n	**%**	**n**	**%**
Sexo	Masculino	2	66,7	5	71,4
	Feminino	1	33,3	2	28,6
	Total	3	100,0	7	100,0
Hábitos de Higiene oral no domicílio	Sim	2	66,7	6	85,7
	Não	1	33,3	1	14,3
	Total	3	100,0	7	100,0
Hábitos Tabágicos	Sim	-	-	2	28,6
	Não	3	100,0	5	71,4
	Total	3	100,0	7	100,0
Hábitos Alcoólicos	Sim	1	33,3	-	-
	Não	2	66,7	7	100,0
	Total	3	100,0	7	100,0
Diagnóstico	Digestivo	3	100,0	1	14,3
	Pulmão	-	-	1	14,3
	Cabeça-Pescoço	-	-	4	57,1
	Outro	-	-	1	14,3
	Total	3	100,0	7	100,0
Quimioterapia com fármacos de alto risco	Sim	3	100,0	7	100,0
	Não	-	-	-	-
	Total	3	100,0	7	100,0
Ciclo de Tratamento	1.º Ciclo	-	-	5	71,4
	2.º Ciclo	1	33,3	1	14,3
	Outro	2	66,7	1	14,3
	Total	3	100,0	7	100,0
Planeamento da avaliação dos cuidados de higiene oral no internamento	Sim	2	66,7	7	100,0
	Não	1	33,3	-	-
	Total	3	100,0	7	100,0
Planeamento dos ensinos sobre cuidados de higiene oral	Sim	-	-	4	57,1
	Não	3	100,0	3	42,9
	Total	3	100,0	7	100,0
Conformidade no diagnóstico de MO	Sim	2	66,7	5	71,4
	Não	1	33,3	2	28,6
	Total	3	100,0	7	100,0

		Mín	*Máx*	*Média*	*Mediana*	*DP*
Fase de *Planeamento*	Idade (Anos)	65	77	69,7	67	6,4
	IMC	22,9	28,2	25,6	25,7	2,7
Fase de *Reflexão*	Idade (Anos)	40	69	60,6	62	10,0
	IMC	18,4	30,1	23,7	24,0	4,0

Focus Group

Na Fase de *Reflexão* realizou-se uma reunião de *focus group*. Após a transcrição da informação recolhida e a análise de conteúdo segundo Braun e Clarke (2006), emergiram quatro categorias: *Mudança das práticas*, *Desenvolvimento profissional do enfermeiro*, *Mudança dos hábitos/comportamentos dos doentes* e *Mudança organizacional*. Dentro de cada categoria emergiram subcategorias, como se apresenta na Tabela 11.

Tabela 11: Categorias e Subcategorias resultantes da análise de conteúdo da transcrição do focus group

Categorias	Subcategorias
Mudança das práticas	*Avaliação da cavidade oral* *Avaliação dos hábitos de higiene oral* *Avaliação e disponibilização de material de higiene oral* *Reflexão sobre as práticas* *Documentação* *Uniformização das práticas* *Validação da tomada de decisão*
Desenvolvimento profissional do enfermeiro	*Conhecimentos* *Conscientização* *Reconhecimento da necessidade de formação contínua*
Mudança dos hábitos/ comportamentos dos doentes	*Cuidados de higiene oral* *Responsabilização* *Perfil da pessoa*
Mudança organizacional	*Estratégias de suporte para o processo de capacitação do doente* *Comunicação interprofissional* *Alteração do padrão de documentação*

Relativamente à categoria ***Mudança das práticas*** constata-se que os enfermeiros presentes identificaram alterações em diferentes intervenções de enfermagem realizadas com o doente, nomeadamente ao nível da *Avaliação da cavidade oral* e *Avaliação dos hábitos de higiene oral*. Encontraram-se ainda outras ações que conduzem e facilitam essa mudança, como a *Avaliação e disponibilização de material de higiene oral*, *Reflexão sobre as práticas*, *Documentação, Uniformização das práticas* e *Validação da tomada de decisão*.

A *Avaliação da cavidade oral*, foi identificada pelos enfermeiros presentes, como uma intervenção que passou a ter uma maior atenção por parte da equipa de enfermagem, após o programa formativo. Consideram que contribuiu para uma valorização da monitorização sistemática da cavidade oral com intuito preventivo, permitindo igualmente um diagnóstico precoce de MO.

Relativamente aos ensinos realizados à pessoa internada referem que antes da formação tinham como objetivo o seu envolvimento no tratamento, sendo que, quando era diagosticada MO, o seu grau já era elevado. Na Fase de *Reflexão,* os ensinos passaram a ter um intuito essenciamente preventivo, passando assim a ser diagosticada a MO ainda numa fase inicial, com graus mais reduzidos.

> *"É que nós valorizávamos a cavidade oral já com problema, descurávamos um bocado a avaliação da cavidade oral no início, na prevenção e profilaxia. Neste momento, acho que estamos melhores." (Enf.º A)*

> *"(…) só fazíamos ensinos e só valorizávamos mais quando estava presente uma mucosite de grau III, IV. Aí é que já incentivávamos mais os doentes a realizar bochechos…" (Enf.º C)*

"A perceção que eu tenho é que a mucosite de grau I era muito raro aparecer. Normalmente o doente com grau I ainda não tem grande sintomatologia e também não alertava e passava muito mais despercebido. E, hoje em dia, a maioria dos casos de mucosite que até nos aparecem, são graus I e II..." (Enf.º A)

Em relação à subcategoria da *Avaliação dos hábitos de higiene oral* os enfermeiros consideram que a intervenção na equipa levou a uma maior preocupação com os hábitos de higiene oral da pessoa, principalmente nos primeiros internamentos. Referem que esta formação os sensibilizou e tornou mais despertos perante pessoas sem hábitos de higiene oral, contribuindo fortemente para a prevenção de complicações.

"*Acho que não era algo que era descurado [HO], mas, de facto, essas sessões vieram fazer com que tivéssemos mais atenção à própria cavidade oral do doente." (Enf.º E)*

"*(…) damos mais importância ao antes. Nas primeiras vezes, o perguntar se tem cuidados de higiene oral em casa, como o Enf.º F disse, alguns não têm cuidados em casa e já estamos um bocadinho mais despertos…" (Enf.º B)*

"(…) não me lembrava disso, achava que toda a gente trazia escova de dentes, que é aquela coisa que nós pomos na mala quando vamos para algum lado …" (Enf.º B)

Ao nível da *Avaliação e disponibilização de material de higiene oral* os enfermeiros assumem que após a intervenção foi percetível uma maior preocupação em saber se o doente dispunha de material de higiene oral, nomeadamente escova de dentes e de o facultar, se necessário. Reconhecem que mesmo o material de higiene oral estando disponível na Instituição, nem sempre estava disponível no serviço, por não existir evidência de consumo e necessidade do mesmo.

"(…) antes, não dávamos conta, ou nem sequer perguntávamos ao doente, se trazia a escova de dentes e a pasta de dentes, se calhar, de internamento para internamento, notamos já há essa preocupação de ver se há esse material disponível." (Enf.º E)

"(…) já há o cuidado da escova de dentes, a escova de dentes do serviço, que já havia mas, se calhar, não havia tanto como agora." (Enf.º A)

"(…) temos sempre o cuidado de dar uma escova de dentes ao doente, os tantuns ou o que quer que seja…" (Enf.º A)

Na subcatergoria da *Reflexão sobre as práticas* pode-se verificar a perceção clara que os enfermeiros têm das mudanças ocorridas após a formação, reforçando a necessidade e a importância de investir em momentos desta natureza.

Os enfermeiros consideram que a formação surgiu como geradora de momentos de discussão e reflexão entre os pares, fundamental para o seu crescimento profissional.

"Realmente mudámos a nossa prática, graças a esta formação. Acho que nos fez refletir e acho que é isso que muitas vezes faz falta na nossa prática, ou levar-nos à reflexão, pelo menos." (Enf.º A)

"Eu acho que conversamos um mais bocadinho, não dizemos só: mucosite de grau III, não passamos tanto assim. Já dizemos: pareceu-me ver, ou não tenho a certeza, mas acho que vi uma lesão não sei onde e então, depois quem vem à tarde, já tenta avaliar melhor. Acho que já vai acontecendo mais isso, de falarmos." (Enf.º B)

No que se refere à *Documentação* foi reconhecido pela equipa que a mudança das práticas após a fase de *Ação* se estendeu à documentação das mesmas, no sistema de informação utilizado pelos enfermeiros. Os registos dos enfermeiros passaram a evidenciar no planeamento de cuidados de cada doente, as alterações encontradas nas práticas. A equipa ficou mais desperta para a importância de dar visibilidade às suas intervenções, com a realização de registos rigorosos que evidenciem o planeamento dos cuidados e a avaliação dos mesmos. Constatou-se contudo, que apesar de anteriormente terem referido que algumas das intervenções não eram efetuadas de forma uniforme por toda a equipa, evidenciam algumas reticências em assumir esse facto, quando o enfoque passa a ser a documentação dos cuidados.

"Não era registado, não havia esse registo. Não quer dizer que a gente não avaliasse [HO], mas efetivamente não ficava registado. Com as formações da Enf.ª H, ficámos também todos mais despertos e alerta para esse facto e há um registo." (Enf.º A)

"Mas eu acho que falamos mais, uns com os outros." (Enf.º B)

"Embora o fizéssemos não registávamos, como a Enf.ª disse, e não fazíamos dessa forma." (Enf.º F)

"A gente antes, se calhar, não dávamos tanta visibilidade." (Enf.º C)

Ao nível da *Uniformização das práticas,* os enfermeiros referiram que o trabalho desenvolvido deu um importante contributo, não só no que respeita aos parâmetros a avaliar na monitorização da cavidade oral, mas também nos ensinos realizados à pessoa. Ensinos esses que passam a ser uniformizados dentro da equipa de enfermagem e adequados à invidualidade da pessoa.

"Pois eu acho que veio uniformizar mais. Todos fazemos da mesma maneira, temos agora um conjunto de parâmetros que avaliamos todos em conjunto e todos da mesma forma. Acho que antigamente não fazíamos dessa forma." (Enf.º F)

"Há sempre a questão da hidratação labial. Que é uma coisa que levanta sempre muitas controvérsias, o que deve ou não ser aplicado. Mas acho que nisso também já começamos a uniformizar, um bocadinho, o ensino que fazemos ao doente. Que eu acho

que havia muito o hábito da vaselina, porque dá aquele aspeto molhadinho e parece que fica tudo muito hidratado." (Enf.º B)

A subcategoria *Validação da tomada de decisão* destaca uma das melhorias referidas pela equipa de enfermagem durante o *focus group.* A equipa considera que foi evidente a maior interajuda entre pares, no sentido da partilha de conhecimentos e experiências. Evidenciam que existe uma enorme preocupação em validar a avaliação que fazem da cavidade oral, com colegas que demonstram mais competências e conhecimentos nesta área, valorizando a qualidade dos cuidados.

"Em termos de interajuda, acho que, neste momento, nos preocupamos em chamar pessoas mais experientes, neste caso a Enf.ª H, "olha, vem ali dar-me uma ajuda para ver se achas que aquela mucosite é mesmo de grau de III ou de grau IV?" (Enf.º C)

"Agora, acho que sim, que chamamos mais uns aos outros. Se a Enf.ª H estiver chamamo-la muitas vezes, até porque é a pessoa que, neste momento, se calhar mais estuda sobre a mucosite e mais sabe e recorremos também um bocado a ela." (Enf.º C)

O ***Desenvolvimento profissional do enfermeiro*** foi visível ao nível dos *Conhecimentos*, da *Conscientização* acerca da problemática da MO e das suas práticas e do *Reconhecimento da necessidade de formação contínua*.

Da discussão do *focus group* os enfermeiros concluem que a formação permitiu alargar os seus *Conhecimentos* na área da MO. Reconhecem uma maior capacitação para a avaliação da higiene oral, cavidade oral e realização de ensinos dirigidos à pessoa e família.

"(…) eu acho, que relativamente ao conhecimento, também acabamos por ter muito mais, estando mais recetivos e preocupados, se o doente tem ou não conhecimento, ou capacidade para conhecer a sua situação clínica. E mesmo a questão das dúvidas e tudo… ligado à cavidade oral também adequamos, tendo em conta a presença de mucosite ou o risco, as dietas. Também temos essa preocupação. E acho que acabamos por interligar … muito outros parâmetros a avaliar." (Enf.º E)

Ao nível da *Conscientização* a equipa reconhece a importância da formação na conscientização da problemática da MO e das práticas dos enfermeiros.

Têm mais presente a necessidade de avaliação dos hábitos de higiene oral, bem como do material que o doente possui para os mesmos, disponibilizando-o sempre que necessário. Os ensinos que até então pareciam desadequados passam agora a fazer sentido quer para os enfermeiros, quer para o doente.

"(…) depois de toda a exposição, dessas sessões, acho que ficou algo mais presente nos nossos cuidados diários." (Enf.º E)

"*A mim já me aconteceu milhentas vezes: se eu der uma escova de dentes a uma pessoa que não tenha dentição ela responder "Mas eu não tenho dentes!" "Sim, mas tem boca! Tem que lavar a boca, porque é a boca não são só os dentes, é a língua…" "Pois é, mas nunca tinha pensado nisso." Pronto, estamos todos um bocado mais despertos, acho eu." (Enf.º A)*

"Primeiro foi um bocado o choque inicial. Para mim a primeira [formação] foi a mais chocante. Os números, e que ninguém avaliava, e perceber que ninguém…" (Enf.º A)

"(…) nós fazemos as coisas e, afinal, os resultados são péssimos. Alguma coisa teria que mudar. E acho que foi um bocado o gatilho." (Enf.º A)

Relativamente ao *Reconhecimento da necessidade de formação contínua* a equipa de enfermagem considera de extrema importância a continuidade da formação sobre a temática da MO, explorando novas estratégias, de forma a manter atualizados todos os elementos da equipa. Consideram fundamental transmitir toda a informação aos novos elementos que ao longo do tempo vão integrando a equipa, garantindo desta forma a uniformização das práticas e a qualidade dos cuidados.

"Eu acho que depois também seria importante [formação]. Até porque estamos a passar por um momento em que muitas pessoas saíram da equipa e perspetiva-se que venham, digo eu, mais pessoas. Eu acho que é bom, depois as pessoas que entram…" (Enf.º C)

"(…) para nós, se houver essa continuidade de formação e houver este material de apoio que seja abrangente a toda a equipa (…) se houvesse um trabalho na equipa multidisciplinar, em que por parte, por exemplo, dos médicos, já que é uma coisa que nós vemos que falha nos primeiros internamentos …" (Enf.º F)

A ***Mudança dos hábitos/ comportamentos dos doentes*** segundo os enfermeiros foi visível ao nível dos *Cuidados de higiene oral*, da *Responsabilização* dos doentes pelos seus comportamentos e do seu perfil.

Da discussão do *focus group* os enfermeiros percecionam que a sua maior preocupação com os *Cuidados de higiene oral* teve impacte direto no comportamento dos doentes, embora reconheçam que esse processo de alteração está dificultado no caso dos doentes que não tinham esses hábitos antes do internamento.

"(…) a nossa maior atenção sobre a mesma [Cavidade Oral] também faz com que o doente, e nós vemos isso de internamento para internamento, que eles próprios tenham esse cuidado [HO]." (Enf.º F)

"É aquilo que eu digo, alguns, os que têm práticas de cuidados orais fazem-no, então, com mais cuidado. Os que não têm fazem aqui porque são incentivados por nós e, em casa, não o fazem." (Enf.º F)

Ao nível da *Responsabilização* dos doentes os enfermeiros consideram que a formação teve um forte impacte neste âmbito. A sistematização da avaliação dos hábitos de higiene oral, da monitorização da cavidade oral, bem como, dos ensinos realizados por parte dos enfermeiros não só conduzem à alteração de comportamentos nos doentes, como os responsabiliza acerca desses mesmos comportamentos.

Para os enfermeiros foi evidente durante o decurso da investigação, o aumento do número de doentes que traziam do domicílio material de higiene oral e cumpriam cuidados de higiene oral. Os doentes sentem-se agora envolvidos no processo de cuidar, contribuindo fortemente para o seu bem estar e qualidade de vida.

> *"Acho que os responsabiliza a eles, também. Quer o nosso cuidado, e ao início os ensinos que fazemos, e eles também sabem porque se apercebem, se calhar melhor do que qualquer outra pessoa, das nossas rotinas. Acho que o facto de ser uma preocupação nossa e de já termos feito ensinos e alertado sobre a prevenção de mucosite, acho que eles também sentem, de certa forma, as responsabilidades a cumprir os ensinos." (Enf.º G)*

> *"(…) de internamento para internamento, notamos já há essa preocupação de ver se há esse material disponível, quer do doente, em trazer do domicílio…" (Enf.º B)*

Em relação ao *Perfil da pessoa* os enfermeiros que participaram no *focus group* consideram que embora a mudança de práticas da equipa se tenha manifestado numa mudança de hábitos por parte dos doentes, o perfil dos mesmos tem um fator preponderante no seu comportamento. Desta forma, consideram que doentes sem quaisquer hábitos de higiene oral no domicílio, continuam a manifestar algum descuido no internamento.

> *"(…) também encontramos muitas pessoas, nomeadamente os mais idosos, que simplesmente, nunca tiveram cuidados de higiene oral." (Enf.º C)*

> *"(…) algumas, nota-se que no internamento a seguir já têm o cuidado de trazer, mas há outras que realmente… pronto, é a falta de hábito…" (Enf.º B)*

> *"Pois é isso, ainda não vão muito ao dentista, ainda têm muito medo dessas coisas…" (Enf.º B)*

> *"(…) acho que temos, na mesma, aqueles doentes difíceis. Talvez difíceis pelo grau de alfabetização. Os doentes de cabeça e pescoço, muitas vezes têm aqueles antecedentes alcoólicos, hábitos tabágicos marcados e são aqueles doentes que, por mais que uma pessoa diga… acho que os mais difíceis serão mesmo esses doentes. Porque, por exemplo, aqueles mais idosos começam a perceber que até podem ajudar a ficarem melhores, esses até aderem mais. Eu acho que o problema será, se calhar, nos que já não têm hábitos antes e mantêm aqueles hábitos de risco, para além dos tratamentos e*

afins, pois mantêm hábitos tabágicos e afins… Esses aí acho que serão os mais difíceis de moldar, de chegar a eles." (Enf.º B)

A ***Melhoria Organizacional*** regista-se no desenvolvimento de *Estratégias de suporte para o processo de capacitação do doente*, na *Comunicação interprofissional* e na *Alteração do padrão de documentação*.

Relativamente às *Estratégias de suporte ao processo de capacitação do doente* a sugetão da equipa prende-se com a revisão dos folhetos informativos disponíveis no serviço. Os enfermeiros consideram que a documentação disponibilizada aos doentes é bastante redutora no âmbito da MO.

É ainda sugerido a criação de uma check list para disponibilizar ao doente na consulta, com o material necessário para o internamento, onde seria incluído o material de higiene oral.

"Ou fornecer um kit à chegada. Então… pode-se fazer um kit…" (Enf.º A)

"(…) quase como para a maternidade: dão-nos a lista do que é preciso para o bebé e para a mãe, o básico, o essencial. Se tivéssemos também uma check list: escova de dentes, pasta… Se calhar seria mais…" (Enf.º B)

"(…) fazer um folheto para a mucosite. Específico para a higiene oral…Mas pode haver um folheto mesmo para a mucosite. O que é a mucosite? Posso ter mucosite? Como posso prevenir? A gente sabe que, em grande parte dos nossos protocolos, existe esse risco. E até, se calhar, o que é que me pode acontecer se tiver mucosite? O livro que temos é muito abrangente. Sim. É muito abrangente. As pessoas perdem-se, desfolham e acho que nem leem…" (Enf.º E)

Na subcategoria da *Comunicação interprofissional* os enfermeiros referem a necessidade urgente de padronizar a linguagem para a melhoria dos cuidados. Apesar das alterações positivas, consideram fundamental clarificar as avaliações realizadas à cavidade oral pelos diferentes profissionais, uniformizando a linguagem.Também a comunicação dos enfermeiros com a pessoa e família revela melhorias, verificando-se uma maior envolvência destes nos cuidados.

"Eu acho que conversamos um bocadinho mais, não dizemos só: mucosite de grau III, não passamos a informação assim. Já dizemos: pareceu-me ver, ou, não tenho a certeza mas acho que vi uma lesão não sei onde e, então, quem vem à tarde já tenta avaliar melhor. Acho que já vai acontecendo mais isso, de falarmos." (Enf.º B)

"(…) se houvesse um trabalho na equipa multidisciplinar, em que por parte, por exemplo, dos médicos, já que é uma coisa que nós vemos que falha nos primeiros internamentos … haver essa informação. Se calhar verbalmente pode passar, porque há outras coisas

importantes, mas dar esse material necessário na consulta, naqueles internamentos prolongados, não sei! Se calhar também seria uma forma de responsabilizar as pessoas a trazerem esse material." (Enf.º E)

"(…) nós não temos os produtos disponíveis. Nós não temos um batom de cieiro para facultar aos doentes, mas já dizemos à família para comprar." (Enf.º B)

Quando o centro da atenção passa a ser a comunicação escrita, constata-se que a *Alteração do padrão de documentação* foi para a equipa um dos contributos fundamentais da investigação. A parametrização da intervenção - Vigilância da cavidade oral, torna possível um planeamento sistemático da monitorização da cavidade oral em todos os doentes com risco de mucosite. A realização desta intervenção não fica assim dependente da experiência e sensibilidade do profissional, permitindo o diagnóstico precoce da MO.

