

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

**Intervenção de enfermagem na pessoa submetida a
antineoplásicos orais: capacitação para o autocuidado**

Carine dos Reis Lopes

Lisboa
2019



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

**Intervenção de enfermagem na pessoa submetida a
antineoplásicos orais: capacitação para o autocuidado**

Carine dos Reis Lopes

Orientadora: Mestre Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa
2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“You are always a student, never a master.

You have to keep moving forward”.

Conrad Hill

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a todos aqueles que me apoiaram durante todo este percurso.

Agradeço particularmente à Senhora Professora Eunice Sá por toda a disponibilidade, suporte e conhecimentos que me deu ao longo do meu percurso académico.

Aos enfermeiros orientadores e às várias equipas de enfermagem pelas quais tive oportunidade de passar pela vasta partilha de conhecimentos e experiências que me transmitiram ao longo dos estágios.

À minha equipa de enfermagem por acreditarem no contributo deste projeto para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A todos aqueles de quem cuido por serem uma motivação para mim na procura de querer sempre aprender mais para melhor cuidar.

Aos meus pais e família por acreditarem nas minhas capacidades e demonstrarem apoio incondicional nesta fase e ao longo da minha vida.

Aos meus amigos pela compreensão e encorajamento que me deram para que conseguisse sempre atingir os objetivos que delineei ao longo deste percurso. Em especial à Susana e ao Jorge por toda a amizade e suporte durante esta etapa e ao longo da minha vida.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASCO – *American Society of Clinical Oncology*

AO – Antineoplásicos orais

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CEEEEPSCP – Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em Situação Paliativa e Crónica

CD – Código deontológico

CTCAE – *Common Terminology Criteria for Adverse Events*

DGS – Direção Geral de Saúde

EONS – *European Oncology Nursing Society*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONS – *Oncology Nursing Society*

HDO – Hospital de dia de Oncologia

MASCC – *Multinacional Association of Supportive Care Cancer*

MAT – Medida de Adesão Terapêutica

MOATT – *MASCC Oral Agent Teaching Tool*

WHO - *World Health Organization*

RESUMO

A elaboração deste relatório de estágio, inserido no 8º curso do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - vertente oncológica, pretende espelhar as aprendizagens adquiridas e o percurso desenvolvido ao longo dos estágios. Este projeto surgiu pela necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa submetida a antineoplásicos orais (AO), trazendo contributos para as práticas de enfermagem no Hospital de dia de Oncologia (HDO) e permitindo o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista.

Ao longo destes anos, verificou-se um aumento do número de pessoas com doença oncológica, tendo também emergido novas formas de tratamento. Atualmente, é visível o aumento de AO no tratamento da doença oncológica. Este facto tornou-se um verdadeiro desafio pela responsabilidade que veio acrescer aos enfermeiros e à própria pessoa doente e sua família, evidenciando a necessidade da intervenção de enfermagem. Neste sentido, foi elaborada uma revisão *scoping* na procura da melhor evidência científica que respondesse à seguinte questão: “Quais as intervenções de enfermagem à pessoa submetida a AO?” Dos resultados obtidos através da mesma, percebeu-se que os enfermeiros devem focar a sua intervenção na educação do doente, na adesão ao tratamento, na gestão de efeitos secundários e gestão da terapêutica. Ou seja, os enfermeiros devem procurar capacitar o doente submetido a AO para o autocuidado. Como tal, a teoria que sustenta este projeto é a teoria do défice do autocuidado de Dorothea Orem, defendendo que os enfermeiros ao identificam as necessidades da pessoa minimizando o défice de autocuidado.

Considera-se que, ao longo dos estágios, foram adquiridas competências que promoveram o aumento de conhecimentos, através da observação de diferentes práticas e reflexão acerca das mesmas. Este projeto veio demonstrar a necessidade de uniformizar as práticas de cuidados, tendo sido elaborados instrumentos tais como os folhetos informativos acerca das terapêuticas AO mais utilizadas, normas de boas práticas das terapêuticas antineoplásicas orais e a norma de *follow-up* telefónico. Acreditamos que a sua utilização na nossa prática de enfermagem, torna possível a prestação de cuidados especializados à pessoa submetida a AO na procura da excelência.

PALAVRAS-CHAVE: Doentes, Enfermeiros, intervenções de enfermagem

ABSTRACT

The elaboration of this report included in the 8th course of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing – area of oncology should reflect the acquired learning and what has been developed along the stages. This project came to evaluate the quality of care provided to people undergoing oral antineoplastic (OA), bringing contributions to our practice in the hospital environment and also to the development of skills in Nursing Specialist.

Over the years, there has been an increase in the number of people with cancer disease and new forms of treatment have emerged. Currently, there is a rise in the different types of OA in the treatment of cancer disease. This fact became a real challenge, adding responsibility, not only to the nurse but also to the patients themselves and their families and evidence why the nursing intervention is so needed. A scoping review was conducted to find the best scientific evidence that can answer the following issue: “What are the nurse interventions for the person submitted to OA?”. The findings showed that the principle nurse intervention is the patient’s education, adherence to the treatment, side effect management and therapeutic management. So, nurses should use their intervention to empower the patient submitted to the OA in their self-care. The theory that supports this project is the theory of Déficit self-care of Dorothea Orem, advocating that nurses identify the needs of the person, minimizing the deficit of self-care.

Along the stages, we have achieved skills that permitted the progress of our knowledge, through the observation and reflection of different practices. This project proved the need for standardisation of our nursing care practices. Therapeutic information booklets about the most used OA had been developed in conjunction with a standard follow-up call and a standard of good practice of OA. We believe that the use of these in our nursing practice grants specialised care to the person submitted to OA in the pursuit of excellence.

KEYWORDS: *Patients, Nurses, nurse interventions*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	18
1.1. A teoria do défice de autocuidado de Orem na pessoa.....	18
1.2. Intervenções de enfermagem na pessoa submetida a antineoplásicos orais.....	21
2. PERCURSO DO PROJETO	28
2.1. Diagnóstico da situação	29
2.2. Objetivos gerais	32
2.3. Planeamento	32
3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	35
3.1. Integrar a equipa multidisciplinar dos locais de estágio dos HDO quanto à sua dinâmica, organização e funcionamento.....	35
3.2. Identificar estratégias/intervenções utilizadas na pessoa submetida a AO e	
3.3. Identificar as estratégias/intervenções de enfermagem que permitam a capacidade do autocuidado da pessoa submetida AO.....	37
3.4. Dar a conhecer à equipa a importância da intervenção de enfermagem na pessoa submetida aos antineoplásicos orais.....	45
3.5. Implementar o documento orientador “Registo da intervenção de enfermagem” dos ensinamentos efetuados na consulta de enfermagem para uniformização das práticas de enfermagem.	49
3.6. Capacitar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa submetida aos antineoplásicos orais.	54
3.7. Implementar estratégias para a capacitação para o autocuidado na gestão dos antineoplásicos orais.	55
4. AVALIAÇÃO	59
4.1. Reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica	59
4.1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	60
4.1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em situação crónica e paliativa e <i>European Oncology Nursing Society (EONS)</i> e as competências do 2º ciclo previstas para obtenção do grau de mestre.	64
4.2. Questões éticas	68

4.3. Pontos fortes e pontos fracos da implementação do projeto	69
4.4. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem	72
CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80

APÊNDICES

APÊNDICE I - Sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem do hospital de dia de oncologia D

APÊNDICE II-Resultados da sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem do hospital de dia de oncologia D

APÊNDICE III - Revisão *Scoping*

APÊNDICE IV- Análise Swot

APÊNDICE V- Cronograma de atividades

APÊNDICE VI- Estudo de caso

APÊNDICE VII- Sessão de formação terapêuticas antineoplásicas orais no HDO A

APÊNDICE VIII- Folheto informativo Trifluridina/Tipiracilo HDO A

APÊNDICE IX- Reflexão sobre o percurso no HDO A

APÊNDICE X- Norma “*Follow-Up* telefónico” no HDO B

APÊNDICE XI-Documento orientador para os AO “Registo da intervenção de enfermagem

APÊNDICE XII- Reflexão sobre o percurso no HDO B

APÊNDICE XIII- Sessão de formação à equipa de enfermagem do HDO D (I)