A sistematização do planeamento da avaliação da cavidade oral, bem como da avaliação dos hábitos de higiene oral e dos ensinos dirigidos à pessoa e família, contribui para a melhoria das práticas neste âmbito, minimização da perda de informação ao longo do internamento e para a continuidade e qualidade dos cuidados.

"Se calhar, o facto de termos… dela ter conseguido (não passava muito por ela) mas ela ter conseguido introduzir no processo clínico a infeção, e todos nós seguirmos os mesmos parâmetros para avaliar, temos essa preocupação, também, em levantar e acho que é uma parâmetro que é mais, ou melhor, melhor avaliado e categorizado." (Enf.º F)

"E o termos agora oportunidade para ter um sítio próprio para registar, no SAPE. Porque assim, alerta-nos. Mesmo que passe um bocadinho despercebido, chegamos àquela hora e temos que pôr como é que estava a boca. E, se for preciso, até voltamos um bocadinho atrás: "Abra lá a boca, se faz favor". Pronto, o termos um sítio para registar… porque antes não tínhamos onde registar. Muitas vezes não tinha mucosite instalada, pronto, siga. E agora temos um sítio e obriga-nos, também, a pensar nisso. Se eu não vi bem, o que vem a seguir…" (Enf.º B)

"A perceção que eu tenho é que a mucosite de grau I era muito raro aparecer. Porque normalmente o doente com grau I ainda não tem grande sintomatologia e também não alertava e passava muito mais despercebido. E, hoje em dia, a maioria dos casos de mucosite que até nos aparecem, são graus I e II. É só a descoloração, (…) mas que já registamos, e que antes passava um bocadinho despercebido." (Enf.º A)

CAPÍTULO IV
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Finalizada a apresentação e análise dos dados recolhidos durante a IA, passa-se agora à discussão dos resultados, mantendo presentes os objetivos propostos para esta investigação. Pretendia-se conhecer as práticas dos enfermeiros através do padrão de documentação em relação à pessoa com MO ou risco de desenvolver MO e avaliar o impacte de um programa formativo nas práticas documentadas pelos enfermeiros. Atendendo às substanciais diferenças encontradas entre as práticas dos enfermeiros e as linhas orientadoras dos cuidados de enfermagem, norteadas pela prática baseada na evidência considerou-se importante intervir, com vista à melhoria dessas práticas tal como preconizam diferentes autores (AEOP, 2017; Lalla et al., 2014; Peterson et al., 2015).

Na primeira fase do estudo a recolha de dados recaiu na análise de 110 processos clínicos, face a 63 da segunda fase. Estes dados vão de encontro aos facultados pelo Serviço de Planeamento e Controlo de Gestão, que dá conta da redução substancial de doentes propostos para tratamentos de QT em regime de internamento.

De acordo com os dados facultados entre o ano de 2015 e 2016 o número de tratamentos de QT realizados em regime de ambulatório passou de 13.501 para 13.847. Em contrapartida os tratamentos realizados em internamento desceram de 2.221 para 1.755.

Este padrão têm-se mantido ao longo do tempo e, dados mais recentes indicam que entre Janeiro e Abril de 2017 foram realizados 523 tratamentos de QT em internamento, número que decai para 349, em igual período, no ano 2018.

Os dados refletem a preocupação permanente das Instituições em reduzir o número de infeções nosocomiais associadas aos internamentos, num grupo com elevado risco de imunossupressão.

Para analisar as práticas de enfermagem recorreu-se ao conceito de prática de Costa (2002), que considera a prática como um sistema complexo de interações num determinado contexto, que influencia a ação e é influenciado por ela. Também Le Boterf (1995) com o seu modelo de competências serviu de suporte para esta discussão.

Assim, considera-se que as práticas dependem da interação entre quatro contextos: o contexto do sujeito, onde os enfermeiros são atores intervenientes no processo de

cuidar; o contexto da profissão, onde se enquadram os valores e os princípios orientadores da prática, como o processo de cuidados; o contexto do utilizador, relacionado com o perfil dos doentes e por último o contexto da ação, relacionado com o clima organizacional e estilos de liderança (Costa, 2002).

Os contextos influenciam e são influenciados pela subjetividade de cada um, pelas singularidades no coletivo, que ao serem contextualizadas e consciencializadas promovem aprendizagens ao longo da vida (Serrano, Costa & Costa, 2011).

Desta forma, atentos à influência de diversos fatores nos diferentes contextos, reflete-se acerca das mudanças nas práticas dos enfermeiros, ao longo da investigação.

Considerando no contexto do sujeito, os seus dados biográficos, o processo de socialização e a formação profissional como proposto por Costa (2002), não se evidenciam alterações significativas na equipa de enfermagem, da Fase de *Planeamento* para a de *Reflexão*.

O número de elementos da equipa manteve-se estável ao longo da investigação e a mobilidade de enfermeiros verificada não teve impacte nas caraterísticas sociodemográficas da equipa. A média de idades, corresponde a uma população jovem, o que foi similar nos dois momentos, assim como, o tempo de serviço e as habilitações académicas.

Importa salientar a representatividade desta equipa face aos dados do Instituto Nacional de Estatística (2018), quer no que respeita à percentagem de enfermeiros do sexo feminino (80%), quer relativamente ao grupo etário em que se situam os enfermeiros (31-60 anos). Em relação à categoria profissional, apenas 7% dos enfermeiros da equipa apresentam habilitações profissionais para além da licenciatura, nomeadamente Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização, sendo os restantes enfermeiros generalistas. Este valor contraria a estatística nacional, que aponta para 14.2% de enfermeiros especialistas a nível hospitalar.

Para Costa (2002) os dados biográficos possuem um papel preponderante na dinâmica da construção de competências dos enfermeiros. A enfermagem é uma ciência que relaciona as competências, com o exercício profissional e o contexto. Os enfermeiros surgem como atores principais no processo de mudança e os contextos influenciam o desenvolvimento de competências (Serrano et al., 2011).

A presente investigação evidencia no seu decurso o desenvolvimento profissional dos enfermeiros, pois, segundo Serrano et al., (2011) a capacidade de reflexão no processo

de cuidar, a conscientização de si, do outro, das tarefas a executar e do contexto são reflexo do desenvolvimento de competências.

Na primeira fase do estudo, os enfermeiros revelaram alguns desvios em relação ao estabelecido na evidência científica como importante nos cuidados à pessoa com mucosite, nomeadamente na avaliação da cavidade oral, aplicação de escalas de risco e monitorização da MO. Na Fase de *Reflexão*, reconheceram um aumento de conhecimentos sobre a temática e um desenvolvimento de competências, que decorreram quer da mobilização de recursos técnicos, quer de recursos cognitivos, para os quais contribuíram muitos dos assuntos abordados no programa formativo.

Para Le Boterf (1995), no contexto da profissão, onde surge o exercício do trabalho e o saber ser em articulação com o saber estar e saber, a formação contínua é a base das transições enquanto pessoa e profissional, no âmbito do desenvolvimento de competências. Se a formação decorrente na Fase de *Ação* é reconhecida pela equipa como fundamental, pelo contacto com os conteúdos científicos acerca da MO, não menos importante, é o seu papel na conscientização da problemática e no agir profissional (Costa, 2002).

Há semelhança dos resultados evidenciados por Perry et al. (2015), os enfermeiros revelaram receber poucas horas de formação relacionadas com a saúde oral, com reflexo nas suas competências gerais. Consideraram que a participação no programa formativo os alertou para o seu papel na promoção do autocuidado, na prevenção de complicações e no controlo de sintomas, contribuindo para o bem-estar da pessoa e família.

Apesar do evidente investimento dos enfermeiros no processo de cuidar, a equipa corrobora da opinião de Eilers e Million (2011), no que se refere ao tempo investido na saúde oral. Consideraram que a saúde oral é muitas vezes deixada para segundo plano, não existindo preocupação em conhecer os hábitos da pessoa, nem mesmo na disponibilização de material para os cuidados de higiene oral.

A formação através da exploração de diferentes estratégias foi fundamental para a construção do conhecimento e desenvolvimento de competências. A formação contribui para a melhoria de conhecimentos e atitudes, reduzindo as dificuldades no processo de cuidar (Nagamatsu et al., 2014). Os enfermeiros com maior formação são os que evidenciam mais segurança, mais confiança nos seus papéis e maior capacidade de argumentação com o doente, família e colegas (Bruheim et al., 2014; McInally et al., 2012; Pergert et al., 2016).

Neste âmbito, recorda-se o *Modelo de Efetividade do Papel do Enfermeiro,* desenvolvido por Irvine et al., (1998), sustentado no modelo de qualidade de cuidados de Donabedian (estrutura-processo-resultados) o qual considera o conhecimento dos enfermeiros como uma variável fundamental, capaz de influenciar os cuidados de enfermagem e os resultados em saúde.

Se o reconhecimento da necessidade de formação contínua pela equipa de enfermagem é de extrema importância, é também de reconhecer, a preocupação manifestada em transmitir as aprendizagens aos novos elementos que iam integrando a equipa, garantindo, desta forma, a uniformização das práticas e a qualidade dos cuidados.

Como refere Benner (2001), para que um profissional possa ser competente, deve primeiro ser integrado socialmente na equipa. A partilha dos saberes e a reflexão sobre as práticas facilitam a aquisição de competências pelos pares (Bruheim et al., 2014; McInally et al., 2012; Pergert et al., 2016).

Como é possível avaliar, torna-se difícil dissociar o contexto sujeito do contexto profissão, pois, a construção do conhecimento está inteiramente ligada à subjetividade humana (Nonaka & Toyama, 2007).

Se a construção do conhecimento exige alguma disponibilidade, mais complexo é a sua transferência para a prática. É precisamente a este nível que reside o grande desafio não só desta investigação, como dos cuidados de saúde do século XXI (Bellman et al., 2010).

Embora o conceito de transferência de conhecimento sugira um processo unidirecional, ele é bidirecional, e não acontece por acaso (Graham et al., 2006). Abrange o conhecimento proveniente da pesquisa, o conhecimento tácito e experiencial dos enfermeiros e dos doentes (Bellman et al., 2010).

A transferência do conhecimento apresenta-se como um processo complexo e sistematizado que amplifica o conhecimento, através de quatro modelos de conversão (Nonaka & Takeuchi, 2008):

- Socialização: Partilhar e criar conhecimento tácito através de experiências diretas;
- Externalização: Articular conhecimento tácito através do diálogo e da reflexão;
- Combinação: Sistematizar e aplicar o conhecimento explícito e a informação;
- Internalização: Aprender e adquirir novo conhecimento tácito na prática.

A implementação da Fase de *Ação* não se limitou à formação. Contribuiu para a reflexão dos saberes ao nível do contexto da prática, evidenciando desenvolvimento profissional (Le Boterf, 1995).

No decurso do programa formativo, cuja construção contou com a colaboração de dois elementos da equipa e com a participação ativa dos restantes elementos, foram devolvidos ao grupo os resultados obtidos na Fase de *Planeamento* e promovida a reflexão e discussão sobre os mesmos.

Num primeiro momento, a partilha dos resultados obtidos foi alvo de alguma resistência pela equipa. Posteriormente, o confronto com a evidência científica obtida na revisão da literatura, despertou os enfermeiros para a necessidade de mudança das práticas.

Assim, confrontando os resultados do presente trabalho, com o modelo em espiral da conversão de conhecimento de Nonaka e Takeuchi (2008), verifica-se que a partilha de experiências entre os elementos da equipa, num processo de socialização, permitiu criar conhecimento tácito. A reflexão sobre as práticas, baseada no conhecimento tácito decorrente do programa formativo, levou à externalização do conhecimento, convertendo o conhecimento tácito em explícito. A dissiminação do conhecimento explícito na equipa e a sua combinação com outros existentes no seu ambiente, levou à conversão de conhecimento explícito em explícito. Por último, a assimiliação individual do conhecimento explícito e a incorporação no seu conhecimento tácito, levou à aquisição de novo conhecimento tácito.

Para facilitar esta etapa de construção do conhecimento, como recomenda Carvalho (2012), foi elaborada documentação de apoio, relativa aos principais fatores de risco da MO, pârametros de avaliação da cavidade oral e normas de registo das respetivas avaliações. A simplicidade do documento criado, estimulou a sua procura no momento da elaboração do plano de cuidados, contribuindo para a capacitação e para a comunicação clara e direta entre os enfermeiros. Também os restantes recursos utilizados no programa formativo foram disponibilizados à equipa.

De salientar, que o conhecimento construido e mobilizado foi essencial para as intervenções à pessoa com MO, pois estas implicam conhecimentos teóricos e treino de habilidades o que foi trabalhado no programa formativo.

Resumindo, da Fase de *Planeamento* para a de *Reflexão* foi evidenciada e reconhecida a melhoria das competências técnicas e cognitivas dos enfermeiros, no âmbito da MO. Contudo, verificaram-se outras mudanças, para além das já abordadas nos contextos sujeito e profissão, nomeadamente no contexto da ação.

Foram algumas mudanças organizacionais percecionadas, que podem ter influenciado a mudança das práticas dos enfermeiros, nomeadamente o padrão de documentação dos enfermeiros. Mudança que se revelou um dos contributos essenciais desta investigação. Tal como referem alguns autores é essencial desenvolver estratégias, que não sobrecarreguem os profissionais, que conduzam a ambientes de trabalho positivos que se refletem numa melhoria das práticas, já que as adversidades com que os enfermeiros lutam diariamente, nomeadamente em relação à falta de profissionais nas equipas e à sobrecarga de trabalho, condicionam a satisfação profissional (Carvalho, Rocha, Barlem, Dias & Schallenberger, 2017; Morais, Pedro, Dalmolin & Silva, 2018).

A complexidade e especificidade de um serviço de oncologia exige dos profissionais conhecimentos, habilidades e entrega diária nas várias situações com que se confrontam. Às particularidades desta área somam-se os problemas organizacionais e a sobrecarga de trabalho.

Indo de encontro a estudos realizados na área da oncologia por Morais et al. (2018), a equipa refere-se à interação em enfermagem, nomeadamente às relações interpessoais, de cooperação e comunicação, como um importante fator para a satisfação profissional. Considera-se que a metodologia, investigação-ação, com o envolvimento dos elementos da equipa no programa formativo, contribuiu para a partilha e reflexão o que se repercutiu na melhoria da comunicação entre a equipa, promovendo relações interpessoais e um ambiente organizacional favorável à mudança das práticas em uso. Esta constatação é corroborada pelos resultados da investigação desenvolvida por Pergert, Sandeberg, Andersson, Márky e Enskär (2016) relativamente aos programas formativos em que os autores defendem que estes são importantes não só para a formação profissional dos enfermeiros mas também para a qualidade dos cuidados prestados aos utentes em oncologia.

Bordignon et al., (2015) citado por Morais et al., (2018) observou que a interação entre os profissionais, ou seja, a comunicação eficiente entre os diferentes membros da equipa (médicos e enfermeiros) auxilia nos cuidados e na segurança do doente.

No presente estudo, a comunicação interpessoal surge como uma das mudanças organizacionais percecionadas da Fase de *Planeamento* para a de *Reflexão*. Os enfermeiros referiram a urgente necessidade de padronizar a linguagem, de clarificar os critérios utilizados na avaliação da cavidade oral, pelos diferentes profissionais.

Para dar resposta a esta necessidade, os enfermeiros foram treinados durante o programa formativo na avaliação da cavidade oral, nomeadamente nas caraterísticas a avaliar, bem como, na monitorização da cavidade oral na presença de MO. A discussão

acerca da monitorização da cavidade oral foi fundamental para clarificar aspetos do instrumento de avaliação em uso, considerado pela equipa bastante redutor e pouco claro.

A comunicação entre pares também sofreu melhorias significativas ao longo do estudo. A equipa passou a discutir mais a avaliação que faziam à cavidade oral, essencialmente nas passagens de turno, permitindo uma troca de experiências, uma melhoria das competências e uma maior confiança, com reflexos na prática. Como refere Soulet (2006), "a confiança é um pré-requisito essencial para se agir em sociedade, para se iniciar uma ação significativamente orientada para o outro" (p. 25).

Também a comunicação dos enfermeiros com a pessoa e família foi alvo de melhorias, refletindo-se num maior envolvimento destes nos cuidados à cavidade oral.

A Fase de *Ação* promoveu a parametrização da intervenção da vigilância da cavidade oral, até então só possível, na presença do diagnóstico de mucosite. Assim, passou a ser possível um planeamento sistemático da avaliação da cavidade oral em todos os doentes com risco de mucosite, não ficando a mesma, dependente da sensibilidade de cada um e apenas com registo em notas gerais. Pode-se dizer que a necessidade sentida de (re)parametrização do SAPE foi geradora de oportunidades de reflexão sobre as práticas e mudança destas o que está em consonância com o defendido por Paiva et al., (2014).

Os doentes alvo deste planeamento apresentavam caraterísticas, que de acordo com a pesquisa realizada, os colocava num grupo de elevado risco (Araújo et al., 2013; Eilers & Million, 2011; Gondin et al., 2010; Peterson et al., 2015; Teixeira, 2010; Yabro et al., 2016; Youngioo, 2016). Já quanto à frequência da avaliação, ficou definido na Fase de *Ação*, que dependeria da existência de risco ou diagnóstico de MO.

Assim, na presença de risco de MO a avaliação da cavidade oral ocorreria no turno da manhã, período em que ocorrem maioritariamente os cuidados de higiene, incluindo a higiene oral. Na presença de diagnóstico de MO a avaliação seria realizada uma vez por turno.

A alteração do padrão de documentação permitiu não só a sistematização da avaliação da cavidade oral, como a minimização da perda de informação ao longo do internamento, o que seria prejudicial à continuidade dos cuidados e à sua visibilidade. Importa relembrar, que o padrão documental reflete a prática dos cuidados, valorizando o trabalho dos enfermeiros e o seu papel preponderante na qualidade dos cuidados (Dutra et al., 2016; Irving et al., 2006; Pertille et al., 2018; Simões & Simões, 2007).

Da Fase de *Ação* surgiu ainda uma sugestão de mudança organizacional relativa a estratégias de suporte para a capacitação da pessoa e família. Foi unânime a opinião da equipa de enfermagem da necessidade de rever os folhetos informativos disponíveis no serviço, por considerarem ser redutores no âmbito dos cuidados à pessoa com MO. Como refre Knobf (2013) os doentes com cancro necessitam de informação e suporte ao longo das diferentes fases da trajetória da doença para o tratamento e sobrevivência. Foi igualmente sugerida a criação de uma check-lit para o doente, contendo o material que necessita trazer para o internamento, onde estaria incluído o de higiene oral. Esta postura dos enfermeiros traduz a importância que passaram a atribuir aos cuidados de higiene oral o que está em consonância com as diretrizes da MASCC / ISOO relativamente aos doentes com cancro em tratamento (Lalla et al., 2014). A importância da manutenção dos cuidados de higiene oral com vista à redução da incidência e da gravidade da mucosite oral é também salientada por Brennan et al., (2015).

A importância outurgada aos cuidados de higiene oral esteve patente desde a Fase de *Ação* em que foi sugerido a aquisição de escovas de dentes para os doentes, que passaram a estar disponíveis no serviço. A mudança na gestão de materiais foi visivel a nível organizacional.

O contexto do utilizador, nomeadamente os hábitos e comportamentos dos doentes, sofreram também mudanças significativas, com impacte na Fase de *Reflexão*. Se a mudança de práticas da equipa, posteriormente apresentadas, conduziram a mudanças nos hábitos dos doentes, não podemos ignorar que o seu perfil, tem um fator preponderante no seu comportamento.

O perfil dos doentes incluídos no estudo foi bastante semelhante em ambas as fases, nomeadamente em relação à média de idade, índice de massa corporal, diagnóstico e tipo de tratamento a realizar. As principais diferenças surgiram no sexo, pois, ainda que prevalecendo o sexo masculino em ambas as fases, a diferença para o sexo feminino foi mais acentuada na primeira fase, tal como os resultados encontrados por Araíjo et al. (2015). Houve igualmente diferença estatisticamente significativa da primeira para a segunda fase, relativamente aos hábitos alcoólicos e tabágicos, com prevalência na primeira fase do estudo. Os estilos de vida dos doentes identificados pelos enfermeiros na apreciação inicial estão de acordo com o referido no Programa Nacional Para as Doenças Oncológicas de (2017) que considera que os estilos de vida têm um impacte significativo na incidência de cancro (DGS, 2017).

Relativamente ao ciclo de tratamento, a percentagem de doentes internados para um primeiro ciclo foi superior na segunda fase, com diferenças significativas para a primeira.

Já a exposição a fármacos com alto risco de MO foi mais expressiva na primeira fase do estudo.

Na discussão decorrente do *focus group* foi unânime a opinião de que os doentes de cabeça-pescoço, aos quais na maioria dos casos, estão associados hábitos tabágicos e alcoólicos, são os mais renitentes aos cuidados de higiene oral e os menos recetivos aos ensinos, com vista à mudança nas práticas. Como referem Jacobo e Ochoa-Vigo (2013), muitos doentes manifestam falta de interesse acerca da sua saúde oral e do tratamento implementado. Mesmo na presença do diagnóstico de MO, nem sempre é visível a mudança de comportamento.

Apesar do constrangimento ao nível da mudança de hábitos de alguns doentes, com caraterísticas específicas, os enfermeiros percecionaram que a sua maior preocupação com os cuidados orais teve impacte direto no comportamento da maioria dos doentes. Foi notória na segunda fase do estudo, a mudança dos hábitos de higiene oral ao longo do internamento e nos internamentos seguintes. Doentes que não tinham por hábito trazer material para a higiene oral, começam a faze-lo. Pode-se dizer que a mudança de práticas dos enfermeiros teve um efeito de onda nos comportamentos adotados pelos doentes, os quais passaram a valorizar a higiene oral a partir da maior valorização observada nos enfermeiros (Moreira, 2013).

Também os ensinos realizados pelos enfermeiros foram melhor compreendidos e assimiliados, com reflexos nas suas ações. Os doentes compreendem melhor o seu papel na processo da doença, sentindo que fazem a diferença.

Sintetizando os aspetos discutidos, verifica-se que as alterações percecionadas no contexto do sujeito, da profissão, do utilizador e da ação, nomeadamente as mudanças organizacionais, poderão ter contribuído para as mudanças encontradas nas práticas dos enfermeiros da Fase de *Planeamento* para a Fase de *Ação*.

As mudanças das práticas foram visíveis ao nível da avaliação da cavidade oral; avaliação dos hábitos de higiene oral; avaliação e disponibilização de material de higiene oral; reflexão sobre as práticas; documentação; uniformização das práticas, nomeadamente ao nível dos ensinos à pessoa e família e validação da tomada de decisão, como referido anteriormente.

Relativamente à avaliação da cavidade oral foi evidente na Fase de *Reflexão* a valorização desta prática. Note-se que a avaliação da cavidade oral, enquanto parte integrante do exame físico, é muitas vezes deixada para segundo plano, ficando o mesmo reduzido à avaliação dos sinais vitais e medidas antropométricas (Araújo et al., 2013).

Um estudo de Perry et al. (2015) revela que 60% dos enfermeiros referem nunca ter recebido formação na avaliação da cavidade oral, durante a formação em enfermagem. Da mesma forma, os enfermeiros envolvidos no presente estudo referiram pouca destreza na avaliação da cavidade oral, reforçando a necessidade de formação contínua para a melhoria de competências.

A presente investigação permitiu não só uma melhoria significativa no planeamento da avaliação da cavidade oral, que passou de 2,7% para 42,9%, da primeira para a segunda fase, como uma melhoria de competências na própria avaliação.

Da discussão acerca desta temática surgiu a construção de um algoritmo que evidenciava não só a necessidade de planeamento de avaliação da cavidade oral, como a frequência do mesmo, atendendo às caraterísticas inerentes ao tratamento (presença de fármacos com alto potencial de desenvolver MO) e à pessoa (Araújo et al., 2013; Eilers & Million, 2011; Gondin et al., 2010; Teixeira, 2010; Yabro et al., 2016; Youngioo, 2016;).

Considerando que os cuidados se organizam em torno das necessidades, valores e preferências da pessoa de acordo com Komatsu e Yagasaki (2014), torna-se essencial conhecer os seus hábitos, no que respeita à higiene oral, para assim elaborar o seu plano de cuidados, garantindo a sua aceitação e adesão ao mesmo como preconizam Eilers e Millon (2011).

No presente estudo, ao nível da avaliação dos hábitos de higiene oral no domicílio foram evidentes diferenças significativas entre as duas fases. É porém, necessário, reforçar aos enfermeiros a importância da recolha desta informação, pois apesar das melhorias, cerca de 25% dos doentes não referem hábitos de higiene oral. Segundo Araújo et al., (2013) cabe ao enfermeiro a implementação e supervisão dos cuidados orais, promovendo a adesão e o sucesso das intervenções de enfermagem. Para Henderson (2007) um dos melhores indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem é a condição da boca, tornando-se fundamental direcionar as práticas de enfermagem nesse sentido, já que uma higiene oral cuidada é fundamental para a prevenção da MO (Lalla et al., 2014; Oliveira et al., 2014; Pinho et al., 2010).

Um estudo de Borges e Anjos (2011) revelou uma diminuição considerável nos efeitos adversos, nomeadamente MO, reforçando a importância da higiene oral em 91,1% dos participantes.

A importância da HO esteve também patente nesta investigação, os enfermeiros reconheceram a importância de orientar o doente acerca dos cuidados de higiene oral, com vista à minimização do aparecimento de complicações. Nesse sentido, foram

evidentes as diferenças encontradas na Fase de *Reflexão*, onde o planeamento da avaliação da higiene oral surgiu em 87,3% dos doentes, face aos 70,9% presentes na primeira fase do estudo.

A equipa reconheceu igualmente, que a intervenção os despertou para a avaliação da disponibilidade de material de higiene oral, por parte dos doentes. Realçou ainda, que o questionamento sistematizado acerca da higiene oral e do material de higiene oral, foi responsabilizando os doentes ao longo dos internamentos.

Outra das mudanças percecionadas ao longo da investigação foi ao nível da reflexão sobre as práticas. Conscientes da importância da reflexão para a gestão do conhecimento, considera-se que foi outro dos triunfos da Fase de *Ação* (Forkuo-Minka, 2018).

Foi unânime a opinião que a formação gerou momentos de reflexão entre os pares, revelando-se essencial para o crescimento profissional. Tal como Forkuo-Minka (2018), os enfermeiros reconheceram que a transferência de conhecimentos acerca das melhores práticas e a partilha de experiências com base científica, conduziram a mudanças nas práticas e a melhores desempenhos.

Como já foi abordado enteriormente no âmbito das mudanças organizacionais, a alteração do padrão de documentação foi uma das grandes mudanças resultantes desta investigação.

Os registos de enfermagem refletem os cuidados prestados à pessoa, com recurso a uma linguagem formal, precisa e legível (Pertille et al., 2018). A parametrização da avaliação da cavidade oral permitiu não só sitematizar esta avaliação, como uniformizar as estruturas da cavidade oral a avaliar e os aspetos a considerar.

A uniformização da linguagem contribui não só para uma melhoria na comunicação interprofissional, como garante a continuidade dos cuidados. Mas, a uniformização das práticas não se resumiu à avaliação da cavidade oral. Também os ensinos dirigidos à pessoa e família foram alvo de reflexão e uniformizados na equipa de enfermagem.

As orientações de enfermagem, baseadas nos fatores de risco e na individualidade da pessoa, têm sido enfatizadas em diversos estudos, como fundamentais para a minimização dos efeitos adversos dos tratamentos (Borges & Anjos, 2011; Gonçalves, 2009; Gondin et al., 2010; Pinho et al., 2010; Silva et al., 2009;). No entanto, apesar da valorização dos ensinos na capacitação para o auto-cuidado, estudos revelam que a realidade está bastante distante do desejável. Um estudo de Jacobo e Ochoa-Vigo (2013), com doentes submetidos a tratamentos de QT, revelou que 88% não tinha

qualquer conhecimento acerca da MO, sendo que destes, 86% já tinham realizado tratamentos anteriormente.

Também num estudo com caraterísticas semelhantes, Araújo et al., (2015) reconhecem que apenas 25,3% dos doentes revelaram ter recebido orientações dos enfermeiros, durante o tratamento. Barbora, Ribeiro e Caldo-Teixeira (2010) vai ainda mais longe, verificando não só que os ensinos são insuficientes, como 78,9% da equipa que estudou, desconhecia por completo o protocolo de higiene oral a implementar.

No presente estudo a Fase de *Ação* trouxe mudanças nas práticas dos enfermeiros constatando-se diferenças significativas nos ensinos dirigidos aos doentes, acerca dos principais efeitos secundários dos tratamentos e específicos dos cuidados orais. Se na primeira fase, o planeamento de ensinos sobre cuidados orais constava somente em 2,7% dos doentes, na segunda fase este planeamento surge em 42,9% dos processos de enfermagem.

A mudança foi evidente não só no número de ensinos planeados, mas também, no conteúdo dos mesmos. Após o programa formativo, os enfermeiros passaram a dar especial atenção aos ensinos relacionados com os principais efeitos secundários dos tratamentos, nomeadamente a MO e implicações da mesma na qualidade de vida e na continuidade dos tratamentos; importância de uma vigilância regular da cavidade oral; hábitos de higiene oral e cumprimento de um protocolo de higiene oral; nutrição e hidratação e riscos traumáticos causados, entre outros, pelo álcool e tabaco.

A validação da tomada de decisão, surge como a última mudança das práticas evidenciada da Fase de *Planeamento* para a Fase de *Reflexão.* Tal como Benner (2001), a equipa reconhece que as competências, nomeadamente no âmbito da monitorização da cavidade oral, se desenvolvem com a prática e através de tentativa e erro. Assumem assim, que alguns elementos da equipa possuindo competências técnicas mais relevantes nesta área, eram socicitados a partilhar das suas competências e conhecimentos, na validação da avaliação feita pelos pares. A interajuda e valorização de competências foi mais evidente após a intervenção, valorizando a qualidade dos cuidados.

Analisados os contextos que poderão ter influenciado as práticas dos enfermeiros no âmbito do MO, discutem-se agora os casos de MO encontrados nas diferentes fases do estudo. Examina-se assim, a incidência, estadio e fatores de risco associados à pessoa e ao tratamento.

Contrariando a maioria dos estudos sobre a incidêcnia da MO em doentes a realizar QT, em regime de internamento, que relatam uma incidência que varia dos 22,3% a 71,7%

(Maree, Combrink, Lange, Toerien & Bedeker, 2011; Mercadante et al., 2015; Nishimura et al., 2012), o número de casos diagnosticados na presente investigação foi de 3 (2,7%) e 7 (11,1%), na primeira e segunda fase, respetivamente.

De relembrar que o estudo incide nas práticas dos enfermeiros ao doente internado para tratamentos de QT ou QT/RT e que as alterações associadas à MO não se manifestam imediatamente após os tratamentos, o que dificulta o diagnóstico (Peterson et al., 2015). No entanto, o ligeiro aumento de diagnósticos na segunda fase, incidindo nos estadios iniciais da MO (grau I e II), pode refletir a mudança das práticas dos enfermeiros, no que respeita à sistematização da avaliação da cavidade oral. A sistematização na avaliação da cavidade oral, permitiu o diagnóstico da MO em estadios iniciais, indo de encontro a outros estudos (Çakmak & Nural, 2018).

Quanto aos possíveis fatores de risco, relacionados com o tratamento, considera-se que, embora seja expectável que as complicações aumentem com o número de tratamentos, o mesmo não foi percecionado, tal como no estudo de Çakmak e Nural (2018). Pois, embora na primeira fase, a maioria dos diagnósticos de mucosite tenha surgido após vários ciclos de tratamento, na segunda fase, surgiram essencialmente no primeiro ciclo.

Quanto à possível relação entre o diagnóstico e a ocorrência de MO verifica-se que na presente investigação, a MO esteve essencialmente presente em doentes de patologia do sistema digestivo, na primeira fase e doentes de cabeça-pescoço, na segunda fase. Como consideraram Çakmak e Nural (2018) e Kim et al. (2012), o diagnóstico não tem relação direta com a incidência da MO. Contrariamente ao estudo de Nishimura et al. (2012) que revelou uma maior incidência de MO, em doentes com patologia de mama.

Os diferentes resultados dos estudos podem evidenciar que, a maior ou menor incidência da MO se encontra relacionada não com o diagnóstico, mas com o tratamento. As drogas antineoplásicas não apresentam todas o mesmo potencial de desenvolvimento de MO (Gondin et al., 2010; Lopes et al., 2016).

No presente estudo todos os doentes com diagnóstico de MO estiveram expostos a drogas antineoplásicas com alto potencial de MO, como é o caso do 5 Fluorouracilo (Nishimura et al., 2012).

No que respeita aos fatores de risco relacionados com a pessoa, verifica-se que a média de idades, embora ligeiramente inferior na Fase de *Planeamento*, incidiu na população mais idosa. Tal facto está de acordo com Yabro et al. (2016), que considera a idade avançada um fator de risco, por diminuição da taxa de cicatrização. No entanto, outros estudos revelam que a MO é mais comum em pessoas mais jovens (Kim et al., 2012),

ou não é evidente qualquer relação entre a idade e a incidência de MO (Vokurka et al., 2006).

Contrariamente ao defendido por Yabro et al. (2016), mas indo de encontro ao estudo de Çakmak e Nural (2018), a incidência de MO foi superior no sexo masculino. Os hábitos tabágicos habitualmente apresentados como fator de risco da MO (Yabro et al., 2016), não apresentam valor significativo na incidência de MO no presente estudo.

O índice de massa corporal, nomeadamente o baixo peso e sinais de desnutrição estão associados ao aumento da incidência de MO, no entanto, nenhum dos doentes do presente estudo apresentou tais caraterísticas (Yabro et al., 2016).

Sintetizando, considera-se que todos os doentes com MO apresentavam determinado fator de risco, inerente ao tratamento ou à própria pessoa, corroborando com estudos realizados na área.

Embora a formação se tenha revelado, e tenha sido reconhecida pelos enfermeiros como uma importante estratégia de mudança, consideram-se outros aspetos que partilham do protagonismo, nomeadamente:

- O envolvimento de todos os participantes ao longo da investigação;
- A colaboração dos elementos da equipa na construção do programa formativo;
- A atitude compreensiva com que as práticas em uso foram analisadas;
- A discussão com base na evidência científica sobre a temática;
- A discussão e acordo das mudanças a implementar, adequando-as à organização do serviço;
- O reforço positivo dado à equipa pelo empenho e dedicação na mudança das práticas.

Apesar do contributo da investigação para a mudança das práticas e da qualidade dos cuidados, existem algumas limitações que importa salientar.

O estudo recaiu sobre as práticas dos enfermeiros no âmbito da MO, aos doentes internados para tratamentos de QT e QT/RT, excluindo os doentes internados por intercorrências dos tratamentos e progressão da doença. Tal facto teve reflexo no número reduzido de casos de MO diagnosticados e não permitiu dar a conhecer o importante contributo que a Fase de *Ação* teve no planeamento dos cuidados a esses doentes.

Outra das limitações está relacionada com a alteração do padrão de documentação durante a Fase de *Ação*, que não devendo ser analisada isoladamente, pode ter

contribuído para as alterações verificadas no planeamento de cuidados, relativos à avaliação da cavidade oral, na fase de *Reflexão.*

CAPÍTULO V
CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

A realização da presente investigação resultou da preocupação da investigadora, aliada à dos enfermeiros da unidade de cuidados onde a mesma se desenvolveu, relativamente à problemática da MO, enquanto uma das principais complicações associadas aos tratamentos de QT/RT.

Os objetivos definidos para este trabalho passavam por conhecer as práticas dos enfermeiros através do padrão de documentação em relação à pessoa com MO ou risco de desenvolver MO e analisar o impacte de um programa formativo nas práticas documentadas pelos enfermeiros neste âmbito. Para tal, considerou-se que a metodologia de IA seria a que melhor respondia aos objetivos propostos.

Com a Fase de *Planeamento* foi possível, através da análise do padrão de documentação dos enfermeiros, fazer o diagnóstico do problema, ficando-se a conhecer as práticas dos enfermeiros aos doentes com MO ou risco de desenvolver MO. Após esta fase e com base nos resultados obtidos foi planeada e implementada a Fase de *Ação*.

Desde sempre houve a preocupação de envolver a equipa nas diferentes fases do estudo. A devolução à equipa dos achados da primeira fase de investigação, permitiu a reflexão sobre as práticas o que teve um impacte bastante positivo e foi considerada uma estratégia de enorme interesse.

Por último na Fase de *Reflexão*, novamente baseada na análise documental dos enfermeiros e na realização de um *focus group,* foi possível identificar o impacte do processo formativo no desenvolvimento de competências, nas suas práticas, nos comportamentos dos doentes e na melhoria organizacional. Estava-se consciente de que as práticas resultam de um sistema complexo de interações num determinado contexto, o que influencia a ação e é influenciado por ela.

Atendendo aos resultados obtidos na Fase de *Planeamento* conclui-se:

- Não existir uniformização das práticas entre enfermeiros relativamente ao planeamento da avaliação dos hábitos de higiene oral, da cavidade oral, do grau de MO e dos ensinos sobre os cuidados de higiene oral. As práticas nem sempre seguirem as orientações de *guidelines,* nem terem por base a evidência científica;

- Existir um conjunto de fatores que influenciam as práticas, estando relacionados com os enfermeiros (conhecimentos e competências técnicas), com o perfil dos doentes (com hábitos tabágicos, alcoólicos a realizar tratamentos com alto risco de MO e com hábitos de higiene oral deficitários) e com a organização do serviço (complexidade e especificidade de um serviço de oncologia, disponibilização de materiais para a HO, comunicação na equipa, parametrização do sistema de informação, documentação de apoio ao doente);

Os resultados encontrados na Fase de *Reflexão*, em comparação com os da Fase de *Planeamento* leva a concluir que:

- As práticas dos enfermeiros se alteraram, indo de encontro às *guidelines*, sendo evidentes mudanças no planeamento da avaliação sistemática da cavidade oral, dos hábitos de higiene oral, nos ensinos realizados à pessoa e família, na uniformização das práticas e reflexão sobre as mesmas;
- Embora o número de pessoas com diagnósticos de MO tenha aumentado ligeiramente, o mesmo surgiu em estadios iniciais, onde os sintomas são pouco expressivos, o que reflete uma vigilância sistemática da cavidade oral;
- A formação foi reconhecida pela equipa de enfermagem como essencial para a melhoria de competências técnicas e cognitivas, que por sua vez se traduziu numa maior confiança dos profissionais;
- A padronização da linguagem no âmbito da MO, bem como a clarificação das avaliações realizadas à cavidade oral, conduziu a uma melhoria ao nível da comunicação interpessoal;
- A alteração do padrão de documentação contribuiu não só para a sistematização da monitorização da cavidade oral, como também para a minimização da perda de informação, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados;
- Existiram alterações organizacionais importantes, nomeadamente na gestão de materiais, com aquisição de escovas de dentes para o serviço;
- Houve alterações comportamentais por parte dos doentes no âmbito dos cuidados orais, resultantes da maior importância e preocupação demostrada pelos enfermeiros nesta área.

Sintetizando, considera-se que os objetivos inicialmente propostos para a presente investigação foram atingidos, na medida em foi possível identificar as práticas dos enfermeiros no âmbito da MO e foi notório o impacte do programa formativo nestas mesmas práticas.

Se na Fase de *Planeamento* se verificou que a transferência de conhecimento entre profissionais, quando presente, tinha por base o conhecimento tácito, na Fase de *Reflexão* era evidente o recurso à evidência científica, com mobilização de conhecimentos adquiridos no programa formativo.

No entanto, apesar das melhorias encontradas, para as quais foi indiscutível a importância do envolvimento de toda a equipa no processo de investigação, considera-se fundamental continuar a apostar em programas de formação na área da MO, particularmente nesta equipa que está em constante renovação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agee, J. (2009). Developing qualitative research questions: a reflective process. *International Journal of Qualitative Studies, 22(4)*, 431-447. doi:10.1080/09518390902736512.

Al-Ansari, S., Zecha, J., Barasch, A., Lange, J., Rozema, F., & Raber-Durlacher, J. (2015). Oral mucositis induced by anticancer Therapies. *Current Oral Health Reports*, 202-211. doi:10.1007/s40496-015-0069-4.

Alvesson, M., & Sandberg, J. (2013). *Constructing Research Questions: Doing Interestering Research.* London: SAGE.

Amaral, A. F. (2010). A Efectividade dos Cuidados de Enfermagem: Modelos de Análise. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 96-105.

Araújo, S., Luz, M., Almeida, L., Silva, G., Neto, J., & Costa, A. (2013). Pacientes Oncológicos e a Enfermagem: Relação entre o grau de mucosite oral e a terapêutica implemantada. *Journal of Research Fundamental Gare On Line, 5(4)*, 386-395. doi:10.9789/2175-5361.2013v5n4p386.

Araújo, S., Luz, M., Silva, G., Andrade, E., Nunes, L., & Moura, R. (2015). O paciente oncológico com mucosite oral: desafios para o cuidado de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. doi:10.1590/0104-1169.0090.2551.

Asamani, J. A., Amenorpe, F. D., Babanawo, F., & Ansah Ofei, A. M. (2014). Nursing documentation of inpatiente care in eastern Ghana. *British Journal of Nursing, 23 (1)*, 48-51.

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2017). Linha de Consenso: Mucosite Oral em Radioterapia. Obtido de www.aeop.net.

Baker, D. (2002). The Peer Review Processin Science Education Journals. *Reasearch in Science Education, 32(2)*, 171-180.

Barbora, A., Ribeiro, D., & Caldo-Teixeira, A. (2010). Conhecimentos e práticas em saúde oral com crianças hospitalizadas com câncer. *Ciências Saúde Coletiva, 15 (Suplemento 1)*, 1113-1122.

Barbour, R. (2009). *Grupos Focais.* Porto Alegre: Artmed.

Beck, S. L., Towsley, G. L., Guo, J., Al-Oaaydeh, S., Pett, M. A., Brant, J. M., & Donaldson, G. (2016). Oncology Nursing Certification: Relation to Nurses' Knowledge and Attitudes About Pain, Patient-Reported Pain Care Quality, and Pain Outcomes. *Oncology Nursing Forum, 43(1)*, 67-76.

Bellman, L., Webster, J., & Jeans, A. (2010). Knowledge transfer and the integration of research, policy and practice for patient beneft. *Journal of Research in Nursing, 16(3)*, 254-270. doi:10.1177/1744987110385271.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito.* Coimbra: Quarteto Editora. Obtido de http://www.cancernurse.eu/documents/EONSClinicalGuidelinesSection4-eu.pdf.

Blakely, K., & Cope, D. (2015). Establishing an Advanced Practice Nursing Clinic in the Cancer Setting. *Seminars in Oncology Nursing, 31(4)*, 282-289. doi:10.1016/j.soncn.2015.08.004.