APÊNDICE XIV- Questionário acerca da avaliação de conhecimentos da pessoa para auto-administração de AO

APÊNDICE XV- Resultados após aplicação do questionário acerca da avaliação de conhecimentos da pessoa para auto-administração de AO

APÊNDICE XVI- Sessão de formação à equipa de enfermagem do HDO D (II)

APÊNDICE XVII- Quadro Terapêuticas Antineoplásicas Orais

APÊNDICE XVIII-Norma “Intervenções de enfermagem na pessoa submetida a antineoplásicos orais”

APÊNDICE XIX- Folheto Informativo Erlotinib

APÊNDICE XX- Folheto informativo Capecitabina

APÊNDICE XXI- Folheto informativo Palbociclib

APÊNDICE XXII- Folheto informativo Abiraterona

APÊNDICE XXIII- Folheto informativo Trifluridina/Tipiracilo

ANEXOS

ANEXO I- Certificado de formação Terapêuticas Antineoplásicas Orais do HDO A

ANEXO II- Escala De Medida De Adesão Terapêutica

ANEXO III- Registo de Avaliações dos Locais De Estágio

INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º Mestrado em Enfermagem na área de Especialização de Enfermagem Médico - cirúrgica - vertente oncológica foi elaborado um relatório de estágio intitulado “Intervenção de enfermagem (IE) na pessoa submetida a antineoplásicos orais (AO): capacitação para o autocuidado”.

Este relatório pretende relatar o percurso desenvolvido, norteado num pensamento crítico e reflexivo, espelhando contributos que permitiram o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista com reflexo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

A *World Health Organization* (2014), refere que o cancro é a causa de morte mundial de cerca de 8,2 milhões de pessoas. A doença oncológica tem um grande impacto para a pessoa e sua família. Com o aumento do número de casos de pessoas com esta doença, houve necessidade de acompanhar esta rápida evolução com o desenvolvimento de novas terapêuticas antineoplásicas.

Segundo a *American Society of Clinical Oncology (ASCO)/Oncology Nursing Society (ONS)*, a quimioterapia inclui todas as terapias antineoplásicas que possam ser administradas oralmente e via endovenosa (Neuss et al., 2013). Os AO vieram alterar os tratamentos em oncologia (Winkeljohn, 2007a). A sua utilização tem aumentado significativamente, aumentando o nível de complexidade comparativamente à quimioterapia endovenosa (Vioral, Leslie, Best & Somerville, 2014). Atualmente, Spolestra, Burhenn, Dekoekkoek & Schuller (2015), referem que mais de 25% das pessoas com cancro utilizam no seu tratamento os AO. Estas são todas as substâncias antineoplásicas, citotóxicas assim como agentes biológicos que podem ser administrados oralmente (Weingart et al., 2008).

Neste contexto, os AO trouxeram uma mudança de paradigma, que resultou na possibilidade das pessoas receberem o tratamento em regime ambulatorio, promovendo a autonomia e melhorando a qualidade de vida do doente e a sobrevivência (Denois et al., 2011). Efetivamente os mesmos têm mais autonomia na gestão da terapêutica, no entanto esta é realizada num contexto domiciliário e, conseqüentemente, menos controlado pelos profissionais de saúde (Vioral et al., 2014). Kav et al. (2008), referem que os doentes com regimes terapêuticos complexos com AO no domicílio, sem supervisão dos profissionais, podem sofrer

consequências graves, a não ser que seja assegurada a educação adequada do doente e respetivo *follow-up*, de forma a manter a sua adesão e segurança.

Compreende-se que o *follow-up* é importante, na medida em que permite ao enfermeiro apoiar, educar e esclarecer dúvidas que surjam quando o doente se encontra no domicílio (Yagasaki & Komatsu, 2013).

Para além destes fatores, é necessário uma comunicação eficaz para que se possa estabelecer com o doente e pessoas significativas uma relação de confiança e respeito. Assim, na prestação de cuidados, o enfermeiro deve estabelecer parcerias com o cliente no planeamento do processo de cuidados e deve envolver o convivente significativo no mesmo, numa procura constante da satisfação dos seus clientes (OE, 2012).

Relativamente às preferências da via de administração, verifica-se que muitas das vezes os doentes preferem administração de AO à quimioterapia endovenosa (Kav et al., 2008). Gassman, Kolbe e Brenner (2016), defendem que os doentes a preferem devido ao facto de poderem permanecer em casa. Também Arber, Odelius, Williams, Lemanska & Faithfull, (2017), salientam que desde que a eficácia da terapêutica seja assegurada os doentes preferem os AO.

Como tal, o acompanhamento destas pessoas com doença oncológica é fulcral. Desta forma, os enfermeiros tem tido necessidade de aumentar o seu conhecimento relativamente aos novos AO, ajudar os doentes na gestão de efeitos secundários e promover a sua adesão à terapêutica (Winkeljohn, 2007a).

A escolha desta temática “Intervenção de enfermagem na pessoa submetida a AO” surgiu pelo facto de se ter verificado que existe uma desvalorização por parte dos doentes e profissionais de saúde acerca dos AO. E, ainda por não existir uma prática uniforme nas intervenções de enfermagem relativamente aos ensinamentos realizados para o efeito, não evidenciando a visibilidade dos cuidados de enfermagem. Também o autor Winkeljohn (2007b), sustenta esta ideia ao referir que existe maior preocupação dos enfermeiros na administração de quimioterapia endovenosa. No entanto, poucos são aqueles que efetivamente se envolvem na administração de AO. No serviço de Hospital de dia de Oncologia D (HDO), apesar de serem enfermeiros experientes, verifica-se que estes têm um maior conhecimento relativamente à quimioterapia endovenosa, atribuindo-lhe maior importância do que aos AO.

No entanto, a utilização crescente de AO no HDO D tem sido visível, pois em

2015 um total de 1330 doentes utilizaram os AO no tratamento de doença oncológica, seguindo-se 1488 em 2016 e 1611 em 2017¹. Para além do aumento do número de doentes, verificou-se que foram introduzidas novas terapêuticas. Inicialmente, eram apenas utilizados cerca de cinco tipo de antineoplásicos orais diferentes, aumentando este número para dezanove atualmente. Neste sentido, é emergente a intervenção dos enfermeiros de forma a garantirem a segurança dos doentes, não só na tradicional administração de quimioterapia via endovenosa, mas também na administração de quimioterapia oral.

Pode afirmar-se que existe uma “desvalorização” relativamente aos AO, tanto pelo doente como um menor investimento a nível da formação do profissional de saúde. Para além de não haver uma uniformização nos ensinamentos, verifica-se que nem sempre a informação transmitida é compreendida corretamente pelos doentes, ocorrendo um défice de autocuidado. Orem (2001), refere que quando existe défice de autocuidado é necessário a intervenção de enfermagem para que este défice seja minimizado e é neste sentido que os enfermeiros devem atuar na sua intervenção.

A metodologia deste projeto iniciou-se por uma primeira fase diagnóstica, na qual foi solicitada a colaboração dos enfermeiros do serviço HDO D no preenchimento de uma sondagem de opinião (Apêndice I) acerca das práticas de enfermagem relativamente à pessoa submetida a AO. Optamos por divulgar os resultados desta detalhadamente no capítulo três. Esta contou com uma participação de 70% da equipa de enfermagem e foi elaborada a fim de avaliar a necessidade de rever as práticas nas intervenções de enfermagem junto da pessoa submetida a AO. Através dos resultados obtidos às questões colocadas à equipa de enfermagem, no geral, podemos concluir, que os vários elementos da equipa valorizam diferentes aspetos relativamente aos ensinamentos acerca dos AO, quer seja na primeira consulta de enfermagem, como nas seguintes. Como tal, verificamos que não existia uniformidade nos ensinamentos, realçando a importância de rever as nossas práticas.

Apesar da equipa de enfermagem ser uma equipa experiente, foi referido ainda, que sentiam algum desconforto e dificuldade nos ensinamentos relativamente aos AO, pelo facto de surgirem cada vez mais e pela especificidade dos efeitos secundários de cada AO. Como tal, podemos considerar este projeto como uma

¹ Dados obtidos pela farmácia do ambulatório da instituição do HDO D.

oportunidade de melhoria para a nossa prática de cuidados.