Borges, D. O., & Anjos, A. C. (2011). Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente em tratamento quimiotrápico: adesão às orientações e a efetividade na diminuição de efeitos colaterais e atrasos no tratamento. *Horizonte Científico, 5, n.º2*.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3(2)*, 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa.

Brennan, M., Lalla, B., Schubert, M., & Peterson, D. (2015). *Oral Toxicity. In M. Perry, D. Doll & Freter C. (Eds), Perry's The Chemotherapy Source Book* (5.ª ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer I Lippincott Williams & Wilkins.

Bruheim, M., Woods, K. V., Smeland, S., & Nortvedt, M. W. (2014). An Educational Program to Transition Oncology Nurses at the Norwegian Radium Hospital to an Evidence-Based Practice Model: Development, Implementation and Preliminary Outcomes. *Journal of Cancer Education, 29*, 224-232. doi:10.1007/s13187-013-0575-9.

Buchsel, P. C., & Yarbro, C. H. (2005). *Oncology Nursing in the Ambulatory Setting: Issues and Models of Care* (2.ª ed.). Boston: Jones & Bartlett Learning.

Çakmak, S., & Nural, N. (2018). Incidence of and risk factors for development of oral mucositis in outpatients undergoing cancer chemotherapy. *International Journal of Nursing Practice*. doi:10.1111/ijn.12710.

Carvalho, D. P., Rocha, L. P., Barlem, J. G., Dias, J. S., & Schallenberger, C. D. (2017). Cargas de traballho e a saúde do trabalhador de enfermagem: Revisão Integrativa. *Cogitare Enfermagem, 22(1)*, 01-11. doi: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i1.46569.

Carvalho, F. (2012). *Gestão do conhecimento.* São Paulo: Editora Pearson.

Costa, M. A. (2002). *Cuidar idosos: Formação, práticas e competências dos enfermeiros.* Lisboa: Educa.

Coutinho, C. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática.* Coimbra: Almedina.

Cura, M., Junior, L. V., Martins, M. D., & Santos, P. S. (2018). Chemotherapy protocols and incidence of oral mucositis. An integrative review. *Revista Einstein, 16, Nº1*. doi:10.1590/s1679-45082018rw4007.

Direção-Geral de Saúde (2010). Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Obtido de http://dis.dgs.pt/2010/10/01/sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem-sape/.

Direção-Geral de Saúde (2016). A Saúde dos Portugueses. Obtido de http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18278/1/A%20Sa%C3%BAde%20dos%20Portugueses%202016.pdf.

Direçãp-Geral de Saúde (2015). Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Portugal. Lisboa. Ministério da Saúde.

Direção-Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as doenças oncológicas.* Lisboa: Ministério da Saúde.

Dutra, H., Mendes, S., Carneiro, S., Costa, F., Barboza, R., & Ribeiro, L. (2016). Nursing records at a teaching hospital: a quasi-experimental study. *Online Brazilian Journal of Nursing, 15(3)*, 351-360.

Eilers, J. (2004). Nursing interventions and supportive care for the prevention and treatment of oral mucositis associated with cancer treatment. *Oncologt Nursing Forum, 31, Nº 4*, 13-23.

Eilers, J., & Million, R. (2011). Clinical update: Prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing, 27, Nº 4*, 1-16.

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, 80-96. doi:10.1188/14.CJON.S3.

Eslamian, J., Moeini, M., & Soleimani, M. (2015). Challenges in nursing continuing education: A qualitative study. *Iran J. Nurs. Midwifery Res., 20(3)*, 378-386.

European Oncology Nursing Society (EONS). (s.d.). Oral mucositis guidelines. *European Oncology*. Obtido de http://www.cancernurse.eu/documents/EONSClinicalGuidelinesSection4-eu.pdf.

Forkuo-Minka, A. (2018). Knowledge transfer: Theoretical framework to systematically spread best practice. *British Journal of School Nursing, 13, n.º 1*.

Gallagner, L. (2007). Continuing education in nursing: A concept analysis. *Nurse Education Today, 27*, 466-473. doi:10.1016/j.nedt.2006.08.007.

Gonçalves, L. L. (2009). Mulheres com câncer de mama: Ações de autocuidado durante a quimioterapia. *Revista de Enfermagem UERJ, 17(4)*, 575-580.

Gondin, F., Gomes, I., & Firmino, F. (2010). Prevenção e tratamento da mucosite oral. *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*.

Gosselin, T., Dalton, K., & Penne, K. (2015). The Role of the Advanced Practice Nurse in the Academic Setting. *Seminars in Oncology Nursing, 31(4)*, 290-297. doi:10.1016/j.soncn.2015.08.005.

Graham, I., Logan, J., Harrison, M., Straus, S., Tetroe, J., & Caswell, W. (2006). Lost in knowledge translation: Time for a map. *Journal Continuing Education Health Professions, 26*, 13-24.

Hansapour-Dehkordi, A. (2016). Self-care concept analysis in cancer patients: An evolutionary concept analysis. *Indian Journal of Pallative Care, 22(4)*, 388-394. doi:10.4103/0973-1075.191753.

Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE.* Camarate: Lusodidacta.

Instituto Nacional da Estatística (2018). *Estatísticas da Saúde 2016.* Lisboa, Portugal. Obtido em 21 de novembro de 2018 em http://www.ine.pt.

International Council of Nurses (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

International Council of Nurses (2006). Dotações seguras, salvam vidas: instrumento de informção e ação. Obtido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2006.pdf.

International Council of Nurses (2017). Obtido de http://www.icn.ch/what-we-do/ICNP-Browser/.

Irving, K., Treacy, M., Hyde, A., Butler, M., & MacNeela, P. (2006). Discursive practices in the documentation of patient assessments. *Journal of Advanced Nursing*, 151-156. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03710.x.

Jacobo, M., & Ochoa-Vigo, K. (2013). Influence of an educational intervention to prevent oral mucositis in patients receiving chemotherapy. *Revista Médica Herediana, 24*, 281-286.

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*, 118-125. doi:10.1188/14.CJON.E118-E125.

Kim, J., Cha, Y., Kim, S., Han, S., Oh, D., & Lee, S. (2012). Associationa of oral mucositis with quality of life and symptom clusters in patientes with solid tumors receiving chemotherapy. *Supportive Care in Cancer, 20*, 395-403. doi:10.1007/s00520-011-1126-8.

Knobf, M. (2013). Being prepared: essential to self-care and quality of life for the person with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 7 (3)*, 255-261. doi:10.1188/13.CJON.

Komatsu, H., & Yagasaki, K. (2014). The Power of nursing: Guiding patients through a journey of. *European Journal of Oncology Nursing, 18*, 419-424. doi:10.1016/j.ejon.2014.03.006.

Kuhne, G. W., & Quingley, B. A. (1997). Understanding and Using Action Research in Practice Setting. *Creating Practical Knowledge Trough Action Research: Posing Problems, Solving Problems and Improving Daily Practice*, 23-40.

Lalla, R. V., Bowen, J., Barasch, A., Elting, L., Epstein, J., Keefe, D. M., & Elad, S. (2014). MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *120*, 1453-1461. doi:10.1002/cncr.28592.

Lambertz, C., Gruell, J., Robenstain, V., Muller-Funaiole, V., Cummings, K., & Knapp, V. (2010). NO STOPS: reducingtreatment breaks during chemorradiation for head and neck cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 14(5)*, 585-593. doi:10.1188/10.CJON.585-593.

Le Boterf, G. (1995). De La Compétence; Essai sur un attracteur étrange. *Les Éditions D'Organization.*

Legg, M. (2011). What Is Psychosocial Care and How Can Nurses Better Provide It to Adult Oncology Patients. *Australian Journal of Advanced Nursing, 28(3)*, 61-67.

Lei n.º 48/90. (24 de Agosto de 1990). *Lei de Bases da Saúde*, 3452 - 3459.

Lopes, L. D., Rodrigues, A. B., Brasil, D. R., Moreira, M. M., Amaral, J. G., & Oliveira, P. P. (2016). Prevenção e tratamento da mucosite oral em ambulatório de oncologia: uma construção coletiva. *Texto Contexto Enfermagem, 25(1)*. doi:10.1590/0104-070720160002060014.

Maree, J., Combrink, M., De Lange, T., Toerien, A., & Bedeker, M. (2011). Incidence, severity and management of cancer chemotherapy related oral mucositis In Eastern Cape and Western Cape: original research. *Health SA Gesondheid , 17*, 1-7.

Marques, I. (2013). *Metacognição e formação profissional dos enfermeiros: um estudo exploratório num hospital do centro do país.* Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve, Faro, Portugal.

Marroco, J. (2007). *Análise Estatística - Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Martí, J. (2015). Measuring in action research: Four ways of integrating quantitative methods in participatory. *Action Research, 0(0)*, 1-16. doi:10.1177/1476750315590883.

McInally, W., Masters, H., & Key, S. (2012). The impact of paediatric oncology education on clinical practice - A phenomenological study. *European Journal of Oncology Nursing, 16*, 498-504.

McTravish, R. (2014). Cancer patients: oral mucositis prevention. *The Joanna Briggs Institute*, 1-7. Obtido de http://ovidsp.tx.ovid.com.

Mercadante, S., Aielli, F., Adile, C., Ferrera, P., Valle, A., Fusco, F., & Porzio, G. (2015). Prevalence of oral mucositis, dry mouth and dysphagia in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer, 23*, 1-7. doi:10.1007/s00520-015-2720-y.

Merriam, S. B., & Tisdell, E. J. (2016). *Qualitative Research: A Guide to Design and Implementation* (4.ª ed.). San Francisco: Jossey-Bass. doi:10.1177/0741713616671930.

Morais, B. X., Pedro, C. M., Dalmolin, G. L., & Silva, A. M. (2018). Professional satisfaction of nursing workers from a service of hematology-oncology. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, 19*. doi:10.15253/2175-6783.2018193165.

Nagamatsu, Y., Natori, Y., Yanai, H., & Horinchi, S. (2014). Impact of a nursing education program about caring for patients in Japan with malignant pleural mesothelioma on

nurses' knowledge, difficulties and attitude: a randomized control trial. *Nurse Education Today, 34(7)*, 1087-1093. doi:10.1016/j.nedt.2014.02.007.

Nickerson, V., Deering, J., & Alazmei, S. (2017). Supporting Change in Oncology Nursing Practice in Kuwait. *Oncology Nursing Forum, 44, Nº3*, 280-283. doi:10.1188/17.ONF.280-283.

Nishimura, N., Nakano, K., Ueda, K., Kodaira, M., Yamada, S., Mishima, Y., & Hatake, K. (2012). Prospective evaluation of incidence and severity of oral mucositis induced by conventional chemotherapy in solid tumors and malignant lymphomas. *Supportive Care in Cancer, 20*, 2053-2059. doi:10.1007/s00520-011-1314-6.

Nonaka, I., & Takenchi, H. (1995). *The knowledge-creating company: How japanese campanies create the dynamics of innovation.* New York: Oxford University Press.

Nonaka, I., & Takeuchi, H. (2008). *Gestão do conhecimento.* Porto Alegre: Bookman.

Nonaka, I., & Toyama, R. (2007). Strategic management as distributed practical wisdom (Phronesis). *Industrial and Corporate Change, 16(3)*, 371-394.

Nurgali, K., Jagoe, R. T., & Abalo, R. (2018). Editorial: Adverse Effets of Cancer Chemotherapy: Anything New to Improve Tolerance and Reduce Sequelae? *Frontiers in Pharmacology, 9*. doi:10.3389/fphar.2018.00245.

Oliveira, C. N., Lima, J. P., Ribeiro, R. N., Domingues, A. G., Moreira, V. L., & Oliveira, M. V. (2014). Atuação da enfermagem na prevenção e controle da mucosite oral em pacientes submetidos à quimioterapia: uma revisão da literatura. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor, 7, n.º 1*, 94-107.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos.* Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: *Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa.

Orem, D. E. (2001). Nursing: Concepts and practice. São Luis, Missouri: Mosby.

Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, A., Morais, E., Bastos, E., Pereira, F., & Marques, P. (2014). Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem: SAPE. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*.

Paulin, D., & Suneson, K. (2012). Knowledge Transfer, Knowledge Sharing ang Knowledge Barriers - Three Blurry Terms in KM. *The Electronic Journal ok Knowledge Management, 10*, 81-91. Obtido de http://www.ejkm.com.

Pergert, P., Sandeberg, M., Andersson, N., Márky, I., & Enskär, K. (2016). Confidence and authority through new knowledge: An evaluation of the national educational programme in paediatric oncology nursing in Sweden. *Nurse Education Today*, 38:68-73. doi:10.1016/j.nedt.2015.12.014.

Perry, A. D., Lida, H., Patton, L. L., & Wilder, R. S. (2015). Knowledge, perceived ability and practice behaviors recarding oral health among pediatric hematology and oncology nurses. *International Journal of Dental Hygiene, 89 Nº 4*, 219-228.

Pertille, F., Ascari, R., & Oliveira, M. (2018). The importance of nursing records in hospital billing. *Journal of Nursing, 12(6)*, 1717-1726. doi:10.5205/1981-8963-v12i6a234419p1717-1726-2018.

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 (Supplement 5)*, 139-151. doi:10.1093/annonc/mdv202.

Pinho, A., Misorelli, J., Montell, R., & Longato, S. (2010). Mucosite no paciente em tratamento de cancer. *Science in Health, 1(3)*, 145-160.

Portugal. Ministério da Saúde (2017). Direção-Geral da Saúde. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas.

Prideaux, A. (2011). Issues in nursing documentation and record-keeping practice. *British Journal of Nursing, 20(22)*, 1450-1454.

Queirós, P. J. (2016). Enfermagem, uma ecologia de saberes. Cultura de los Cuidados. *20(45)*, pp. 137-146. doi:10.14198/cuid.2016.45.15.

Queirós, P. J. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery, 20(3)*. doi:10.5935/1414-8145.20160079.

Quinn, B., Davies, M., Horn, J., Riley, E., Treleaven, J., Honghton, D., & Campbell, F. (2012). Mouth care guidance and support in cancer and palliative care. *UK Oral Mucositis in Cancer Group*. Obtido de http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines_v3.pdf.

Quinn, B., Potting, C. M., Stone, R., Blijlevens, N. M., Fliedner, M., Margulies, A., & Sharp, L. (2008). Guidelines for the assessment of oral mucositis in adult chemotherapy, radiotherapy and haematopoietic stem cell transplant patients. *European Journal of Cancer, 44(1)*, 61-72. doi:10.1016/j.ejca.2007.09.014.

Rampini, M. P., Ferreira, C. G., & Antunes, H. S. (2009). *Fisiopatologia da mucosite oral*. Obtido de http://bvsalud.org/.

Schön, D. A. (1992). *La formación de profesionales reflexivos: Hacia um nuevo diseño de la enñanza y el aprendizaje en las profesiones.* Barcelona: Coeditan.

Serrano, M. T., Costa, A. S., & Costa, N. M. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referância, III Série n.º 3*, 15-23.

Sidani, S. (2011). Nursing Outcomes: the state of the science. *2ª*, 79-130. Ontário: Jones & Bartelett Learning.

Silva, I., Oliveira, M., Silva, S., Polaro, S., Radunz, V., Santos, E., & Santana, M. (2009). Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Revista da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 697-703. Obtido de www.ee.usp.br/reeusp/.

Simões, C. M., & Simões, J. F. (2007). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Revista Referência, II Série, n.º4*.

Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2005). *Brunner e Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica* (10ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Soulet, M.-H. (2006). *Confiança e Capacidade de Ação. Agir em Contexto de Inquietude.* Lisboa: Colibri/CEOS.

Taleghani, F., Shahriari, M., & Alimohammadi, N. (2018). Empowering Nurses in Providing Palliative Care to Cancer Patients: Action Research Study. *Journal of Palliative Care*. doi:10.4103/IJPC.IJPC_64_17.

Taylor, S. G., & Renpenning, K. (2011). *Self-care, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice* (Vol. 26). New York: Springer.

Teixeira, S. (2010). *Mucosite oral em cuidados paliativos.* Dissertação de mestrado em oncologia - Especialização em enfermagem oncológica, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

Thomson, M., Quinn, B., Horn, J., Treleaven, J., Houghton, D., Fulman, L., & Campbell, F. (2015). *Mouth care guidance and support in cancer and palliative care.* Obtido de UK Oral Mucositis in Cancer Group: http://ukomic.co.uk/pdf/UK_OM_Guidelines.pdf.

Tolentino, E., Centurion, B., Ferreira, L., Souza, A., Damante, J., & Rubira-Bullen, I. (2011). Oral adverse effects of head and neck radiotherapy: literature review and

suggestion of a clinical oral care guideline for irradiated patients. *Journal of Applied Oral Science, 19(5)*, 448–454. doi:10.1590/S1678-77572011000500003.

Vale, E. G., Pagliuca, L. M., & Quirino, R. H. (2009). Saberes e práxis em enfermagem. *Revoista de Enfermagem Escola Anna Nery*, 174-180. doi:10.1590/S1414-81452009000100024.

Vigarios, E., Epstein, J., & Sibaud, V. (2017). Oral mucosal changes induced by anticancer targeted therapies and immune checkpoint inhibitors. Em *Supportive Care in Cancer* (5ª ed., Vol. 25, pp. 1713-1739). Springer Berlin Heidelberg. doi:10.1007/s00520-017-3629-4.

Vokurka, S., Bystrická, E., Koza, V., Scudlová, J., Pavlicová, V., Valentová, D., & Misaniová, L. (2006). Higher incidence of chemotherapy induced oral mucositis in females: a supplement of multivariate analysis to a randomized multicentre study. *Supportive Care in Cancer, 14*, 974-976. doi:10.1007/s00520-006-0031-z.

White, P. (2013). Who's afraid of research questions? The neglect of research questions in the methods literature and a call for questions-led methods teaching. *International Journal of Research & Method in Education, 36(3)*, 213-227. doi:10.1080/1743727X.2013.809413.

Yabro, C. H., Wujcik, D., & Gobel, B. H. (2016). *Cancer Nursing: Principles and Practice* (8ª ed.). Destin, Florida: Jones & Bartlett Publishers.

Youngioo, K. (2016). Mechanism-based management for mucositis: option for treating side effects without compromising the efficacy of cancer therapy. *Onco Tragets and Therapy, 9*. doi:10.2147/OTT.S96899.

ANEXOS

ANEXO 1 – AUTORIZAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO

IPO COIMBRA

Exma. Senhora
Enf. Joana Mota da Silva
Serviço de Oncologia Médica - Internamento

ASSUNTO: Projeto de investigação "A mucosite oral no doente com cancro: intervenção de enfermagem"

Em resposta ao pedido efetuado por V. Exa., para desenvolver o projeto de investigação identificado em epígrafe, informa-se que o Conselho de Administração aprovou a sua realização.

Mais se informa que o estudo deverá fazer referência à colaboração do IPO de Coimbra, assim como os seus resultados, após a sua conclusão, deverão ser comunicados ao Gabinete Coordenador da Investigação.

Com os melhores cumprimentos,

Coimbra, 03 de maio de 2017

PEL'O CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Carlos Santos
(Vogal Executivo)

C/c: Dra. Regina Silva, Diretora do Serviço de Oncologia Médica

APÊNDICES

APÊNDICE I – CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia[1] e a Convenção de Oviedo[1]

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Investigação-Ação.

Enquadramento: Trabalho de Investigação desenvolvido no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Explicação do estudo: O estudo tem como objetivo geral "Avaliar o impacte de um programa formativo nas práticas dos enfermeiros de um serviço de quimioterapia, na avaliação do risco e minimização da mucosite oral (MO) no doente oncológico". Com este estudo pretendemos conhecer as práticas dos enfermeiros ao doente com risco ou portador de mucosite, recorrendo à análise do padrão documental realizado pelos mesmos e melhorar essas mesmas práticas.

Desta forma, será solicitada a colaboração da equipa de enfermagem do serviço em causa, a participar num Programa Formativo intitulado "A mucosite, causas e impacte no bem-estar do doente", que irá desenvolver-se no Serviço de Oncologia Médica do [redacted] em 3 sessões de 50 minutos.

Neste contexto venho solicitar a sua autorização para participar neste programa de formação.

Condições e financiamento: A participação no programa formativo é de caráter voluntário, não existindo qualquer prejuízo caso não queira participar ou pretenda desistir no decorrer da mesma. Informamos, no entanto, que o serviço, em concordância com o Enfermeiro-Chefe, disponibilizará o tempo da formação a todos os enfermeiros que nela queiram participar.

Informamos ainda que o presente estudo mereceu parecer favorável da Comissão de Ética do [redacted].

Confidencialidade e anonimato: Será garantida a confidencialidade de todos os intervenientes. Os dados recolhidos serão utilizados unicamente para os fins descritos no trabalho de investigação.

Se os resultados deste estudo forem publicados a identidade dos intervenientes manter-se-á confidencial.

Ao dispor para qualquer esclarecimento/informação adicional, apresento os melhores cumprimentos.

Joana Mota da Silva – Enfermeira no Serviço de Internamento da Oncologia Médica do [redacted]

joanamota19@hotmail.com

Assinatura: … … … … … … … … ..... … … … ..... … … … … … … … … … … … …

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: … … … … … … … ..... … … … ..... … … … … … … … … … … … …

Assinatura: … … … … … … … ..... … … … … … ... … … … … … … … … … … … …Data: …… /…… /……..