No serviço de HDO D, todos os elementos de enfermagem passam pela consulta de acolhimento de enfermagem. Qualquer doente que se desloque ao HDO D, para realizar qualquer tipo de tratamento, tem de se dirigir a esta consulta, na qual são realizados os ensinamentos acerca dos tratamentos disponíveis. Nesta consulta verificou-se que, apesar de existir algum consenso nas práticas de enfermagem, a forma como são realizados os ensinamentos, bem como os vários aspetos valorizados nos mesmos, é distinta entre os vários elementos da equipa de enfermagem. Como tal, tendo em conta o aumento de AO que se verifica atualmente e a importância de haver consistência nos ensinamentos realizados ao doente submetido a AO, fez sentido elaborar este projeto por acreditar no impacto positivo que as práticas adequadas dos cuidados de enfermagem poderão ter para o pessoa com doença oncológica.

Assim, este projeto surgiu de uma motivação pessoal, resultando numa motivação de toda a equipa, após reconhecer as dificuldades na intervenção junto da pessoa submetida a AO. Desta forma, este projeto constitui-se como uma necessidade emergente para a melhoria da qualidade da nossa prática de cuidados.

Para além dos ensinamentos, é importante escolher o momento e modo mais adequado para transmitir a informação. No contexto prático constatou-se, que nem sempre a pessoa tem capacidade para compreender e reter toda a esta informação transmitida, o que dificulta a sua capacitação para o autocuidado. Desta forma, é importante realizar os ensinamentos não só ao próprio, mas também aos cuidadores, envolvendo os mesmos

O autocuidado é definido por Orem (2001) como sendo a função humana reguladora que os indivíduos têm, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e bem-estar.

Neste sentido, a filosofia de cuidados que sustenta este projeto é a Teoria do Déficit de Autocuidado da Dorothea Orem. Orem (2001), refere que o déficit de autocuidado relaciona as capacidades de ação do indivíduo e as suas necessidades. A pessoa submetida a AO demonstra capacidade para gerir os mesmos, no entanto, quando não consegue compreender o esquema terapêutico, gerir os efeitos secundários ou não revela capacidade para compreender os ensinamentos, ocorre o que Orem (2001) define como sendo um déficit de autocuidado perante o qual necessita da intervenção de enfermagem. Assim, é fundamental que o enfermeiro dirija a sua

intervenção para minimizar o défice de autocuidado.

Algumas vezes, os AO são vistos vulgarmente como sendo apenas “um comprimido”, não só pelos doentes mas, também, pelos profissionais de saúde (Griffin, 2003). O mesmo autor refere, ainda, que as pessoas consideram que os AO causam menos danos do que a quimioterapia endovenosa, pelo que pensam não ser necessário seguir determinadas recomendações de forma continuada e adequada. Desta forma, é fundamental a desmistificação de crenças erróneas que possam existir relativamente aos AO (Moody & Jackowski, 2010; Weingart, et al., 2008). Estas perceções erróneas, aliadas às condições em que os AO são administrados, aumentam potencialmente o risco destes se tornarem prejudiciais tanto para a pessoa como para os cuidadores (Griffin, 2003). Enquanto enfermeiros devemos contrariar esse facto, procurando estratégias adequadas que minimizem os riscos associados à gestão dos AO.

Gassman et al. (2016), mencionam que as crenças acerca da eficácia dos AO é um fator importante. Tanto os enfermeiros, como as pessoas alvo dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual (OE, 2012). Deste modo, é necessário adaptar os cuidados de enfermagem à individualidade de cada um, respeitando não só as crenças como o modo de aprendizagem.

O cuidado centrado na pessoa tem por base o diálogo entre o doente e profissional de saúde, na capacidade do mesmo em saber ouvir a sua narrativa, incluindo experiência de vida e situação de doença e o conhecimento de que a forma como cada pessoa experiencia é individual (Brink & Skott, 2013). Desta forma, torna-se importante respeitar as suas preferências, valores, e culturas, e compreender qual o significado de doença para aquela pessoa em determinada situação. Só assim se podem prestar cuidados centrados na pessoa, envolvendo-a nas tomadas de decisão e promovendo a sua autonomia.

Embora os AO possuam vantagens relativamente à quimioterapia endovenosa, estes acresceram responsabilidade não só para os enfermeiros, como também para os doentes e seus cuidadores. A transição da administração da quimioterapia do meio hospitalar para o domicílio tem reduzido a capacidade dos profissionais de saúde para manter a segurança do doente (LeFebvre & Felice, 2016). Sem dúvida que o facto de poder realizar o tratamento no domicílio evita deslocações frequentes ao hospital e é uma grande vantagem, no entanto, esta

alternativa tornou o próprio doente responsável pelo seu próprio autocuidado.

Neste encadeamento, Orem (2001) refere-se ao autocuidado como a prática de atividades que os indivíduos realizam para seu próprio benefício, para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. Desta forma, o papel do enfermeiro é fundamental no sentido de dirigir o indivíduo recorrendo a estratégias que lhes permite capacitar o mesmo para o seu próprio autocuidado, acompanhando-os durante todo o processo de doença.

Apesar dos AO serem vantajosos, Gassman et al. (2016), referem que, por vezes, os doentes sentem insegurança por não serem acompanhados da mesma forma no domicílio, na resolução de problemas associados aos AO, comparativamente à quimioterapia endovenosa. Assim, cabe aos enfermeiros alertar, também, os doentes relativamente aos efeitos secundários e potenciais riscos dos AO (Arber et al., 2017). Os enfermeiros têm um papel fundamental na adesão, educação, gestão terapêutica e gestão de efeitos secundários (Winkeljohn, 2007a; Kav et al., 2008).

É comum, tal como refere Gassman et al. (2016), os doentes experienciarem toxicidades durante o tratamento em casa, mas não o reportarem aos profissionais de saúde. Na maioria das vezes, optam por esperar até que tenham uma nova consulta mesmo que haja agravamento dos sintomas. E, muitas vezes, por receio que a terapêutica seja suspensa, não informam os profissionais de saúde (Gassman et al., 2016), tal como ocorre no HDO D. Assim, é fundamental que o enfermeiro consiga intervir atempadamente. Na nossa prática, podemos afirmar que estas situações acontecem e que, mesmo quando questionados, as pessoas submetidas a AO desvalorizam a experiência de alguns efeitos secundários, solicitando que o seu tratamento não seja adiado. No entanto, cabe ao enfermeiro consciencializar o doente para o risco de “omitir” a presença de efeitos secundários, assim como providenciar o tratamento adequado. Os doentes devem sentir-se confortáveis para contactar os enfermeiros sempre que sentirem necessidade (Yagasaki & Komatsu, 2013). Desta forma, torna-se necessário que os enfermeiros desenvolvam estratégias que lhes permitam acompanhar os doentes oncológicos no domicílio, capacitando os mesmos para que se tornem mais autónomos na gestão dos AO.

As principais intervenções de enfermagem junto do doente submetido a AO são promover a adesão à terapêutica, a educação dos doentes e cuidadores, a gestão de efeitos secundários do regime terapêutico (Winkeljohn, 2007a, Kav et al.,

2008). No entanto, é importante reconhecer que cada pessoa é um ser único pelo que é necessário adequar os cuidados tendo em conta a individualidade de cada pessoa (Schneider, Adams & Gosselin, 2014).

A gestão dos AO é complexa, sendo responsabilidade da pessoa e dos profissionais de saúde, devendo-se providenciar informação clara e personalizada que permita a pessoa ser independente no seu próprio autocuidado e na gestão dos mesmos. Não obstante, nem sempre a pessoa consegue estar capacitada para o seu autocuidado, o que leva a um défice do mesmo, sendo necessário a intervenção dos enfermeiros. Na procura contínua da excelência no exercício profissional, o enfermeiro deve maximizar o bem-estar dos clientes e complementar as atividade de vida relativamente às quais o cliente é dependente (OE, 2012).

A elaboração deste relatório pretende espelhar as competências desenvolvidas acerca das intervenções de enfermagem utilizadas na pessoa submetida a AO, tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em Situação Paliativa e Crónica, da *European Oncology Nursing Society* (EONS) e competências da área do mestrado exigidas pelo processo de Bolonha de 2º ciclo conforme o decreto lei 74/2006. Para aquisição destas competências foram realizados os seguintes estágios, o primeiro no HDO A de um hospital de nível I, o segundo no Hospital de dia de Hemato-Oncologia B de nível II e o último no HDO D de nível II onde trabalho (Portaria nº 82 /2014 de 10 de Abril 2014).