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE … PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

Caraterização do doente com mucosite

1. **Idade:** [_____] anos 2. **Sexo:** Masculino [ ] Feminino [ ] 3. **Profissão:** [_____]

4. **Hábitos Tabágicos:** Não [ ] Sim [ ] Nº/dia [_____] 5. **Hábitos Alcoólicos:** Não [ ] Sim [ ] Quantidade [_____]

6. **Índice de Massa Corporal** [_____] 7. **Hábitos de Higiene Oral no domicílio:** Não [ ] Sim [ ]

8. **Diagnóstico:**

Cabeça/Pescoço ..... [ ]
Digestivo ..... [ ]
Hematologia ..... [ ]
Mama ..... [ ]
Testículo ..... [ ]
Pulmão ..... [ ]
Outro..... [ ]

9. **Tratamento:**

Quimioterapia ..... [ ]
QT + RT ..... [ ]
Protocolo ..... [_____]
Local ..... [_____]
Data do 1º Tratamento ... [_____]
Ciclo nº ..... [_____]

Registos de Enfermagem

	Manhã	Tarde	Noite
Diagnóstico Mucosite Oral	Presente [ ] Não Presente [ ]	Presente [ ] Não Presente [ ]	Presente [ ] Não Presente [ ]
Avaliação da cavidade oral/membranas mucosas	Sim [ ] Não [ ]	Sim [ ] Não [ ]	Sim [ ] Não [ ]
Diagnóstico de Mucosite Oral Presente	Grau [ ] Conformidade [ ] Inconformidade [ ]	Grau [ ] Conformidade [ ] Inconformidade [ ]	Grau [ ] Conformidade [ ] Inconformidade [ ]
Avaliação da higiene oral	Sim [ ] Não [ ]	Sim [ ] Não [ ]	Sim [ ] Não [ ]
Ensinos realizados acerca dos tratamentos	Sim [ ] Não [ ]	Sim [ ] Não [ ]	Sim [ ] Não [ ]
Ensinos realizados acerca da higiene oral	Sim [ ] Não [ ]	Sim [ ] Não [ ]	Sim [ ] Não [ ]

Dia de internamento _____

APÊNDICE III – ROTEIRO DE ENTREVISTA DO FOCUS GROUP

GUIÃO *FOCUS GROUP*	
	Data __/___/___
Introdução	**Comentários**
1 – Contextualização sumária do trabalho em curso.	
2 – Explicação do *focus group* considerando: - Os objetivos; - A função do entrevistador; - A estrutura; - O tratamento dos dados; - A confidencialidade.	
3 – Solicitação e registo da autorização para gravação em áudio.	*Ler e solicitar autorização.*
Exploração	
Objetivos: - Identificar a perceção dos enfermeiros, relativamente às mudanças ocorridas na unidade de cuidados, relacionadas com a prevenção de mucosite oral em doentes a realizar tratamentos de quimioterapia/radioterapia, após programa formativo; - Identificar os fatores que terão contribuído para as mudanças encontradas. - Compreender que medidas podem ainda ser desenvolvidas no âmbito das intervenções à pessoa com mucosite oral.	
Questões: - A partir do programa formativo consideram que ocorreram mudanças nas práticas dos enfermeiros e no comportamento dos doentes relativamente à higiene oral? - Para além do processo formativo que outros fatores influenciaram as práticas dos enfermeiros relacionadas com a prevenção de mucosite oral? - Que medidas consideram importantes continuar a implementar para melhorar as práticas dos enfermeiros neste âmbito?	***Postura:*** *- Adequar a forma de elaborar a questões às características do grupo entrevistado.* *- Emitir sinais verbais e não verbais de atenção e compreensão.* *- Solicitar esclarecimentos relacionados com a compreensão do fenómeno.* *- Ajudar com perguntas de continuidade se necessário.* *- Acrescentar outras perguntas consideradas pertinentes, considerando o objetivo e baseado nos aspetos relatados.* *- Permitir que todos participem no focus group.*
Encerramento	
Quer acrescentar neste domínio, alguma informação que não tenha sido debatida ou acrescentar algum aspeto que considere importante?	*- Agradece a participação*

Formação em Serviço

"A mucosite, causas e impacte no bem-estar do doente"

1ª Sessão

Data: 29 e 31 de Maio de 2017

Hora: 14h30 – 15h30

Local: Serviço de Oncologia Médica

Responsáveis pela Formação: Joana Mota, Ana Rita Saraiva e Joana Ferreira

29 Maio	**31 Maio**
Luís veloso	Graça Travasso
Sílvia Melo	Renato Martins
Cláudia Santos	Carla Dolores
Rosa Dinis	Salomé Oliveira
Susana Antunes	Susana Coelho
Diogo Fernandes	Joana Garcia
Susete Loureiro	Judite Silva
Celina Amaral	Cristina Parente
Inês Pessoa	Catarina Silva
Fátima Silva	Isabel Alves
Rodrigo Nunes	Dulce Matias
Ana Paiva	Ana França
Ricardo Dias	

Nota: Será disponibilizado tempo em serviço para a participação na formação.

É possível a troca do dia de formação entre colegas.

Formação em Serviço

"A mucosite, causas e impacte no bem-estar do doente"

2ª Sessão

Data: 27 e 28 de Novembro de 2017

Hora: 14h30 – 15h30

Local: Serviço de Oncologia Médica

Responsáveis pela Formação: Joana Mota, Ana Rita Saraiva e Joana Ferreira

27 Novembro	28 Novembro
Rodrigo Nunes	Ana França
Celina Amaral	Renato Martins
Fátima Silva	Ana Marta Tomás
Judite Silva	Joana Garcia
Sílvia Melo	Isabel Alves
Susete Loureiro	Cristina Parente
Catarina Silva	Ana Paiva
Susana Antunes	Cláudia Santos
Salomé Oliveira	Ricardo Dias
Sílvia Santos	Graça Travasso
Carla Dolores	Susana Coelho
Dulce Matias	Rosa Dinis
Luís Veloso	

Nota: Será disponibilizado tempo em serviço para a participação na formação.

É possível a troca do dia de formação.

Formação em Serviço

"A mucosite, causas e impacte no bem-estar do doente"

3ª Sessão

Data: 30 e 31 de Janeiro de 2018

Hora: 14h30 – 15h30

Local: Serviço de Oncologia Médica

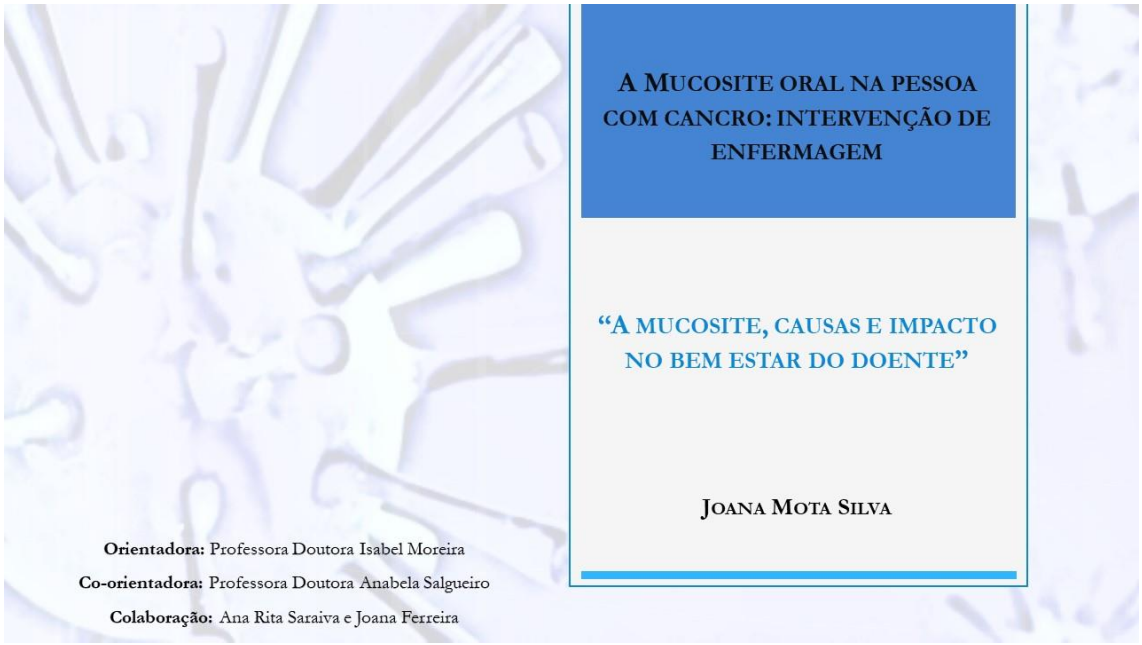
Responsáveis pela Formação: Joana Mota, Ana Rita Saraiva e Joana Ferreira

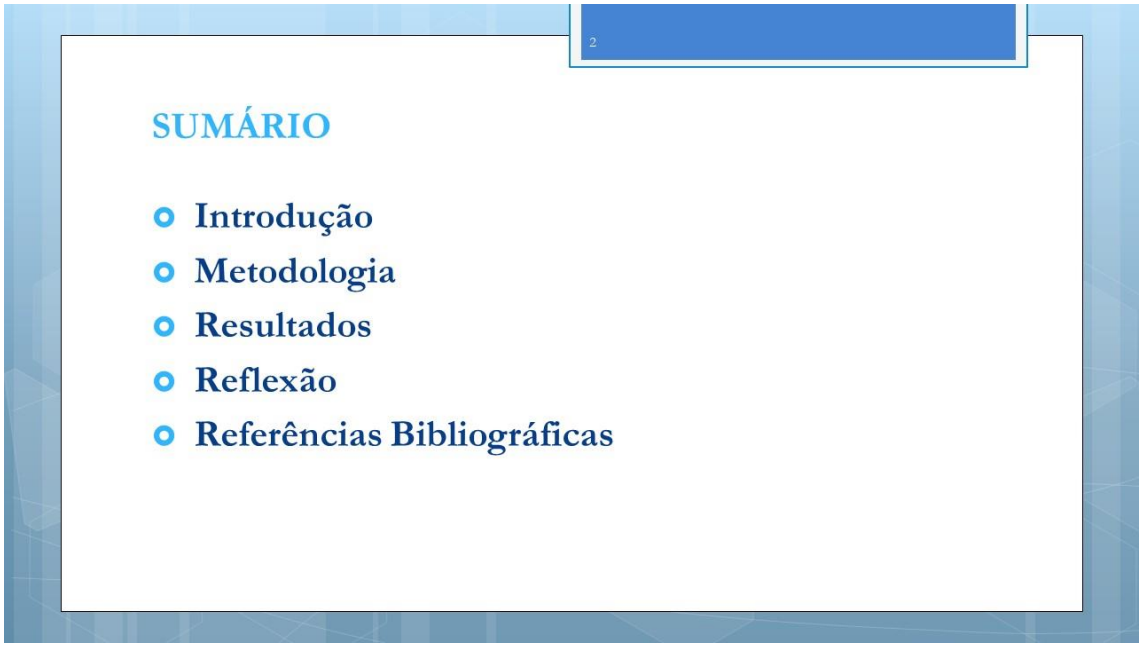
30 Janeiro	31 Janeiro
Rodrigo Nunes	Luís Veloso
Celina Amaral	Renato Martins
Cláudia Santos	Fátima Silva
Judite Silva	Joana Garcia
Sílvia Melo	Isabel Alves
Inês Vieira	Filipa Cancela
Ana Marta Tomás	Eva Morais
Susana Coelho	Dulce Matias
Salomé Oliveira	Ricardo Dias
Sílvia Santos	Graça Travasso
Carla Dolores	Susana Antunes
Ana Paiva	Rosa Dinis
Ana França	Susete Loureiro

Nota: Será disponibilizado tempo em serviço para a participação na formação.

É possível a troca do dia de formação.

APÊNDICE V – 1.ª SESSÃO FORMATIVA





3

- A mucosite é a complicação major relatada pelos doentes que fazem quimioterapia e/ou radioterapia e resulta da complexa interação entre fatores inerentes à pessoa, relacionados com o tipo e localização do tumor e com o tratamento.

- Processo inflamatório e/ou lesão ulcerativa do trato oral e/ou gastrointestinal que envolve as células epiteliais da mucosa, desde a boca até ao ânus em que a manifestação mais comum é a dor e a ulceração do epitélio.

(Yarbro, Wujcik & Goble,2016)

Introdução

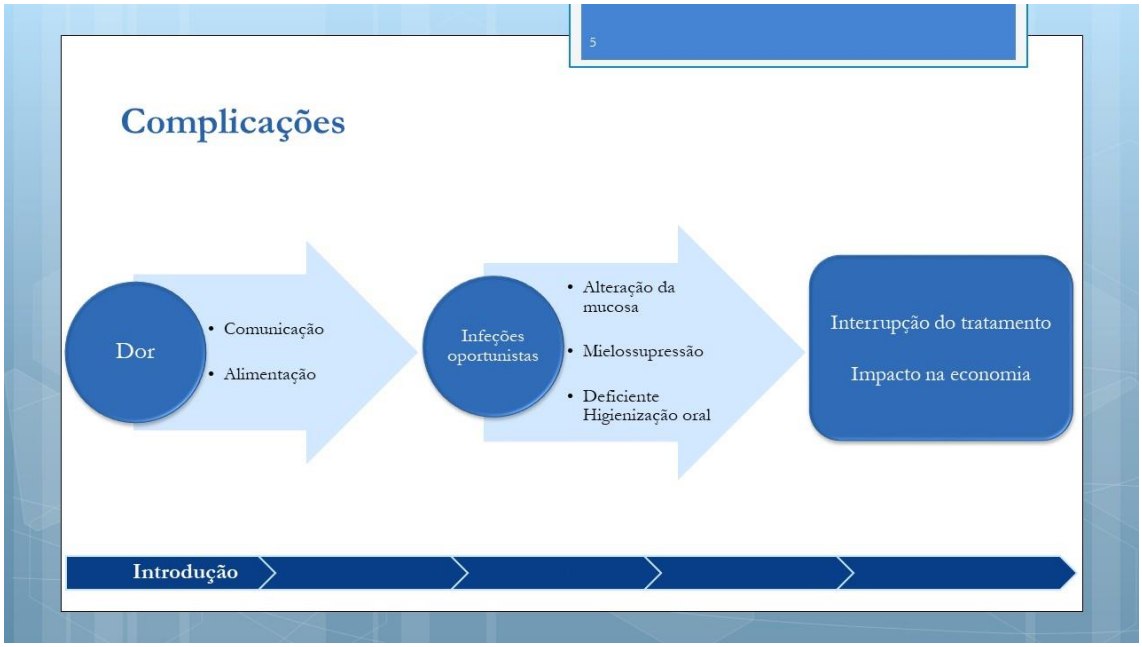
4

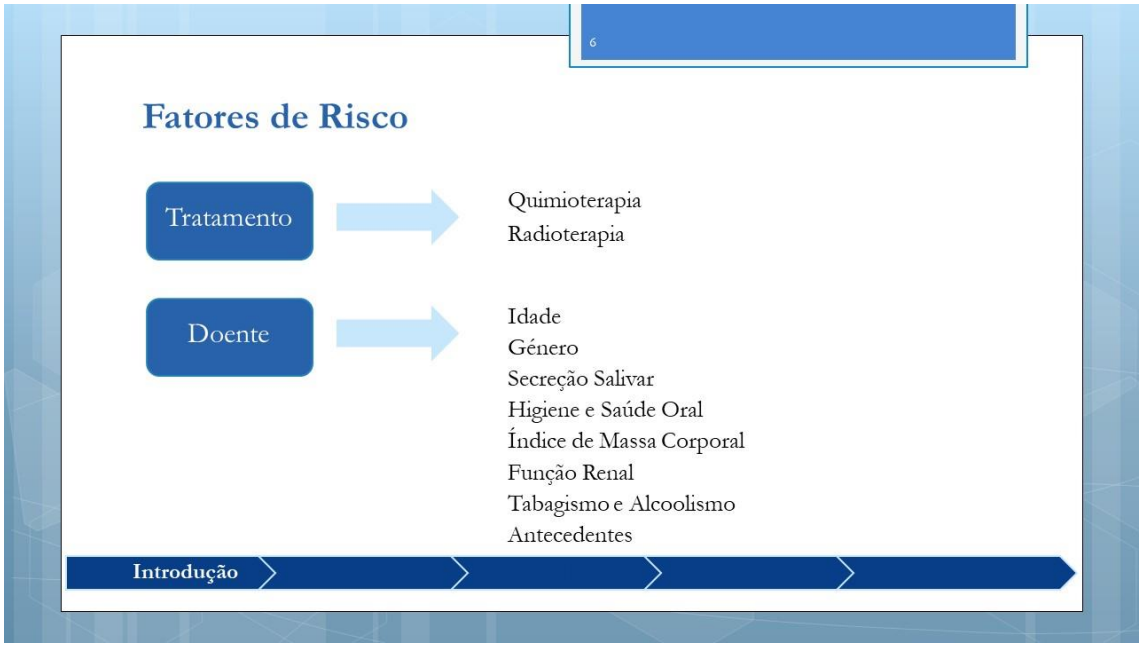
- A ocorrência da mucosite varia de 40-76% em doentes submetidos a quimioterapia, podendo atingir 90% em doentes a realizar radioterapia na cabeça e pescoço (Peterson et al., 2015; Araújo et al., 2015).

- Os primeiros sintomas surgem normalmente 3-4 dias após o início dos tratamentos de quimioterapia, sendo que as manifestações mais graves ocorrem 7-14 dias depois (Al-Ansari et al., 2015).

- No doente submetido a radioterapia as manifestações clínicas são mais graduais, surgindo normalmente 2 semanas após o início dos tratamentos (Kartin, Tasci, Soyuer & Elmali, 2014).

Introdução


5
Complicações
Dor
Comunicação
Alimentação
Infeções oportunistas
Alteração da mucosa
Mielossupressão
Deficiente Higienização oral
Interrupção do tratamento
Impacto na economia
Introdução


6
Fatores de Risco
Tratamento
Quimioterapia
Radioterapia
Doente
Idade
Género
Secreção Salivar
Higiene e Saúde Oral
Índice de Massa Corporal
Função Renal
Tabagismo e Alcoolismo
Antecedentes
Introdução

7

Intervenções de Enfermagem

Ensinos

- Complicações orais
- Fontes trauma
- Estímulos dolorosos
- Suporte Nutricional ótimo
- Higiene oral eficaz

Monitorização Cavidade Oral

- Grau de mucosite
- Fatores de Risco

Plano de Cuidados

- Individualizado

Introdução

8

Revisão Integrativa da Literatura

- Dezembro de 2016
- Descritores: "oral mucositis", "nursing care" e "oncology".
- Operador booleano "AND"
- Bases de dados da ESBCOhost e B-on
- Limite Temporal: 2011 – 2016
- Palavras chave deveriam surgir no título ou resumo

3 Artigos

Introdução

9

- 74,7% dos doentes afirmaram não ter recebido orientações de enfermeiros durante o tratamento direcionadas à prevenção e tratamento da mucosite oral;
- 75% dos enfermeiros referiram ter recebido menos de 3 horas de formação relacionada com saúde oral;
- Os enfermeiros que receberam formação em saúde oral, demonstraram maiores competências gerais em saúde oral, incluindo maior confiança no exame das complicações orais, comparativamente aos enfermeiros que não obtiveram qualquer formação.
- O conhecimento dos enfermeiros, a capacidade percebida e a prática na assistência aos cuidados de higiene oral do doente, assim como, a prevenção e o controlo das complicações orais podem refletir a sua preparação educacional.

(Araújo et al, 2013; Araújo et al, 2015 & Perry et al, 2013)

Introdução

10

Síntese

A formação é evidenciada em todos os estudos como essencial para dotar os enfermeiros de competências, que lhes permitam atuar com responsabilidade no que diz respeito à monitorização da cavidade oral e dos sintomas da mucosite, diagnosticando o risco e o grau precocemente, adequando os cuidados de enfermagem à individualidade dos doentes e contribuindo desta forma para uma melhoria significativa na sua qualidade de vida.

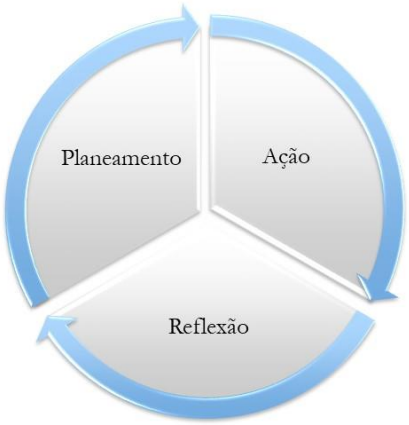
(Perry et al.,2013; Araújo, S. et al., 2013 & Araújo, S. et al, 2015)

Introdução

11

Tipo de Estudo

Investigação –Ação



Kuhne & Quingley (1997)

Metodologia

12

Objetivo Geral

- Avaliar o impacto de um programa formativo nas práticas dos enfermeiros de um serviço de quimioterapia, na avaliação do risco e minimização da mucosite no doente oncológico.

Metodologia

13

Contexto e Participantes no Estudo

- Serviço de Internamento da Oncologia Médica, do Instituto Português de Oncologia de Coimbra, Francisco Gentil, EPE.
- Objeto de Estudo: Práticas dos enfermeiros que integram a equipa do serviço, que cuidam diretamente dos doentes e realizam registos de enfermagem.
- Excluído o Enfermeiro-Chefe pois assume funções de gestão e coordenação do serviço.