O objetivo principal deste projeto é também o de promover a melhoria da qualidade dos cuidados na pessoa submetida a AO.

Com a elaboração deste relatório das atividades desenvolvidas na implementação do projeto pretendo:

- Analisar a melhor evidência científica, articulando-a com a prática, na procura da melhoria da qualidade dos cuidados na pessoa submetida a AO.
- Refletir sobre os cuidados de enfermagem observados nos diversos contextos de estágio.
- Analisar os cuidados de enfermagem observados e prestados nos diversos contextos de estágio.
- Refletir sobre as aprendizagens adquiridas ao longo do percurso que

permitiram o desenvolvimento de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica.

- Refletir sobre resultados da implementação do projeto no HDO D.

Este relatório inicia-se com uma introdução na qual é justificada a problemática, no primeiro capítulo o enquadramento conceptual que sustenta este projeto, no segundo capítulo é apresentado o percurso do projeto incluindo o diagnóstico da situação, os objetivos definidos assim como o planeamento; no terceiro capítulo é apresentada a metodologia que permitiu a execução de tarefas, assim como o percurso realizado nos vários contextos práticos, no quarto capítulo é apresentada uma avaliação dos pontos fortes e fracos e os contributos do projeto que contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados e termina com as conclusões e perspetivas futuras. Para a elaboração deste relatório foram utilizadas as normas APA de acordo com o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2018).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Este capítulo é constituído por dois subcapítulos que sustentam o projeto. Iniciamos com a filosofia de cuidados na qual se baseia este projeto é a Teoria do défice de autocuidado de Orem, essencial para a prática de cuidados junto da pessoa submetida a AO. No segundo capítulo, são descritas as intervenções de enfermagem à pessoa que serviram para sustentar a nossa prática baseada na evidência científica encontrada.

1.1. A teoria do défice de autocuidado de Orem na pessoa.

A teoria do autocuidado de Orem (2001), descreve o porquê e como as pessoas cuidam de si próprias, explicando a razão pela qual as pessoas podem ser ajudadas através da enfermagem.

Autocuidado é a prática de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem estar, perante as quais o mesmo tem capacidade de se auto-cuidar por possuir habilidades, conhecimentos e experiências (Orem, 2001).

Quando a pessoa não adere aos AO de forma correta, não reconhece a importância da adesão, não tem capacidade para compreender os ensinamentos realizados, não consegue identificar os efeitos desconfortáveis ou nocivos resultantes dos AO, colocando em risco o seu bem estar e a sua vida, ocorre um défice no autocuidado. Nestas situações, ocorre uma ameaça à vida normal, as necessidades dos indivíduos tornam-se superiores à capacidade do indivíduo em auto cuidar-se, o que requer a intervenção do enfermeiro (Orem, 2001).

Nas situações que ocorra um défice de autocuidado, o enfermeiro deve adequar a sua intervenção, uma vez que esta acontece quando as suas necessidades terapêuticas são superiores à capacidade do autocuidado do indivíduo. Assim, o enfermeiro intervém no sentido de minimizar os efeitos desse défice (Orem, 2001).

Perante o défice no autocuidado, é necessário que esse cuidado seja realizado por pessoas com responsabilidades sociais e que aceitem a responsabilidade por esses cuidados como a família e enfermeiros (Orem, 2001). A teoria do défice do auto-cuidado exprime e desenvolve a razão pela qual os

indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem. Tomey & Aligood (2004) referem que, na teoria do déficit de autocuidado, a necessidade dos cuidados de enfermagem está associada à subjetividade da maturidade das pessoas em relação às limitações de ação relacionadas com a saúde ou com os cuidados de saúde. Nas pessoas submetidas às AO ocorrem, por vezes, algumas limitações em que a pessoa não é capaz de gerir as AO, deixando a pessoa completa ou incompletamente capaz de cuidar de si própria ou dos seus dependentes.

As necessidades no autocuidado podem ser transitórias. Ao iniciar o tratamento a pessoa encontra-se numa situação de transição, pois apresenta um déficit de conhecimento relativamente a AO e não está capacitada para a gestão da mesma. Meleis (2010), refere que as transições são desencadeadas por acontecimentos críticos e mudanças antecipadas nos indivíduos ou ambientes. Meleis & Trangeinstein (2010), referem que os enfermeiros têm um papel fundamental ao apoiarem a pessoa e sua família nas mudanças desfavoráveis, que contribuem para seu bem-estar, dando resposta as suas necessidades.

Na pessoa submetida aos AO, verifica-se que quando a pessoa por si só não é capaz de cuidar de si, quando não adere à terapêutica, não tem capacidade para gerir os AO e para identificar os efeitos adversos dos AO prejudiciais ao seu bem-estar, não colabora com os ensinamentos realizados pelos enfermeiros, existe um déficit no autocuidado entre aquilo que o doente pode realizar (Ação do autocuidado) e o que necessita de ser realizado para manter o funcionamento desejado (necessidade do autocuidado), tornando-se necessário recorrer aos sistemas de enfermagem (Orem, 2001). Esta teoria é baseada nas necessidades do autocuidado e nas capacidades do doente no desempenho de atividades de autocuidado e explica como é que o enfermeiro, os doentes ou ambos dão resposta a essas mesmas necessidades (Tomey & Aligood, 2004).

Orem (2001) identificou três classificações de sistemas de enfermagem para dar resposta aos requisitos de autocuidado dos indivíduos: o sistema totalmente compensatório, que representa as situações em que o indivíduo não consegue envolver-se nas ações de autocuidado, tornando-se socialmente dependente de outros para a sua sobrevivência e bem estar; o sistema parcialmente compensatório, que ocorre nas situações em que o enfermeiro, indivíduo ou outros realizam as tarefas de cuidados. O cuidado prestado pelos enfermeiros é aceite pelos indivíduos, no entanto, a função deste é compensar as limitações do indivíduo, onde a sua ação

profissional passa por realizar algumas tarefas de autocuidado. O sistema de apoio-educação, como no caso dos AO, em que o indivíduo possui capacidade para o autocuidado, necessitam apenas de apoio, orientação, instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento de atividade de autocuidado (Orem, 2001). Ou seja, ocorre nas situações em que o indivíduo é capaz de realizar ou pode e deve aprender as tarefas exigidas com terapêuticas de autocuidado orientadas, mas não pode fazê-lo sem assistência. Como tal, é necessário recorrer a estratégias sólidas para ajudar nestas situações que incluem combinações de apoio, de orientação, criação de ambiente facilitador de desenvolvimento e de aprendizagem. Assim, o enfermeiro tem um papel fundamental na capacitação do doente para o seu autocuidado.

Os métodos de ajuda são uma série sequencial de ações que, se desempenhadas, irão ultrapassar ou compensar as limitações associadas à saúde das pessoas para empreender ações de resolução do seu próprio funcionamento ou dos seus dependentes (Orem, 2001). A autora definiu cinco métodos de ajuda que podem ser utilizados pela própria pessoa ou por outras de forma a compensar as limitações da mesma. Estes métodos consistem em atuar ou fazer por outrem, orientar e dirigir, fornecer apoio físico ou psicológico, proporcionar e manter um ambiente que apoie o desenvolvimento pessoal e ensinar (Orem, 2001). A mesma autora refere que as enfermeiras utilizam todos estes métodos, selecionando-os e combinando-os em relação às necessidades de ação em pessoas que se encontram sob cuidados de enfermagem.

Complementarmente, Hesbeen (2000), refere que os cuidados de enfermagem são resultado de atenção particular de um enfermeiro a uma pessoa ou família, com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando as suas competências e qualidades. Estes devem desenvolver cuidados individualizados, tendo em conta as características pessoais da pessoa na sua situação clínica, a sua situação pessoal de vida, as suas preferências, promovendo a sua participação na tomada de decisão (Suhoren, Valimaki & Leino-Hilpi, 2009).