Metodologia

14

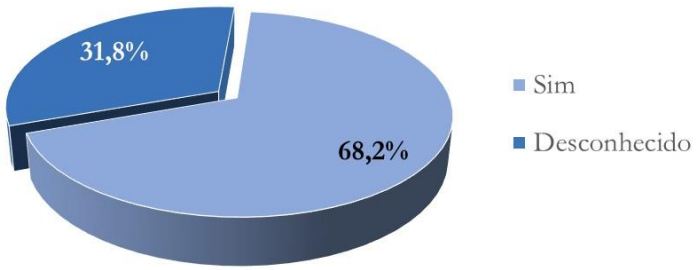
Colheita e Análise de dados

- A colheita de dados centrou-se na análise do padrão de documentação dos enfermeiros a partir de uma grelha construída com base na evidência científica.
- Recaiu nos meses de Outubro e Novembro de 2016.
- A análise dos dados assentou na estatística descritiva.
- Cumpriram-se os procedimentos legais e o estudo teve parecer favorável da Comissão de Ética da instituição onde está a ser desenvolvido.

Metodologia

15

Hábitos de Higiene Oral – Avaliação Inicial

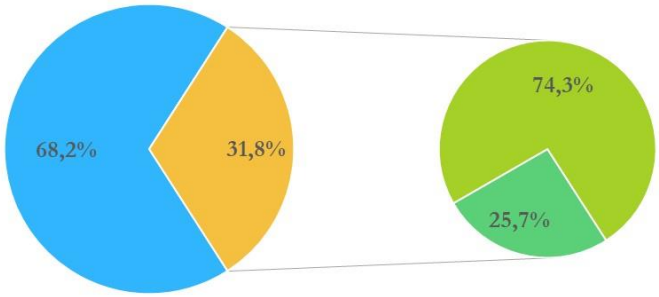


n=110

Resultados

16

Hábitos de Higiene Oral – Avaliação Inicial

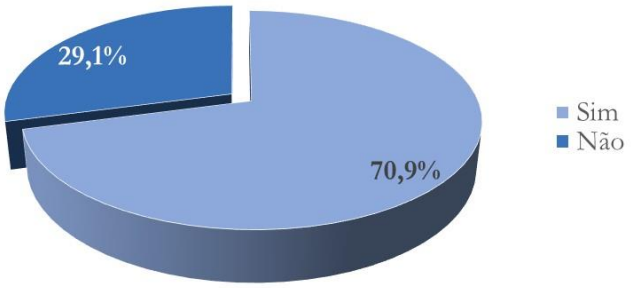


n=110

Resultados

17

Avaliação Higiene Oral – durante o tratamento

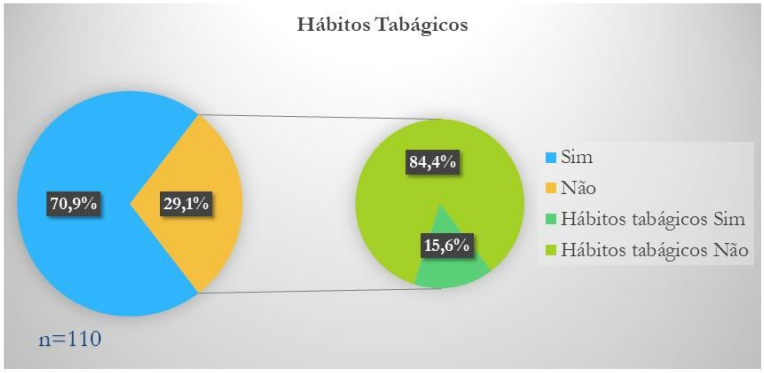


n=110

Resultados

18

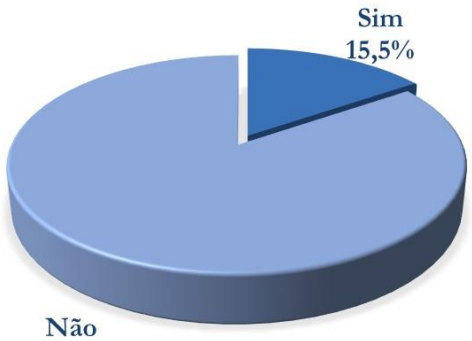
Avaliação Higiene Oral



Resultados

19

Ensinos sobre Tratamento



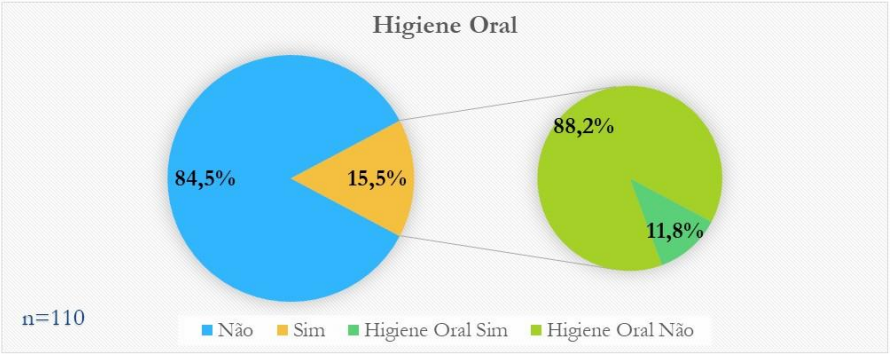
n=110

Não
84,5%

Resultados

20

Ensinos sobre Tratamento



Resultados

21

Avaliação cavidade oral/membranas mucosas

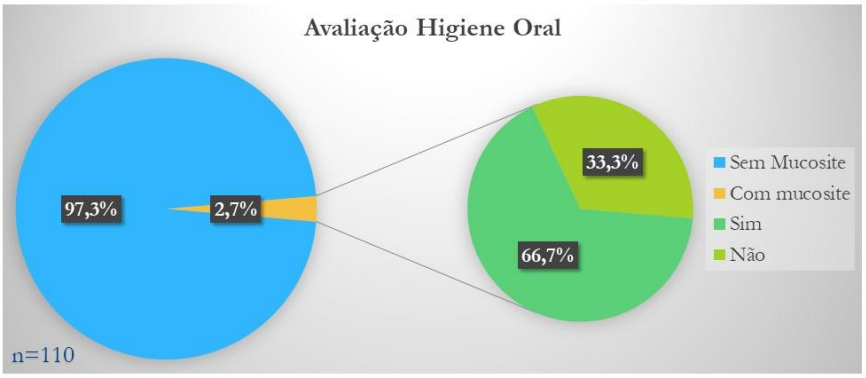


n=110

Resultados

22

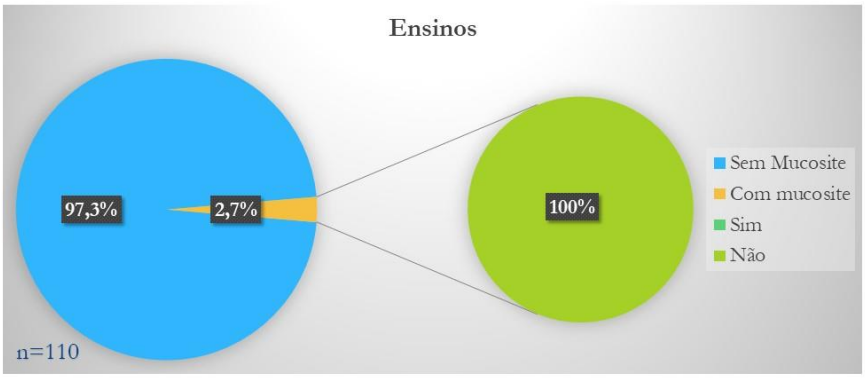
Diagnóstico de Mucosite



Resultados

23

Diagnóstico de Mucosite



Resultados

24

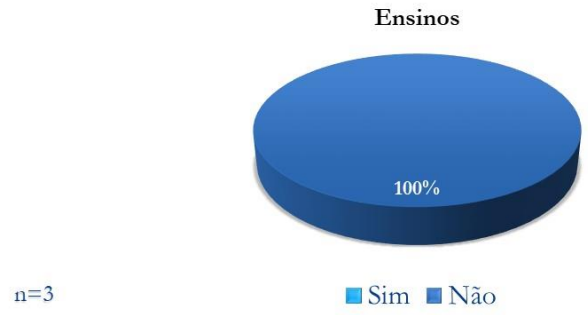
Doentes a realizar QT/RT concomitante



Resultados

25

Doentes a realizar QT/RT concomitante



Resultados

26

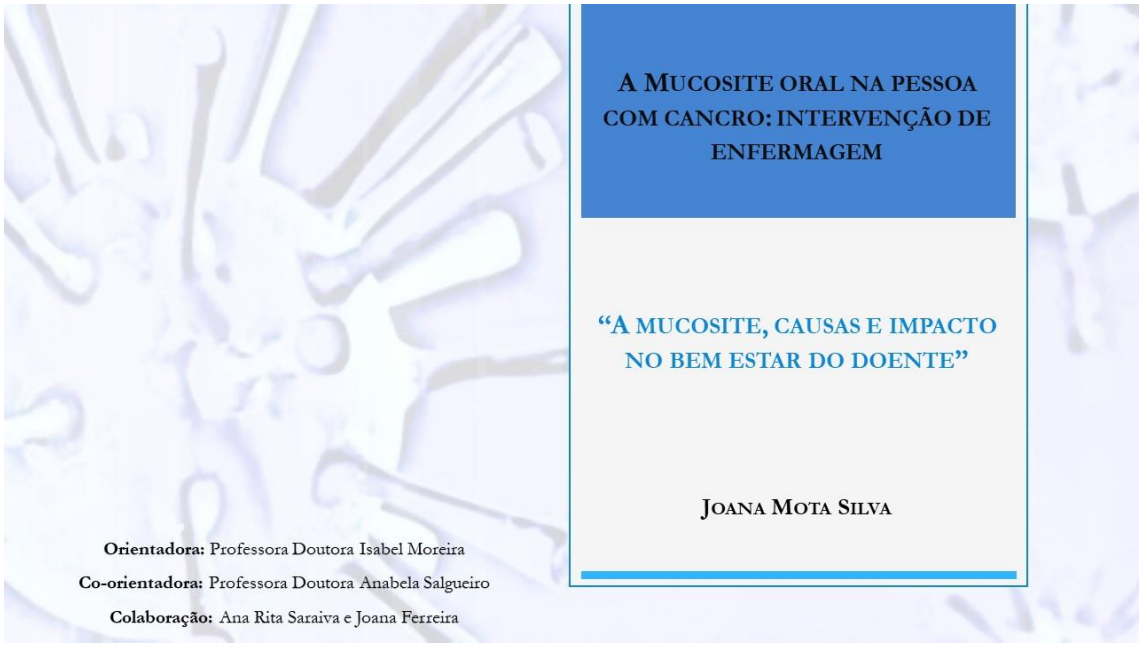
- Os resultados da investigação evidenciam:
  - Não existe uma avaliação diagnóstica sistemática da cavidade oral, surgindo apenas na presença de sintomas associados à mucosite oral;
  - A percentagem de ensinos dirigidos aos cuidados de higiene oral é baixa, não potenciando o *empowerment* do doente neste domínio;
  - A necessidade da reflexão sobre as práticas.

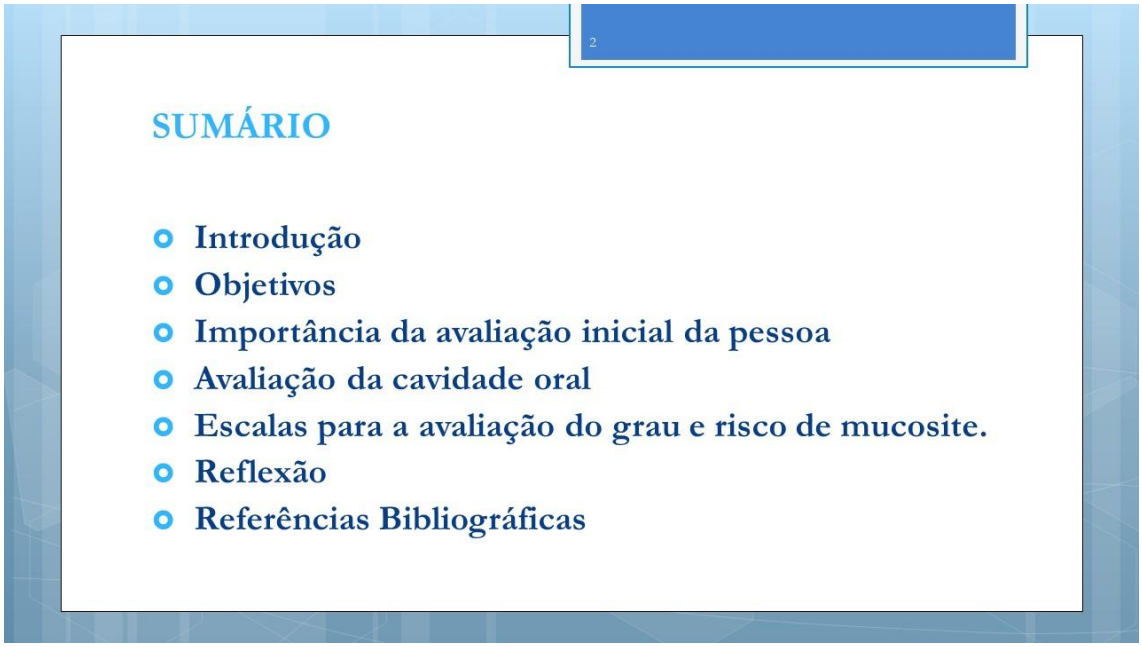
Reflexão

- Al-Ansari, S., Zecha, J., Barasch, A., Lange, J., Rozema, F. & Raber-Durlacher, J. (2015). Oral mucositis induced by anticancer therapies. Curr Oral Health Rep. 2:202–211, doi 10.1007/s40496-015-0069-4. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623065/pdf/40496_2015_Article_69.pdf em 16/12/2016.
- Araújo, S., Luz, M., Almeida, L., Silva, G., Neto, J. & Costa, A. (2013). Pacientes Oncológicos e a Enfermagem: Relação entre grau de mucosite oral e a terapêutica implementada: Journal of Research Fundamental Care On Line. Set./Dez. 5(4):386-95, doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p386.
- Araújo, S., Luz, M., Silva, G., Andrade, E., Nunes, L. & Moura, R. (2015). O paciente oncológico com mucosite oral: desafios para o cuidado de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Recuperado de www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00267.pdf em 16/12/2016.
- 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. Clin J Oncol Nurs. 18(6):E118-25, doi: 10.1188/14.CJON.E118-E125. Recuperado de https://cjon.ons.org/cjon/18/6/effect-oral-mucositis-protocol-quality-life-patients-head-and-neck-cancer-treated em 16/12/2016.
- Kuhne, G. W., & Quigley, B. A. (1997). Understanding and Using Action Research in Practice Settings. In B. A. Quigley, & G. W. Kuhne (Eds.), Creating Practical Knowledge Trough Action Research: Posing Problems, Solving Problems, and Improving Daily Practice (pp. 23-40). São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Yarbro, C. H., Wujcik, D. & Gobel, B. H. (2016). Cancer Nursing: Principles and Practice, 8ª Eth. Destin, Florida: Jones & Bartlett Publishers.
- 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 (Supplement 5): 139-151, doi:10.1093/annonc/mdv202. Recuperado de http://annonc.oxfordjournals.org/content/early/2015/07/04/annonc.mdv202 em 16/12/2016.

Bibliografia

APÊNDICE VI – 2.ª SESSÃO FORMATIVA





3

- A mucosite é a complicação major relatada pelos doentes que fazem quimioterapia e/ou radioterapia e resulta da complexa interação entre fatores inerentes à pessoa, relacionados com o tipo e localização do tumor e com o tratamento.

- Processo inflamatório e/ou lesão ulcerativa do trato oral e/ou gastrointestinal que envolve as células epiteliais da mucosa, desde a boca até ao ânus em que a manifestação mais comum é a dor e a ulceração do epitélio.

(Yarbro, Wujcik & Goble,2016)

Introdução

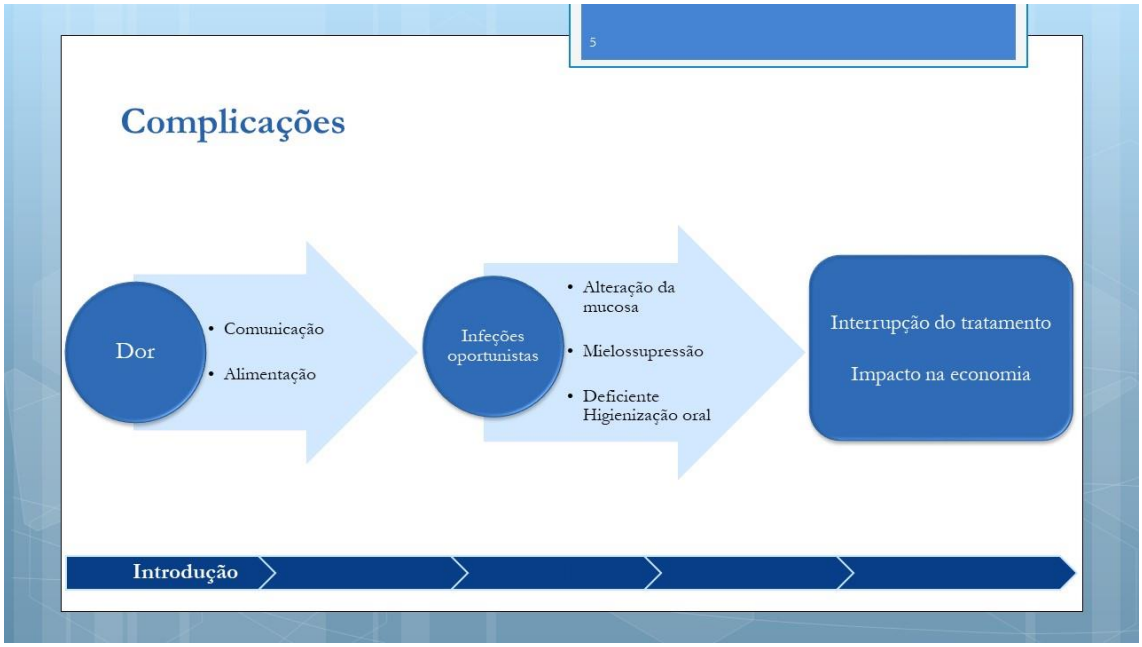
4

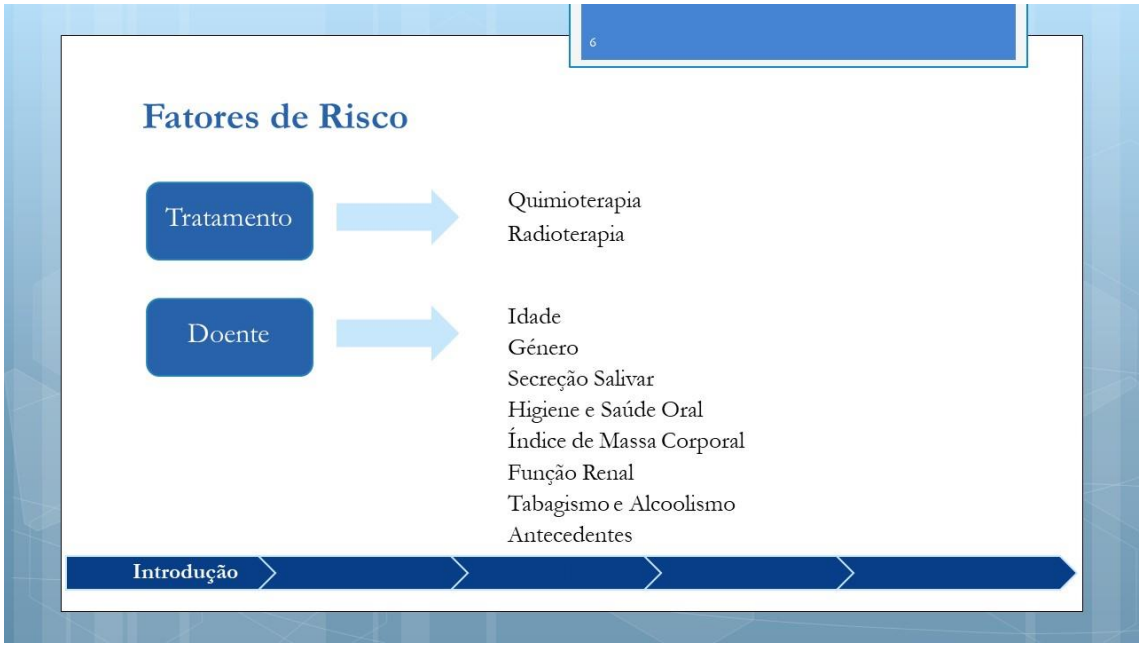
- A ocorrência da mucosite varia de 40-76% em doentes submetidos a quimioterapia, podendo atingir 90% em doentes a realizar radioterapia na cabeça e pescoço (Peterson et al., 2015; Araújo et al., 2015).

- Os primeiros sintomas surgem normalmente 3-4 dias após o início dos tratamentos de quimioterapia, sendo que as manifestações mais graves ocorrem 7-14 dias depois (Al-Ansari et al., 2015).

- No doente submetido a radioterapia as manifestações clínicas são mais graduais, surgindo normalmente 2 semanas após o início dos tratamentos (Kartin, Tasci, Soyuer & Elmali, 2014).

Introdução


5
Complicações
Dor
• Comunicação
• Alimentação
Infeções oportunistas
• Alteração da mucosa
• Mielossupressão
• Deficiente Higienização oral
Interrupção do tratamento
Impacto na economia
Introdução


6
Fatores de Risco
Tratamento
Quimioterapia
Radioterapia
Doente
Idade
Género
Secreção Salivar
Higiene e Saúde Oral
Índice de Massa Corporal
Função Renal
Tabagismo e Alcoolismo
Antecedentes
Introdução

7

- A variabilidade dos fatores de risco, da sua expressão e a variabilidade no relato das manifestações clínicas por parte da pessoa, dificulta a sua mensuração, pelo que existe uma variedade de escalas de avaliação para o estadiamento da mucosite (Yarbro, Wujcik & Goble, 2016).