Assim, ao cuidar das pessoas, os enfermeiros são fundamentais, pois ao assistirem as pessoas em processos de transição, facilitam e ajudam as pessoas a alcançarem o seu bem-estar, o que constitui o papel mais relevante do exercício de enfermagem (Meleis & Trangeinstein, 2010).

1.2. Intervenções de enfermagem na pessoa submetida a antineoplásicos orais.

Atualmente, verifica-se que a utilização dos AO é cada vez maior. As diversas nuances inerentes às pessoas que necessitam de AO, têm revelado que os mesmos tem vantagens e desvantagens (Gassman et al., 2016). Por um lado, permitem à pessoa que a mesma tenha um maior autocontrolo e diminui significativamente as idas ao hospital, permanecer mais tempo no domicilio é considerado uma das maiores vantagens da quimioterapia oral relativamente à endovenosa (Kav et al., 2008; Gassman et al., 2016). Por outro lado, os mesmos acresceram maior responsabilidade para a própria, não só na gestão do regime terapêutico mas, também, na gestão dos efeitos secundários (Gassman et al., 2016).

As intervenções dos enfermeiros têm vindo a revelar-se como sendo essenciais no ensino aos doentes submetidos AO, uma vez que proporcionam aos mesmos uma aquisição correta de conhecimentos acerca dos mesmos, promovendo uma boa gestão destes assim como dos efeitos secundários (Boucher, Lucca, Hooper, Pedulla, Berry, 2015).

Estas são importantes e têm tido um impacto positivo nos doentes, pois permitem uma melhor adesão ao tratamento, melhoram as probabilidades de cura e a qualidade de vida dos doentes (Schneider et al., 2014). No entanto, os estilos de vida dos doentes variam, pelo que nem sempre as intervenções são eficazes para todos os doentes, sendo importante que estas sejam individualizadas (Schneider et al., 2014).

Neste contexto, Griffin (2003) reforça que os enfermeiros são elementos fundamentais na promoção da segurança do doente e na sua adesão ao regime terapêutico. A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a não-adesão nos tratamentos nas doenças crónicas como um problema "mundial de amplitude impressionante" (OE, 2009). Delgado & Lima (2001), referem que um dos principais problemas que o sistema de saúde enfrenta é o abandono, ou o incorreto cumprimento, dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde. A adesão terapêutica aos AO é um desafio (Vioral et al., 2014). Esta foi definida pela OMS (2003), como o cumprimento do comportamento da pessoa em relação ao regime medicamentoso de acordo com as indicações dos profissionais (OE, 2009).

A adesão terapêutica pode ser influenciada por fatores como a idade e

características de comportamentos (Kav et al., 2008). Given, Spolestra & Grant (2011), identificaram que os problemas da adesão aos AO, está relacionado com vários fatores associados ao doente (idade, capacidade cognitiva, percepção de doença, educação, crenças, literacia acerca da sua saúde) e associados à doença (tipo de doença, estadio, complexidade do regime terapêutico, interações com outros medicamentos) e que ambos influenciam uma adesão terapêutica eficaz.

Schneider, Hess & Gosselin (2011) referem que a dosagem correta, educação e gestão de sintomas são imprescindíveis para assegurar a adesão. Kav et al. (2008), dizem que as pessoas submetidas aos AO apresentam uma maior incidência de não adesão uma vez que os AO são autoadministrados. Assim, o envolvimento dos enfermeiros ao iniciar AO é fundamental na medida em que permite identificar doentes com risco de não adesão (Yagasaki & Komastu, 2013).

Os enfermeiros devem desenvolver estratégias que permitam uma otimização da adesão aos AO (Winkeljohn, 2007a). Sempre que a pessoa submetida a AO se dirige à consulta de enfermagem, a terapêutica deve ser contabilizada para verificar a adesão aos mesmos, apesar de não se pode garantir diretamente que a medicação tenha sido tomada (Winkeljohn, 2007b). Delgado & Lima (2001), referem que os métodos indiretos tais como o *self-report* e entrevista são pouco fiáveis.

A monitorização à adesão terapêutica na pessoa submetida a AO é fundamental. Esta assume uma extrema importância, pois está diretamente relacionada com a eficácia do tratamento (Hartigan, 2003). Assim, enquanto profissionais de saúde devemos procurar monitorizar e identificar possíveis casos de não-adesão à terapêutica, procurando sempre ter uma atitude proactiva e compreender a razão pela qual a pessoa não aderiu a terapêutica. Delgado & Lima (2001), dizem que o fracasso da terapêutica de muitas doenças se deve principalmente à falta de adesão aos tratamentos. O método de contagem dos medicamentos não é um método fiável pois, nem sempre, os doentes guardam a embalagem dos medicamentos num outro local no qual passem a maior parte do tempo e, por vezes, esquecem-se que entre as contagens adquirem novas embalagens (Delgado & Lima, 2001). Neste sentido, os mesmos autores supracitados, referem que para monitorizar a adesão pode ser utilizada a escala de Medida de Adesão Terapêutica (MAT) e que esta é vantajosa quando comparada com outras escalas, pois constitui um instrumento válido e fiável.

Neste desiderato, a complexidade do regime terapêutico influencia a adesão

aos AO, os doentes que têm regimes terapêuticos contínuos são mais aderentes do que aqueles que possuem regimes terapêuticos intermitentes (Spolestra et al., 2013). A complexidade terapêutica e a comunicação pobre entre os profissionais e doentes é considerada como sendo as maiores causas de não adesão terapêutica (Arber et al., 2017). O mesmo autor refere que a informação eficaz é essencial para uma boa adesão aos AO e para que o tratamento também seja eficaz.

Rittenberg (2012) refere que a adesão não consiste, apenas, em tomar a terapêutica, implicando, também, tomar a terapêutica conforme prescrição de acordo com o horário estipulado. A falta de conhecimento, ou a forma como o tratamento é tolerado, pode influenciar negativamente a adesão, resultando em não adesão (LeFebvre & Felice, 2016).

A não adesão relativamente à dosagem, ou em reportar os efeitos secundários, pode ocorrer por varias razões, incluindo má interpretação na informação transmitidas, esquecimento e/ou complexidade terapêutica (Kav et al., 2008). Por vezes, as alterações nas rotinas podem ser desafiantes, o que pode levar ao esquecimento da toma da terapêutica (Gassman et al., 2016). Os mesmos autores, referem que a não adesão está relacionada com o desejo dos doentes em minimizar os efeitos secundários. Delgado & Lima (2001), mencionam que o desejo dos doentes em agradar, ou que ocorra desaprovação por parte do profissional de saúde, leva ao enviesamento de respostas relativamente à adesão terapêutica, demonstrando-se mais aderentes do que na realidade são. A falta de adesão aos AO pode resultar em falhas de tratamento, hospitalização e, em alguns casos, reduzir a longevidade (Spolestra et al., 2015). Perante estas situações ocorre um défice de autocuidado o qual pode ser minimizado através das intervenções de enfermagem (Orem, 2001).

Spolestra et al. (2013) verificaram que as intervenções de enfermagem, relativamente à adesão terapêutica e gestão de sintomas, detêm um impacto positivo nos doentes submetidos a AO por ocorrer um decréscimo na gravidade dos sintomas e por melhoram a adesão aos AO, aceitação, satisfação e crenças acerca dos mesmos.

Schneider et al. (2014), referem que, por vezes, as pessoas não aderem devidamente ao regime terapêutico por não compreenderem as informações transmitidas, por falta de suporte por parte dos profissionais ou por experienciarem efeitos secundários.

Relativamente aos efeitos secundários, sabe-se que a utilização de AO para o tratamento da doença oncológica, tal como a quimioterapia endovenosa, provoca efeitos secundários na pessoa submetida a AO, alterando o quotidiano dos doentes e a sua qualidade de vida. Gassman et al. (2016), referem que alguns doentes, ao experienciarem efeitos secundários, demonstram renitência relativamente ao tratamento com AO. Assim, a monitorização dos efeitos secundários e suporte dos profissionais de saúde deve ser um dos focos principais na prestação de cuidados centrado na pessoa.

McCormack & McCance (2006) desenvolveram um modelo de cuidados centrado na pessoa sendo este baseado em pré-requisitos dos atributos dos enfermeiros, no ambiente dos cuidados, onde são prestados, num processo centrado na pessoa e nos resultados esperados. Assim, para que os cuidados sejam centrados na pessoa submetida a AO é necessária uma relação entre todos estes elementos, envolvendo sempre a pessoa nas tomadas de decisão e promovendo a sua autonomia.