Introdução

8

- Apresentar os resultados da evidência científica relativamente à avaliação da cavidade oral.
- Apresentar as escalas para avaliação do risco de mucosite e classificação da mucosite oral.

Objetivos

9

Avaliação Inicial da Pessoa

- Identificação dos fatores de risco (Entrevista)
- Avaliação da cavidade oral (Observação)

10

Fatores de risco para a ocorrência de mucosite

- Doentes a realizar QT e/ou RT cabeça-pescoço
- Alterações na cavidade oral
- Xerostomia
- Higiene e Saúde oral deficitária
- História anterior de mucosite
- Hábitos alcoólicos e tabágicos

11

Avaliação da Cavidade Oral

- A avaliação da cavidade oral transmite informação acerca da saúde oral e hábitos de higiene oral.

- É o ponto de partida para avaliação do risco de desenvolvimento de mucosite da cavidade oral e dos diferentes estádios de desenvolvimento.

(Eiliers & Million, 2011)

Avaliação Inicial da Pessoa

12

Diagnósticos de Enfermagem

- Risco de Mucosite

- Mucosite

Diagnósticos de Enfermagem

13

Plano de Cuidados

Monitorização Cavidade Oral

- Grau de mucosite/Escalas

Avaliação Cavidade Oral

- Voz
- Deglutição
- Lábios
- Secreção Salivar
- Língua
- Membranas Mucosas
- Gengivas
- Dentes

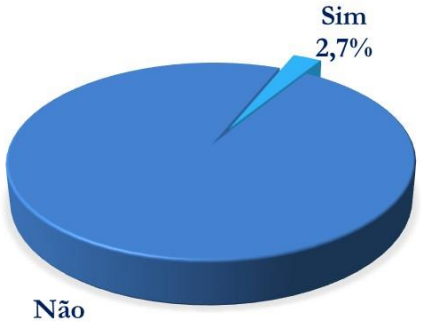
Educação

- Complicações orais
- Fontes trauma
- Estímulos dolorosos
- Suporte Nutricional
- Higiene oral

Intervenções de Enfermagem

14

Avaliação cavidade oral/membranas mucosas



n=110

Avaliação da cavidade oral

15

Cavidade oral – O que avaliar?

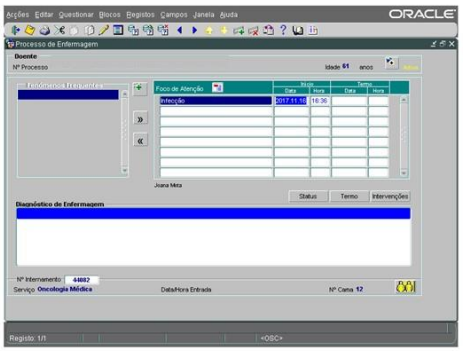
- Voz
- Deglutição
- Lábios
- Secreção Salivar
- Língua
- Membranas Mucosas
- Gengivas
- Dentes

Avaliação da cavidade oral

16

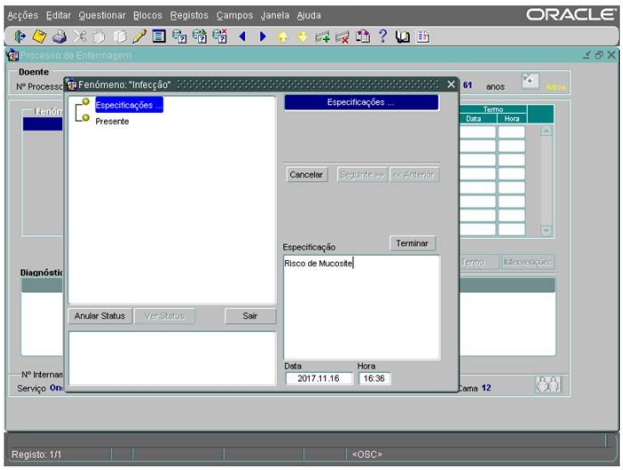
Registos de Enfermagem - SAPE

- Risco de Mucosite



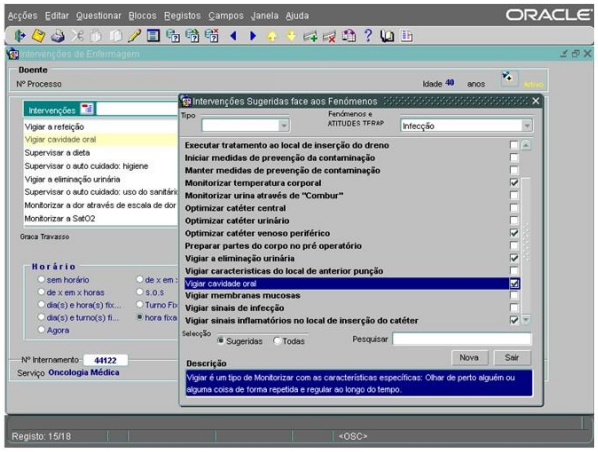
Avaliação da cavidade oral

17



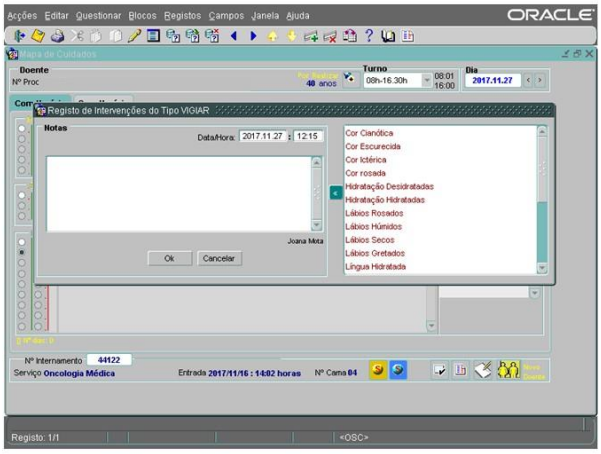
Avaliação da cavidade oral

18



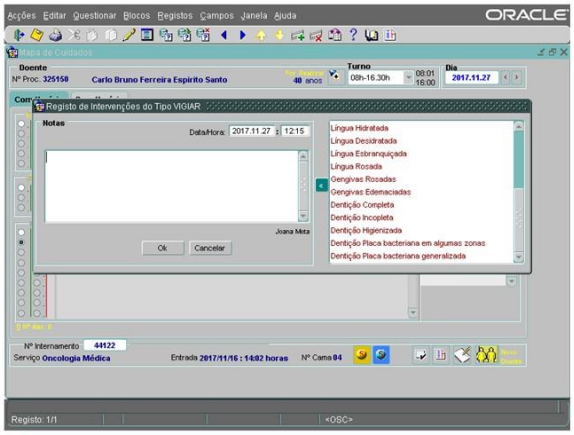
Avaliação da cavidade oral

19



Avaliação da cavidade oral

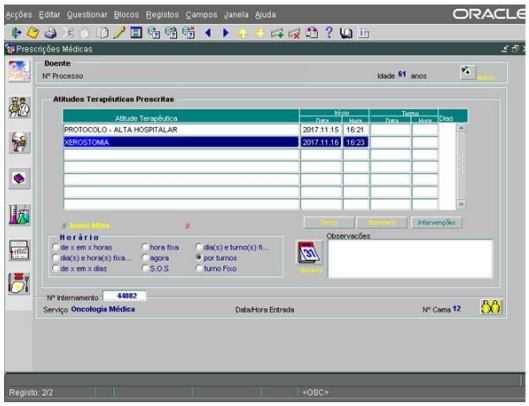
20



Avaliação da cavidade oral

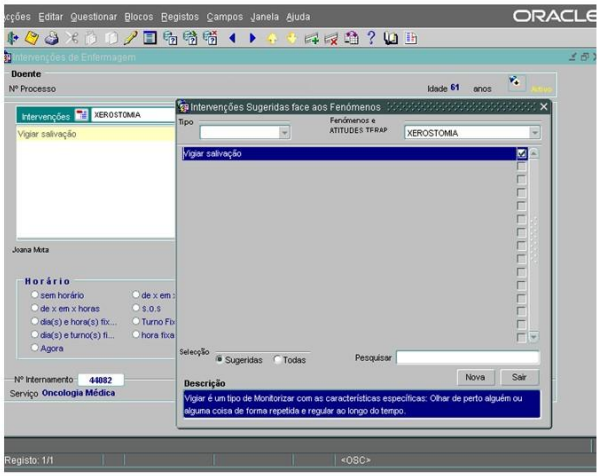
21

- XEROSTOMIA



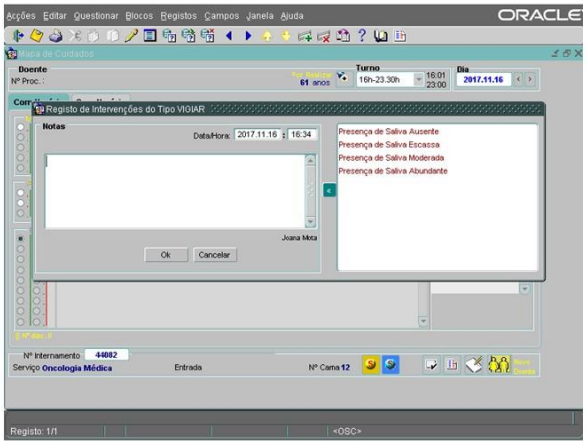
Avaliação da cavidade oral

22



Avaliação da cavidade oral

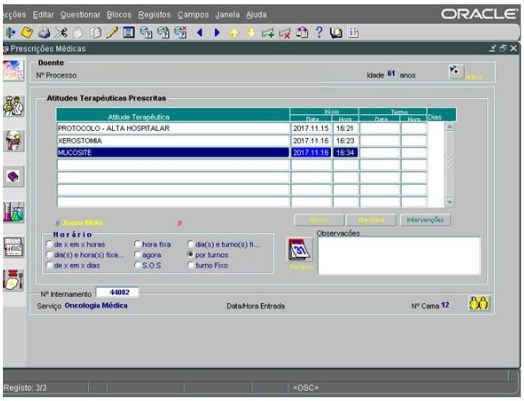
23



Avaliação da cavidade oral

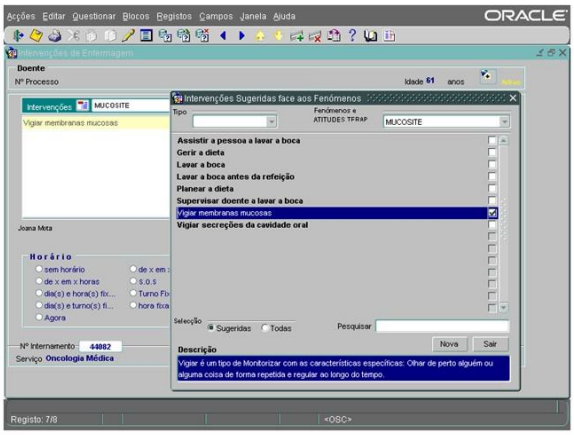
24

- MUCOSITE



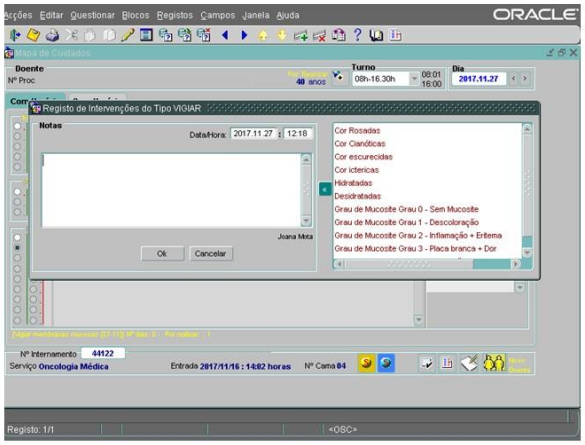
Avaliação da cavidade oral

25



Avaliação da cavidade oral

26



Avaliação da cavidade oral

27

- A maioria das escalas utilizadas incorporam a avaliação de sinais e sintomas e os distúrbios funcionais.

- A utilização de um instrumento permite estratificar as manifestações apresentadas pela pessoa e nortear as melhores intervenções, seja quando a mucosite já está instalada, seja na avaliação do risco.

Escalas de Avaliação

28

Escala de avaliação do Grau de Mucosite – IPOC

GRAU MUCOSITE	CARATERÍSTICAS
GRAU 0	Sem Mucosite
GRAU 1	Descoloração
GRAU 2	Inflamação + Eritema (ingere normalmente todo o tipo de alimentos)
GRAU 3	Placa Branca + Dor (não ingere alimentos sólidos)
GRAU 4	Ulceração + Necrose + Hemorragia + Dor (não consegue deglutir)

Escalas de Avaliação

29

Graus de Mucosite



Grau 2



Grau 2



Grau 1

Escalas de Avaliação

30



Grau 3



Grau 4



Grau 2



Grau 3

Escalas de Avaliação

31



Grau 4



Grau 4



Grau 3



Grau 3

Escalas de Avaliação

32

- O instrumento utilizado para a avaliação do risco de mucosite é a Oral Assessment Guide (OAG), devido à sua qualidade, facilidade de uso, bem como confiança dos resultados obtidos com o mesmo.

- A escala da OAG avalia a capacidade do doente deglutir, voz, secreção salivar, integridade dos lábios, língua, mucosa, gengiva e dentes. A soma de todas as avaliações dá um score que varia entre 8 pontos (cavidade oral sem alterações) até 24 pontos (alterações severas).

Escalas de Avaliação

33

ORAL ASSESSMENT GUIDE RATING SCALE

Category	Method of Observation	Rating 1	Rating 2	Rating 3
Voice	Converse with patient, listen to crying	Normal	Deeper or raspy	Difficulty talking or crying, or painful
Ability to swallow	Ask patient to swallow	Normal swallow	Some pain on swallowing	Unable to swallow
Lips	Observe and feel tissue	Smooth, pink, and moist	Dry or cracked	Ulcerated or bleeding
Saliva	Insert depressor into mouth, touching center of tongue and the floor of the mouth	Watery	Thick or ropy; excess salivation due to teething	Absent
Tongue	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
Mucous membrane	Observe appearance of tissue	Pink and moist	Reddened or coated without ulceration; fungal infection	Ulceration with or without bleeding
Gingiva	Gently press tissue	Pink and firm	Edematous with or without redness, smooth; edema due to teething	Spontaneous bleeding or bleeding with pressure
Teeth	Observe appearance of teeth	Clean and no debris	Plaque or debris in localized areas (between teeth)	Plaque or debris generalized along gum line

Note. Adapted from Eilers, Berger, and Petersen (1988).

Escalas de Avaliação

34

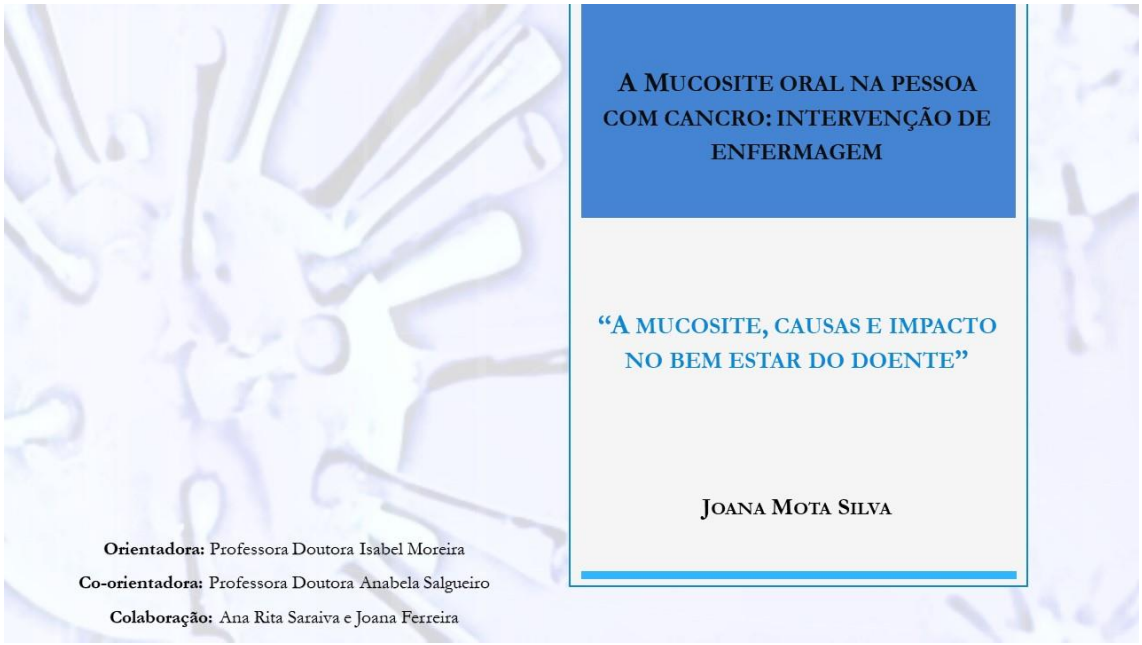
- A mucosite tem um enorme impacto na qualidade de vida do doente, com compromisso de funções físicas e psicológicas.
- Os enfermeiros são os profissionais melhor posicionados para avaliar a cavidade oral e reconhecer os sintomas da mucosite oral.
- A avaliação da cavidade oral é o ponto de partida para o planeamento dos cuidados de enfermagem, pois transmite informação acerca da saúde oral e hábitos de higiene oral.
- Para o diagnóstico precoce de mucosite oral é essencial a utilização de instrumentos de avaliação do risco, que conduzam à implementação de diferentes intervenções de enfermagem.

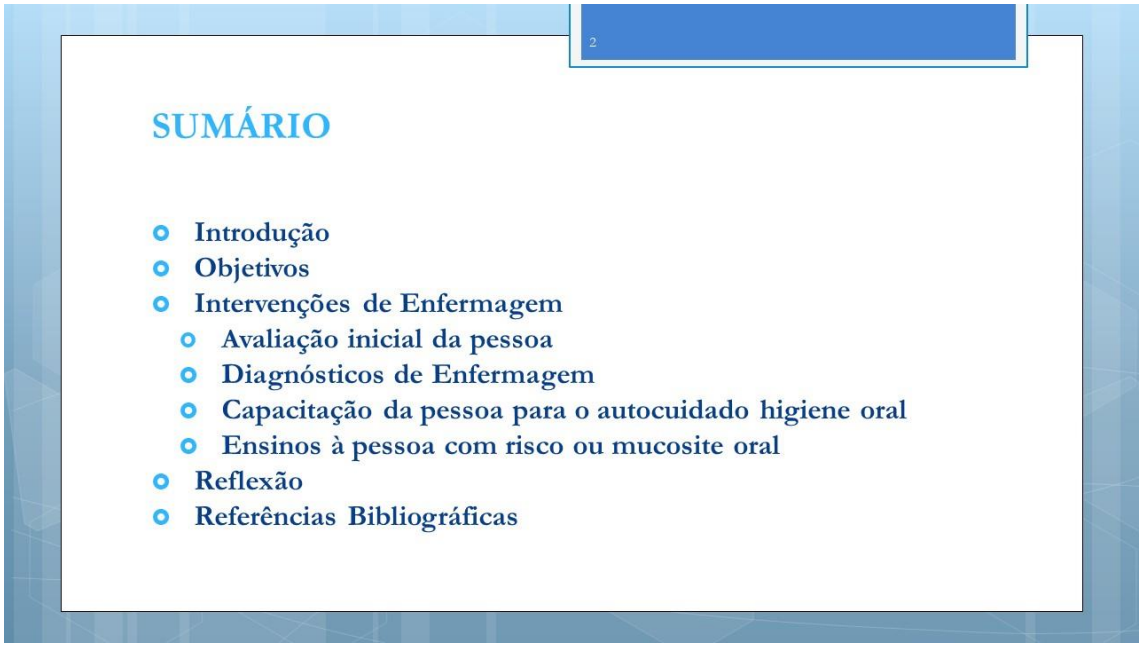
Reflexão

- Al-Ansari, S., Zecha, J., Barasch, A., Lange, J., Rozema, F. & Raber-Durlacher, J. (2015). Oral mucositis induced by anticancer therapies. Curr Oral Health Rep. 2:202–211, doi 10.1007/s40496-015-0069-4. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623065/pdf/40496_2015_Article_69.pdf em 16/12/2016.
- Araújo, S., Luz, M., Almeida, L., Silva, G., Neto, J. & Costa, A. (2013). Pacientes Oncológicos e a Enfermagem: Relação entre grau de mucosite oral e a terapêutica implementada: Journal of Research Fundamental Care On Line. Set./Dez. 5(4):386-95, doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p386.
- Araújo, S., Luz, M., Silva, G., Andrade, E., Nunes, L. & Moura, R. (2015). O paciente oncológico com mucosite oral: desafios para o cuidado de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Recuperado de www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/pt_0104-1169-rlae-23-02-00267.pdf em 16/12/2016.
- 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. Clin J Oncol Nurs. 18(6):E118-25, doi: 10.1188/14.CJON.E118-E125. Recuperado de https://cjon.ons.org/cjon/18/6/effect-oral-mucositis-protocol-quality-life-patients-head-and-neck-cancer-treated em 16/12/2016.
- Kuhne, G. W., & Quigley, B. A. (1997). Understanding and Using Action Research in Practice Settings. In B. A. Quigley, & G. W. Kuhne (Eds.), Creating Practical Knowledge Trough Action Research: Posing Problems, Solving Problems, and Improving Daily Practice (pp. 23-40). São Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Yarbro, C. H., WujcikK, D. & Gobel, B. H. (2016). Cancer Nursing: Principles and Practice, 8ª Eth. Destin, Florida: Jones & Bartlett Publishers.
- 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 (Supplement 5): 139-151, doi:10.1093/annonc/mdv202. Recuperado de http://annonc.oxfordjournals.org/content/early/2015/07/04/annonc.mdv202 em 16/12/2016.