Gassman et al. (2016), refere que a falta de aconselhamento na gestão dos efeitos secundários no domicílio na resolução de problemas causa insegurança aos doentes. Complementarmente, Spolestra et al (2013), referem que para minimizar os efeitos secundários, os enfermeiros deveriam realizar visitas regulares ao domicílio e que deveriam ser realizados *follow-up* telefónicos por enfermeiros treinados.

Os enfermeiros em oncologia são os profissionais de saúde que melhor se encontram posicionados para promover a adesão do doente aos AO assegurando que os doentes cumpram os objetivos dos tratamentos, ao promoverem a segurança nos cuidados, na gestão dos efeitos secundários e ao identificarem e resolverem barreiras que possam influenciar a adesão (Winkeljohn, 2007a).

Spolestra et al. (2013), referem que os enfermeiros necessitam de ajudar os doentes a compreender os efeitos secundários, os sintomas e como gerir os mesmos. Ou, quando devem contactar o profissional de saúde, pois é fundamental para a sua própria segurança e sucesso do tratamento (Rudnitzki & McMahon, 2015). Orem (2001), referiu que os métodos de ajuda podem ser utilizados para compensar as limitações associadas à saúde. No caso dos AO, os enfermeiros podem utilizar os métodos como orientar e dirigir a pessoa. Este método consiste em assistir a pessoa a fazer escolhas e a realizar uma ação, no entanto, não o consegue fazer sem ser dirigida ou sem supervisão (Orem, 2001).

Assim, relativamente à monitorização dos efeitos secundários, os profissionais de saúde devem monitorizar as toxicidades durante todo o tratamento utilizando critérios de classificação de toxicidades tais como os definidos no *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (Versão 5) (National Cancer Institute, 2010). Apesar da importância de classificar os graus de toxicidade, este facto nem sempre se verifica pelo que é importante que este seja integrado nas práticas de enfermagem, melhorando os cuidados desenvolvidos.

Os enfermeiros são elementos essenciais na equipa de oncologia sendo responsáveis pela educação dos doentes, pois são eles que realizam a maior parte dos ensinamentos aos mesmos (Winkeljohn, 2007a).

Uma vez que os cuidados aos doentes oncológicos estão a modificar-se dos cuidados tradicionais, os enfermeiros não devem esperar que os doentes os procurem mas devem ser os mesmos a criar novas estratégias que lhes permitam um contacto regular com os doentes (Yagasaki & Komatsu, 2013). Arber et al. (2017), referem que o suporte no domicílio é crucial e deve ser incluído nos cuidados principalmente numa fase inicial do tratamento. Também Gassman et al. (2016), referem que o suporte de família e amigos é imprescindível para os mesmos no decorrer dos tratamentos, desta forma os cuidadores devem ser envolvidos nos cuidados. Já Kav et al. (2008), mencionam que a educação aos doentes e suas famílias é o fator mais importante para o sucesso dos resultados nos cuidados nas pessoas submetidas a AO.

Nos AO, os enfermeiros devem estar em primeira linha no que diz respeito aos ensinamentos quando o doente inicia um AO (Winkeljohn, 2007a). No entanto, o momento e modo como é transmitida a informação é fundamental. Não deve ser fornecida informação detalhada quando o doente se encontra numa fase de reação ao diagnóstico ou de recidiva (Yagasaki & Komatsu, 2013).

Nem sempre os enfermeiros estão diretamente envolvidos com os doentes submetidos a AO (Winkeljohn, 2007b). Embora, Yagasaki & Komatsu (2013) refiram que o facto dos enfermeiros estarem envolvidos, quando um doente inicia AO, permite aos mesmos conhecer a situação do doente e facilita o *follow-up* dos mesmos (Yagasaki & Komatsu, 2013).

A educação deve incluir a informação acerca do armazenamento, manuseamento, administração, efeitos secundários, aspetos dos comprimidos, interações alimentares, medicamentos, quando contactar o serviço e um plano caso

ocorram omissões de doses (LeFebvre & Felice, 2016; Winkeljohn, 2007a).

As *guidelines* da ASCO/ONS (2013), recomendam que os enfermeiros devem incluir nos ensinamentos à pessoa submetida a AO informação acerca do diagnóstico, objetivo e duração do tratamento, assim como do nome do AO e respetivo esquema terapêutico e informação acerca do mesmo (aparência e armazenamento) e onde o pode obter. Tal como a quimioterapia endovenosa, na quimioterapia oral também existe a possibilidade de ocorrência de efeitos secundários pelo que é fundamental capacitar o doente para gerir os mesmos a curto e longo prazo, incluindo questões de fertilidade e de reprodução. Outro dos aspetos relevantes são os cuidados no armazenamento e manuseamento da terapêutica que exigem cuidados específicos, tal como não partir/esmagar a terapêutica, onde a pessoa deve saber o que fazer com os AO não utilizados. Alguns alimentos interferem com a absorção das terapêuticas AO pelo que algumas necessitam ser tomadas fora da refeição. É importante, ainda, informar a pessoa acerca do que fazer em caso de omissões da dose de AO e como, quando, quem contactar caso ocorram efeitos secundários e colocar questões.

Os enfermeiros necessitam de treinar os seus doentes antes de iniciarem qualquer AO capacitando-os para comunicarem eficazmente com os profissionais de saúde quando experienciam efeitos secundários ou quando não aderem à terapêutica (Spolestra et al., 2013). Dificuldades na adesão, na segurança, nos ensinamentos aos doentes e acesso aos AO podem comprometer o tratamento (Winkeljohn, 2007b). Quando algumas destas situações ocorrem, existe um défice de autocuidado perante o qual é necessário o enfermeiro adequar a sua intervenção, uma vez que as necessidades do indivíduo são superiores à sua capacidade de se autocuidar (Orem, 2001). Assim, é necessário que, quando ocorre um défice do autocuidado, o enfermeiro seja capaz de minimizar o mesmo, promovendo a autonomia da pessoa submetida a AO.

Os enfermeiros necessitam de focar a sua atenção na educação, assegurando que os doentes compreendam o regime terapêutico e a necessidade da adesão aos AO para a eficácia do tratamento, assim como ajudá-los na compreensão de efeitos secundários, sintomas e como gerir os mesmos (Spolestra et al., 2013). Neste sentido, Yagasaki & Komatsu (2013), referem que é importante que o enfermeiro tenha uma atitude proactiva com o doente, demonstrando confiança e disponibilidade.

Sendo a educação fulcral para a capacitação do autocuidado do doente relativamente aos AO, torna-se necessário que os ensinamentos realizados sejam feitos de maneira uniforme pelos vários elementos da equipa, para que a informação transmitida aos doentes seja clara para que a recebam. Complementarmente, Arber et al., (2017), defendem que seria importante ter um enfermeiro de referência que fosse contactado no caso de existirem dúvidas em relação aos efeitos secundários dos AO. Também Hartigan (2003), refere que uma educação eficaz acerca dos AO promove a segurança do doente, otimização da dose, adesão ao tratamento, acessibilidade ao plano de tratamento e toxicidade e implementação de medidas de autocuidado. Desta forma, o enfermeiro tem um papel fundamental na educação do doente e deve tentar compreender qual o método de aprendizagem mais adequado para aquele doente (Winkeljohn, 2007b).

A *Multinational Association Supportive of Care Cancer (MASCC) Education study Group* considera que a falta de *guidelines* acerca das terapêuticas AO foi considerado um problema mundial (Rittenberg, 2012). Este mesmo grupo criou um instrumento denominado de *MASCC of Oral Agent Teaching Tool (MOATT)*, este inclui quatro secções num questionário para aplicar às pessoas submetidas a AO. A primeira secção consiste na avaliação do conhecimento da própria pessoa ou cuidador e inclui nove questões, a segunda parte consiste na educação da pessoa em que o enfermeiro faculta algumas informações acerca dos cuidados a ter com a terapêutica AO, na terceira parte são providenciadas informações específicas acerca do AO administrado e por último avalia-se se a pessoa teve capacidade para assimilar os conhecimentos transmitidos, este momento deve ser uma oportunidade para rever com a pessoa o que foi abordado (Rittenberg, 2012).

Os AO são um verdadeiro desafio, tanto para os doentes como para os profissionais de saúde, exigindo que ambos se adaptem a uma nova realidade. Não só é importante capacitar o doente e sua família mas, também, é necessário que os enfermeiros revejam as suas estratégias de intervenção junto da pessoa submetida a AO de forma a promover a qualidade dos cuidados.

2. PERCURSO DO PROJETO

A metodologia do projeto, tal como refere, Ruivo, Ferrito & Nunes (2010, p.2), “baseia-se numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução”. Neste sentido, no HDO D, após refletir sobre as práticas que aí desempenhamos junto da pessoa submetida a AO, identificamos a não existência de uniformidade nas intervenções de enfermagem relativamente à pessoa submetida a AO, como sendo um problema no qual era necessário aperfeiçoar as nossas práticas de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e permitir a capacitação para o autocuidado da própria pessoa.

O projeto é um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema que preocupa os intervenientes que o irão realizar (Ruivo et al., 2010). Como fruto desta preocupação, este projeto surgiu não só de uma motivação pessoal mas, também, por parte de toda a equipa de Enfermagem, por acreditar que é possível melhorar a prática de enfermagem e transformá-la na procura de cuidados de excelência. Ruivo et al. (2010, p.3), refere que a metodologia do projeto permite “reproduzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação real”.

Esta metodologia através da pesquisa, análise e resolução de problemas, promove uma prática fundamentada e baseada na evidência (Ruivo et al., 2010). Macnee (2004), refere que a prática baseada na evidência é o uso consciencioso e judicioso de resultados de investigação e de informação baseada em teorias, para tomar decisões sobre os cuidados a prestar à pessoa doente. A metodologia do projeto constitui-se uma ponte entre a teoria e a prática, uma vez que o seu suporte é o conhecimento teórico para ser aplicado na prática (Ruivo et al., 2010).

Ambas são fundamentais e não pode existir teoria sem prática, nem prática sem teoria, por isso se diz que a enfermagem é uma disciplina e uma *praxis*. Ruivo et al (2010), salienta a importância desta dinâmica, entre a teoria e a prática, em que o investigador intervém no próprio campo de investigação, estando diretamente ligado às consequências da sua ação e intervenção.

Complementarmente, Tomey & Aligood (2004), referem que a prática profissional requer uma abordagem sistemática centrada no doente e que a teoria ajuda os enfermeiros a organizarem e compreender o que se passa na prática,

analisando criticamente a situação do doente para a tomada de decisão clínica, planeando o tratamento do doente, prevendo os resultados do tratamento e avaliando a sua eficácia.

A metodologia do projeto é constituída por cinco etapas: a primeira, consiste no diagnóstico da situação na qual é apresentada a situação-problema; na segunda, são apresentados os objetivos que se pretendem atingir com a elaboração do projeto; a terceira etapa, consiste no planeamento de atividades e estratégias necessárias para a implementação do projeto; a execução de tarefas consiste em apresentar como foram atingidos os objetivos através das atividades delineadas, assim como possíveis reajustes necessários para a implementação do projeto; segue-se a avaliação, que consiste numa análise e reflexão do percurso desenvolvido e por último, é elaborado a divulgação dos resultados.

2.1. Diagnóstico da situação

A elaboração deste projeto surgiu após ter sido feito o diagnóstico de situação no HDO D, na qual foram encontradas práticas não satisfatórias relativamente às intervenções de enfermagem na pessoa submetida a AO, nomeadamente no que diz respeito à uniformização das intervenções de enfermagem perante as mesmas. Ruivo et al. (2010), descreve o diagnóstico da situação como a etapa na qual se pretende identificar a situação-problema, na qual desejamos atuar e realizar mudanças. Como já foi mencionado anteriormente, no HDO D, verificou-se um aumento do número de AO para o tratamento da doença oncológica.

Os AO têm características muito específicas, condicionando os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, a investir na sua formação contínua, para atualizarem os seus conhecimentos na procura da melhoria da qualidade dos cuidados. Kav et al. (2008), mencionou que a maior parte dos enfermeiros não recebeu qualquer formação acerca dos AO. De igual modo, Jacobson et al. (2012), referem que os enfermeiros têm demonstrado menos capacidade na sua intervenção nas pessoas submetidas a AO, comparativamente à quimioterapia endovenosa. No HDO D, verifica-se esta situação, o que provoca junto da equipa de enfermagem algum desconforto na capacitação da pessoa submetida a AO.

Conhecer o contexto no qual se pretende implementar o projeto é fundamental, pois esse facto permitiu-nos identificar a situação-problema e perante a

mesma traçar os objetivos, planeando as ações que planearam executar.

O HDO D, é um serviço inserido no grupo hospitalar de nível II (Portaria 82/2014), localizada no sul de Portugal, sendo uma das unidades hospitalares de referência no Serviço Nacional de Saúde que dá assistência ao prestar cuidados a cerca de 450 000 cidadãos pertencentes a 16 concelhos. Estando localizada numa região de turismo, o número de doentes chega a triplicar na época alta. O HDO D conta com uma equipa multidisciplinar constituída por médicos e enfermeiros, auxiliares, administrativas e com o apoio de uma psicóloga e assistente social.

A nível de estrutura física existe um espaço onde é realizada a consulta de acolhimento de enfermagem para a qual o doente é encaminhado para a primeira consulta de enfermagem e seguintes. Independentemente do tratamento, todos os doentes se dirigem a esta consulta, estando sempre escalados dois enfermeiros. Por dia, na consulta de acolhimento de enfermagem, são observados cerca de 40 a 50 doentes, antes de se dirigirem à sala de tratamentos para realização de quimioterapia. Nesta mesma sala, são administrados alguns injetáveis e antineoplásicos orais.

Existe, ainda, uma sala de tratamentos na qual são realizados os tratamentos de quimioterapia e heparinização de cateteres constituída por 12 cadeirões e 4 camas. As pessoas são agendadas por ordem de chegada qualquer que seja o tratamento, causando alguma dificuldade na gestão dos cuidados. Perante este obstáculo, urge a necessidade de separar os tratamentos, nomeadamente os AO da quimioterapia endovenosa.

Num outro gabinete é realizada a consulta não programada, caso os doentes oncológicos precisem de recorrer a esta por agravamento da sintomatologia ou outras situações em que seja necessário observação médica.

Como já foi referido, os ensinamentos acerca dos AO são realizados na CE de acolhimento no HDO D. Neste mesmo local, realizam-se as consultas de enfermagem aos doentes submetidos à quimioterapia endovenosa. Este facto torna-se um desafio na gestão do tempo, pois diariamente são realizadas cerca de 40 a 50 consultas de enfermagem. Os tratamentos a que as pessoas com doença oncológica são submetidas variam quanto aos tempos de administração, no entanto estes não são programados por horas. Ao dirigirem-se ao HDO D, uma vez que não existem horários estabelecidos para a realização dos tratamentos quer sejam eles de longa ou curta duração, a espera até a realização da consulta de enfermagem

acaba por ser longa, embora haja um esforço enorme da equipa em gerir os tratamentos da forma mais eficaz. Desta forma, prioriza-se os ensinamentos na quimioterapia endovenosa, descurando os ensinamentos relativamente aos AO. Não obstante à realidade, Winkeljohn (2007a), menciona que existe um menor envolvimento e valorização por parte dos enfermeiros na administração de AO comparando com a quimioterapia endovenosa. No entanto, é importante entender quer seja na administração de quimioterapia endovenosa ou na administração de AO que os efeitos secundários são igualmente prejudiciais (Winkeljohn, 2007b).

Nesta consulta de enfermagem, os dois elementos de enfermagem que a constituem são rotativos pelo que tivemos oportunidade de observar práticas distintas junto da pessoa submetida a AO. Desta forma, observou-se que não existe uniformização na nossa prática. Após sinalizar este facto, refletiu-se com alguns dos elementos da equipa de enfermagem acerca das práticas de enfermagem no cuidado à pessoa submetida a AO. Em conjunto, percebeu-se que tínhamos de melhorar a nossa prática. De forma a justificar esta necessidade aplicou-se uma sondagem de opinião à equipa de enfermagem (Apêndice I). As respostas vieram demonstrar uma disparidade relativamente aos ensinamentos realizados na consulta de enfermagem ao próprio doente e cuidador, demonstrando que não existe uniformidade nos ensinamentos acerca dos cuidados a ter com os AO (Apêndice II).