Bibliografia

APÊNDICE VII – 3.ª SESSÃO FORMATIVA





3

- A crescente prevalência das doenças crónicas traduzem-se no aumento progressivo de incapacidades, o que leva a que os enfermeiros desenvolvam a sua atividade no sentido de capacitar a pessoa para gerir com maior eficácia os processos saúde-doença, centralizando a responsabilização da pessoa para se autocuidar.

- Em resposta a este facto, as políticas de saúde colocam o enfoque na responsabilização, envolvimento e mestria da pessoa e família para cuidarem de si próprios, na procura de comportamentos de saúde que integrem esquemas terapêuticos (autocuidado) definidos com a ajuda dos profissionais de saúde, no sentido de serem capazes de gerir com maior eficácia os processos de transição saúde - doença.

(Sidani, 2011)

Introdução

4

- O autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, com tradução positiva na promoção da saúde e no bem-estar através do aumento de conhecimentos da pessoa e habilidades onde os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros têm um papel decisivo.

Petronilho (2012)

- Eilers & Million (2011) salientam a importância da utilização de protocolos de cuidados orais para a prevenção e tratamento da mucosite e reforçam que compete aos enfermeiros transmitir essa importância aos doentes e família.

Introdução

5

- Refletir acerca do processo de capacitação dirigido à pessoa com mucosite oral ou risco de desenvolver mucosite oral.
- Apresentar um protocolo de higiene oral.

Objetivos

6

Avaliação Inicial da Pessoa

- Identificação dos fatores de risco (Entrevista)
  - Hábitos de higiene oral
  - Estilos de vida (Hábitos alcoólicos, tabágicos, alimentação…)
- Avaliação da cavidade oral (Observação)

Avaliação Inicial da Pessoa

7

Diagnósticos de Enfermagem

- Risco de Mucosite
- Mucosite
- Conhecimento não demonstrado
  - Sobre a situação clínica
  - Sobre o tratamento

Diagnósticos de Enfermagem

8

Complicações relacionadas com o tratamento: MO
Caraterização do problema

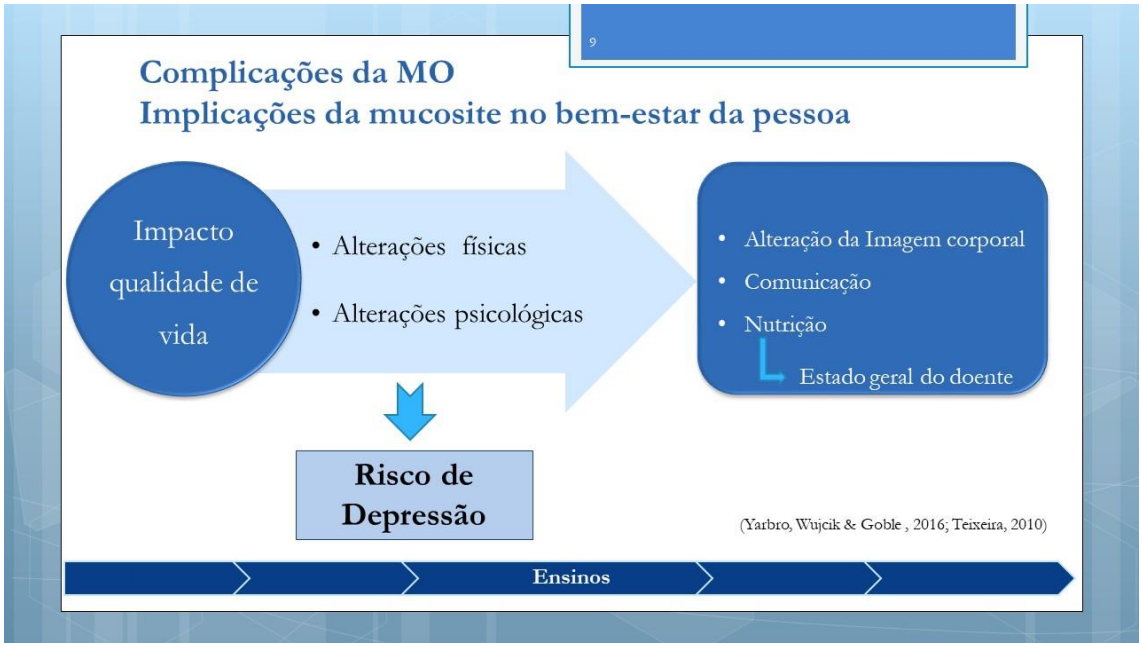
- Descrição do problema
- Taxa de incidência da MO
- Aparecimento dos primeiros sintomas



  - 3-4 dias após o início dos tratamentos de quimioterapia
  - Manifestações mais graves ocorrem 7-14 dias depois
  - 2 semanas após nos doentes submetidos a radioterapia

(Al-Ansari et al., 2015; Kartin, Tasci, Soyuer & Elmali, 2014)

Ensinos


9
Complicações da MO
Implicações da mucosite no bem-estar da pessoa
Impacto qualidade de vida
• Alterações físicas
• Alterações psicológicas
• Alteração da Imagem corporal
• Comunicação
• Nutrição
Estado geral do doente
Risco de Depressão
(Yarbro, Wujcik & Goble , 2016; Teixeira, 2010)
Ensinos


10
Complicações da MO
Implicações da mucosite no bem-estar da pessoa
Alterações da mucosa
Infeções oportunistas
• Candida albicans
• Vírus herpes simples
• Citomegalovirus
• Vírus varicela-zoster
Agudizam devido à mielosupressão
Gondin et al; Hespanhol et al (2010)
Ensinos

11

Complicações da MO
Implicações da mucosite no bem-estar da pessoa

Alteração da mucosa → **Dor**

- Queixa mais frequente, descrita como queimadura seguida de aumento da sensibilidade;
- A severidade é diretamente proporcional à dimensão da área afetada;
- Associada às lesões leva, frequentemente, à necessidade de apoio nutricional entérico e à utilização de opióides, com o objetivo de minimizar a dor, manter o estado nutricional do doente.

(Peterson et al., 2015).

Ensinos

12

Complicações da MO
Impacto económico da mucosite

Mucosite → Impacto Económico

- Aumento dos custos → Diretamente proporcional ao grau de mucosite
  - Alterações terapia
  - Terapia adicional
  - Hospitalização

(Yarbro, Wujcik & Goble, 2016)

Ensinos

13

Complicações da MO
Impacto da mucosite no tratamento

Mucosite

Dose limitante

Interrupção do tratamento

- 18% dos doentes interromperam o tratamento oncológico, para fins de tratamento primário da mucosite oral.

66,7% MO Grau IV

9,1 % MO Grau I

Araújo et al., (2013)

Ensinos

14

Intervenção

- É importante que os doentes sejam adequadamente informados sobre as complicações orais antes do tratamento.

- O doente deve ser aconselhado a fazer exames dentários regulares, a fim de realizar a avaliação da cavidade oral e a ser sensibilizado para a importância de alertar o profissional de saúde/recorrer aos serviços de saúde aos primeiros sinais e sintomas de complicações orais.

Ensinos

15

Fatores de Risco da MO

Tratamento →
- Quimioterapia
- Radioterapia

Doente →
- Idade
- Género
- Secreção Salivar
- Higiene e Saúde Oral
- Índice de Massa Corporal
- Função Renal
- Tabagismo e Alcoolismo
- Antecedentes

Ensinos

15

Intervenção - Dieta

PREFERIR	EVITAR
Alimentos macios e húmidos	Alimentos duros e secos (torradas, biscoitos crocantes, alimentos crus e fritos)
Alimentos e bebidas frias ou à temperatura ambiente	Alimentos ou bebidas quentes
Temperar os alimentos com recurso a produtos naturais, como o azeite e ervas aromáticas	Alimentos salgados e condimentados e picantes, como conservas, pimentas, noz-moscada, molhos, canela
Alimentos ricos em proteínas, como o leite e derivados, carnes e leguminosas	Alimentos ácidos e frutas cítricas
Água	Bebidas alcoólicas, refrigerantes e café

AEOP (2017)

Ensinos

16

Intervenção - Dieta

- Providenciar uma dieta diversificada e hidratação oral adequada.
- Promover apoio nutricional, se necessário.
- Doentes com xerostomia deve ser ponderada a utilização de saliva artificial e incentivar a ingesta hídrica.

17

Intervenção - Cuidados Orais

- Os protocolos de cuidados orais quando sistematicamente aplicados, têm efeitos significativos no decréscimo da incidência, severidade e duração das sequelas orais da terapia antineoplásica, sendo, por vezes, usados de forma inconsistente, podendo ser inexistentes.
- Os doentes não são suficientemente sensibilizados para a importância da higiene oral e da avaliação sistemática da integridade da mucosa oral para que, assim, possam identificar os primeiros sinais e sintomas da mucosite oral.
- Os ensinos não são realizados segundo planos estruturados e os resultados não são avaliados.

Peterson, D., Boers-Doets, C, Bensadoun, R. & Herrstedt, J. (2015)

Ensinos

18

Intervenção - Cuidados Orais



Eilers & Million (2011)

Ensinos

19

Intervenção - Protocolo de Higiene Oral

Um **protocolo de higiene oral básica abrangente** deve incluir duas estratégias-chave para a mitigação da lesão da mucosa oral.

- Manutenção de suporte nutricional ótimo durante todo o período de tratamento
- Desenvolvimento de hábitos diários de higiene oral

Esta abordagem contribui para a redução e, idealmente, para a prevenção da lesão da mucosa oral e outros efeitos adversos relacionados.

Peterson, D., Boers-Doets, C, Bensadoun, R. & Herrstedt, J. (2015)

Ensinos

19

Intervenção - Protocolo de Higiene Oral

Um **protocolo de higiene oral básica abrangente** deve incluir duas estratégias-chave para a mitigação da lesão da mucosa oral.

- Manutenção de suporte nutricional ótimo durante todo o período de tratamento
- Desenvolvimento de hábitos diários de higiene oral

Esta abordagem contribui para a redução e, idealmente, para a prevenção da lesão da mucosa oral e outros efeitos adversos relacionados.

Peterson, D., Boers-Doets, C, Bensadoun, R. & Herrstedt, J. (2015)

Ensinos

20

Intervenção - Protocolo de Higiene Oral

- Avaliação diária da cavidade oral;
- Acompanhamento regular no médico dentista.

Ensinos

21

Intervenção-Protocolo de Higiene Oral (escovagem e uso fio dentário)

- Escovar os dentes, gengivas, palato e língua com uma escova macia ou esponja após as refeições e antes de dormir;
- Substituir a escova de dentes mensalmente;
- Enxaguar a escova cuidadosamente após o uso com água e armazená-la num copo com a cabeça da escova voltada para cima;

Ensinos

22

Intervenção-Protocolo de Higiene Oral (escovagem e uso fio dentário)

- Limpar a área entre os dentes uma vez por dia fio/fita dentária. Se não for uma prática habitual não iniciar nesta fase do tratamento, uma vez que pode quebrar a barreira epitelial, visível através de hemorragia gengival;
- Escovar os dentes utilizando o método "Bass ou Bass" modificado (pequenos movimentos vibratórios e varrer com as cerdas para baixo).

Ensinos

23

Método "Bass" modificado



24

Intervenção-Protocolo de Higiene Oral (enxaguamento)

- Enxaguar a boca com um produto sem álcool de manhã e pelo menos mais quatro vezes por dia após a escovagem, durante 1 min com 15 ml de colutório. Durante a primeira meia hora depois de enxaguar, evitar comer e beber;
- Devido ao conflito de evidências relativamente aos colutórios a utilizar para a prevenção ou tratamento da mucosite oral, considera-se possível a utilização de soro fisiológico normal, bicarbonato de sódio, bochechos com colutórios compostos (nistatina composta), clorexidina ou fosfato de cálcio.

Ensinos

25

Intervenção - Protocolo de Higiene Oral (hidratação)

- Reforçar a ingesta hídrica para manter a cavidade oral hidratada;
- Hidratação labial com produtos à base de água (bálsamo labial ou creme para lábios). Não esquecer que a vaselina/ parafina não deve ser utilizada por rotina, pois, promove a desidratação das células mucosas e tem um efeito barreira/oclusivo, com risco de infeção secundária.

Peterson, D., Boers-Doets, C, Bensadoun, R. & Herrstedt, J. (2015)

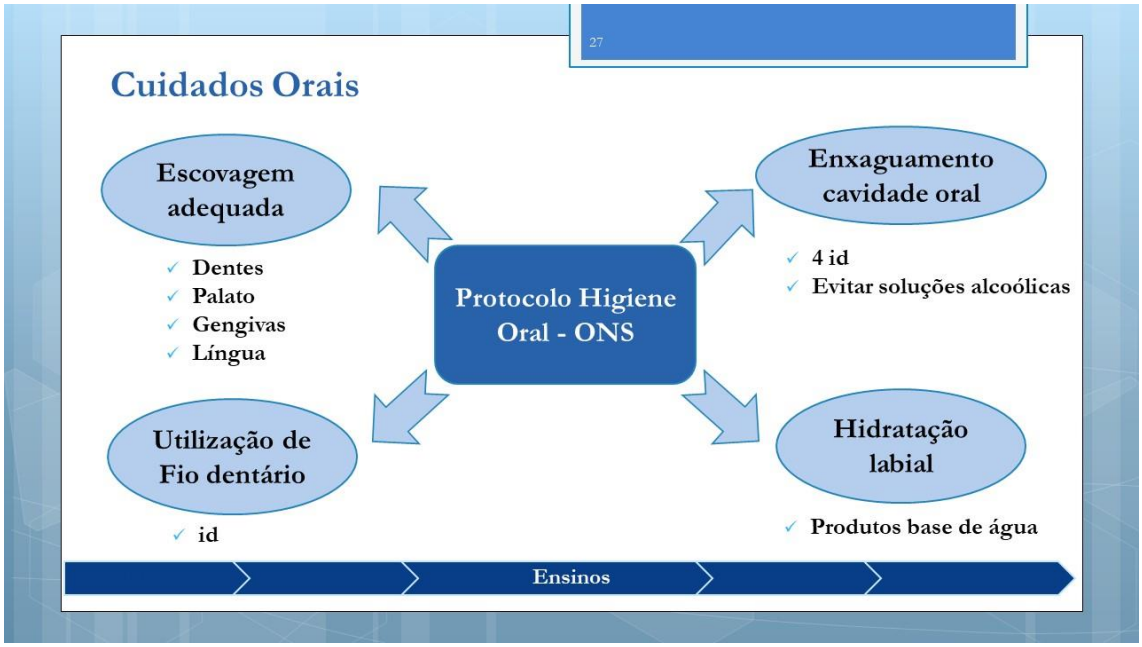
Ensinos

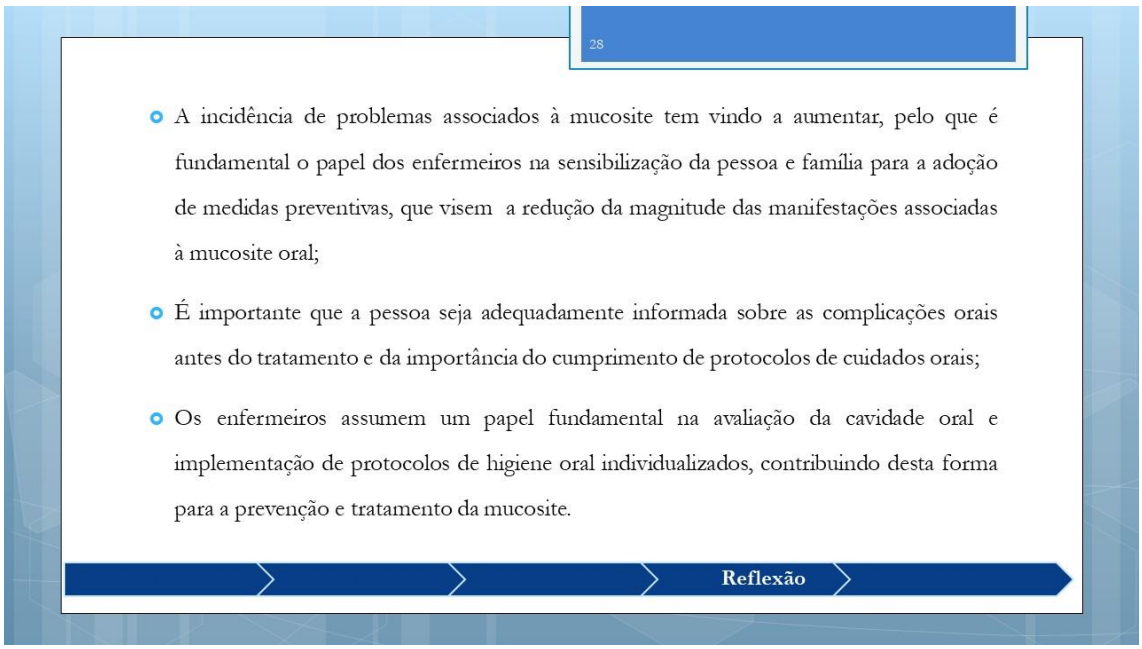
26

Intervenção - Protocolo de Higiene Oral (prótese dentária)

- Retirar próteses dentárias antes de realizar os cuidados orais. Escovar as próteses com pasta dentária e enxaguar com água. Limpar as gengivas;
- Na presença de lesões da mucosa oral evitar o uso de próteses dentárias, tanto quanto possível, até que os tecidos estejam cicatrizados.
- Antes de colocar a prótese, esta deve ser mergulhada durante 10 min numa solução antimicrobiana (por exemplo, clorhexidina 0,2% se disponível).

Ensinos


27
Cuidados Orais
Escovagem adequada
Dentes
Palato
Gengivas
Língua
Enxaguamento cavidade oral
4 id
Evitar soluções alcoólicas
Protocolo Higiene Oral - ONS
Utilização de Fio dentário
id
Hidratação labial
Produtos base de água
Ensinos


28
A incidência de problemas associados à mucosite tem vindo a aumentar, pelo que é fundamental o papel dos enfermeiros na sensibilização da pessoa e família para a adoção de medidas preventivas, que visem a redução da magnitude das manifestações associadas à mucosite oral;
É importante que a pessoa seja adequadamente informada sobre as complicações orais antes do tratamento e da importância do cumprimento de protocolos de cuidados orais;
Os enfermeiros assumem um papel fundamental na avaliação da cavidade oral e implementação de protocolos de higiene oral individualizados, contribuindo desta forma para a prevenção e tratamento da mucosite.
Reflexão

- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2017). Linha de Consenso: Mucosite oral em radioterapia. Recuperado de www.aeop.net
- Al-Ansari, S., Zecha, J., Barasch, A., Lange, J., Rozema, F. & Raber-Durlacher, J. (2015). Oral mucositis induced by anticancer therapies. Curr Oral Health Rep. 2:202–211, doi 10.1007/s40496-015-0069-4. Recuperado de http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623065/pdf/40496_2015_Article_69.pdf em 16/12/2016.
- Araújo, S., Luz, M., Almeida, L., Silva, G., Neto, J. & Costa, A. (2013). Pacientes Oncológicos e a Enfermagem: Relação entre grau de mucosite oral e a terapêutica implementada: Journal of Research Fundamental Care On Line. Set./Dez. 5(4):386-95, doi: 10.9789/2175-5361.2013v5n4p386.
- Eilers, J. & Millikin, R. (2011). Clinical update: Prevention and management of oral mucositis in patientes with cancer. Seminars in Oncology Nursing, Vol 27, N. º 4, November, 1-16.
- Gondin, F., Gomes, I. & Firmino, F. (2010). Prevenção e tratamento da mucosite oral. Rev. enferm. UERJ. Recuperado de www.facenf.uerj.br/v18n1a12.pdf em 16/12/2016.
- Hespanhol, F., Tinoco, E., Teixeira, H., Falabella, M. & Assis, N. (2010). Manifestações bucais em pacientes submetidos à quimioterapia. Ciências da saúde coletiva, Vol. 15, Suplemento 1, Junho, doi:10.1590/S1413-81232010000700016. Rio de Janeiro.
- Kastin, 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. Clin J Oncol Nurs. 18(6):E118-25, doi: 10.1188/14.CJON.E118-E125. Recuperado de https://cjon.ons.org/cjon/18/6/effect-oral-mucositis-protocol-quality-life-patients-head-and-neck-cancer-treated em 16/12/2016.
- Yarbro, C. H.; WujcikK, D. & Gobel, B. H. (2016). Cancer Nursing: Principles and Practice, 8ª Eth. Destin, Florida: Jones & Bartlett Publishers.
- 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 (Supplement 5): 139-151, doi:10.1093/annonc/mdv202. Recuperado de http://annonc.oxfordjournals.org/content/early/2015/07/04/annonc.mdv202 em 16/12/2016.
- Petronilho, Fernando Alberto Soares (2012). Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem, 1ª edição. Coimbra: Formasau, 105. ISBN 978-989- 8269-17-1.
- Sidani, S. & Braden, C. (2011). Design, Evaluation and Translation of Nursing Interventions. USA: Wiley-Blackwell. ISBN 978-0-8138-2032-3.
- Teixeira, S. (2010). Mucosite oral em cuidados paliativos (Dissertação de mestrado em oncologia – Especialização em enfermagem oncológica). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

Bibliografia