Após refletir acerca dos aspetos supracitados, aliados à evidência científica, esta temática foi considerada como sendo pertinente para a equipa de enfermagem. Desta forma, surgiu a seguinte questão de pesquisa “Quais as intervenções de enfermagem na pessoa submetida a antineoplásicos orais?”. Neste sentido, foi elaborada uma revisão *scoping* com a finalidade de encontrar a melhor evidência para sustentar este projeto (Apêndice III).

Antes da implementação de um projeto, quando é realizado o diagnóstico de situação faz sentido analisar não só os fatores que podem contribuir positivamente para a execução do projeto, tais como as oportunidades e forças, mas também os fatores que podem revelar-se como sendo um obstáculo à implementação do mesmo, tais como as ameaças e fraquezas. Ruivo et al (2010), refere que o método da análise *SWOT* é utilizado quer na elaboração de diagnósticos quer na análise organizacional. Para facilitar este processo foi elaborada uma análise *SWOT* (Apêndice IV), de forma a analisar os fatores institucionais que contribuíram de forma positiva e negativa foram identificadas as forças (*Strengths*) e fraquezas

(*Weakness*) e as Oportunidades (*Oportunities*) e Ameaças (*Threats*) que contribuíram para a implementação do projeto.

2.2. Objetivos gerais

Sendo este um projeto que visa a melhoria da qualidade dos cuidados definiu-se dois objetivos principais:

- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem à pessoa submetida aos antineoplásicos orais;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na pessoa submetida aos antineoplásicos orais.

Para além destes objetivos pretendeu-se que ao longo do desenvolvimento do projeto fossem desenvolvidas competências preconizadas pela OE, no âmbito do competências comuns do enfermeiro especialista e do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa e das competências do *curriculum* da EONS (2013).

Neste sentido, pretende-se que, com este projeto, haja não só um ganho de conhecimento para os enfermeiros relativamente aos AO. Mas, também que este proporcione aos doentes cuidados de saúde de elevada qualidade e a sua adesão e capacitação para o autocuidado no tratamento com AO.

Com a elaboração deste projeto para além das competências supracitadas, pretendeu-se desenvolver as competências ao nível do 2º ciclo (Decreto lei 74/2006).

2.3. Planeamento

Na fase de planeamento do projeto, deve realizar-se o levantamento dos recursos, assim como as limitações que condicionem a implementação do mesmo (Ruivo et al., 2010).

Neste sentido, numa fase inicial, começou-se por realizar um planeamento relativamente aos locais de estágio no qual pretendia desenvolver as atividades. De modo a facilitar o planeamento das atividades foi elaborado um cronograma (Apêndice V).

A escolha dos locais de estágio foi realizada tendo em conta o facto de serem locais que proporcionassem aquisição e desenvolvimento de competências e nos

quais tivéssemos oportunidade de contactar com enfermeiros especialistas peritos na administração dos AO.

Neste contexto, Benner (2001) refere que os enfermeiros peritos tem uma enorme experiência e já não se baseiam em princípios analíticos para passar do estado de compreensão ao ato apropriado. Mas, suportam sim as suas ações com base na experiência e intuição, que resultam da compreensão de situações.

Com o intuito de desenvolver competências de enfermeiro especialista em vários contextos foram seleccionados três unidades hospitalares. O primeiro estágio decorreu num hospital de nível I (segundo a portaria nº 82 /2014 de 10 de Abril 2014) no serviço de HDO A.

A escolha deste local deveu-se ao facto de ter uma equipa experiente e com enfermeiros peritos na área dos antineoplásicos orais. Este HDO destina-se, unicamente, para pessoas com doença oncológica, para consultas de oncologia, administração de tratamentos antineoplásicos e atendimentos não programado. Por mês, realizam-se cerca de 1200 sessões (sessões de hospital de dia, imunohemoterapia, tratamentos antineoplásicos). Neste serviço existem projetos de enfermagem destinados à pessoa com doença oncológica e cuidadores tais como: consulta de enfermagem de 1ª vez (para terapêuticas injetáveis e orais); contactos de *follow-up* para monitorização dos efeitos secundários relativamente às terapêuticas injetáveis e orais; humanização do luto e linha de atendimento para o doente oncológico, disponível 24 horas. Estes fatores foram vistos como aspetos positivos que influenciaram na escolha do primeiro local de estágio.

De modo, a dar continuidade ao desenvolvimento de competências e na procura de oportunidade de partilhar experiências com outros enfermeiros peritos, foi seleccionado para segundo local de estágio um hospital de dia de Hemato-Oncologia B pertencente a uma unidade hospitalar de nível II (Portaria nº 82 /2014 de 10 de Abril 2014). A escolha deste local foi realizada devido ao facto de neste mesmo serviço existir um projeto relacionado com a “adesão às terapêuticas antineoplásicas orais”. Acreditou-se que este local de estágio seria um contributo para o desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista no percurso junto da pessoa submetida a AO. O HD de Hemato-oncologia B destina-se a prestar cuidados de excelência a doentes em regime de ambulatório. Neste serviço existe uma consulta de seguimento das pessoas submetidas às terapêuticas antineoplásicas orais que visa promover a adesão terapêutica.

Durante o estágio no HDO B, houve necessidade de reduzir o tempo de estágio do mesmo por fatores institucionais. Sendo os estágios limitados no tempo e por não ser possível dar-lhe continuidade, posteriormente, foi necessário encontrar outro local de estágio. Neste sentido, foi realizado um estágio de uma semana no HDO C, numa instituição pertencente ao grupo hospitalar de nível III (Portaria nº 82 /2014 de 10 de Abril 2014).

O terceiro e último estágio foi realizado no HDO D numa instituição pertencente ao grupo hospitalar de nível II (Portaria nº 82 /2014 de 10 de Abril 2014). Após identificar a situação-problema no mesmo foi fundamental realizar o estágio no local onde tinha sido identificada a problemática. Já tendo sido descritas as características do HDO D anteriormente.

A realização deste estágio foi importante, pois já existia um conhecimento prévio acerca da realidade da prestação de cuidados à pessoa submetida a AO tornando-se facilitador realizar o planeamento de atividades para posteriormente implementar o projeto. Para além deste facto, durante o estágio percebeu-se a necessidade de existir um gabinete de enfermagem destinado ao acompanhamento das pessoas submetidas a AO exclusivamente, na procura de cuidados de excelência.

Após a escolha dos locais de estágio, foram delineados os objetivos para cada um deles, assim como as atividades a desenvolver. Para facilitar este processo, foi elaborado um cronograma de atividades (Apêndice V). Ainda, no final de cada estágio, refletiu-se sobre o percurso realizado em cada um dos estágios.

3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Este capítulo espelha os objetivos gerais e específicos, assim como as atividades delineadas para a implementação do projeto. Um projeto não é estático, pelo que ao longo do percurso foram várias as situações em que foi necessário reajustar objetivos, atividades conforme os locais de estágio. Estes são unidades de saúde também elas dinâmicas que ao longo do tempo sofrem alterações. Desta forma, pelas razões supracitadas foram feitas algumas modificações. No entanto, procurou-se colmatar da melhor forma algumas dificuldades encontradas, no sentido de poder extrair os aspetos positivos de cada local de estágio e enriquecer o percurso que permitiu a implementação do projeto e desenvolvimento do percurso profissional.

Para além dos objetivos gerais supracitados foram definidos objetivos específicos, assim como as atividades realizadas. Assim, este capítulo divide-se por objetivos relacionando os mesmos com os locais de estágio.

3.1. Integrar a equipa multidisciplinar dos locais de estágio dos HDO quanto à sua dinâmica, organização e funcionamento.

Inicialmente, em cada um dos estágios foi feita uma integração na equipa multidisciplinar. Segundo o regulamento das CCEE, o Enfermeiro especialista deve “integrar-se e participar nas tomadas de decisão ética e resolução de problemas do doente oncológico com a restante equipa nas várias situações, recorrendo à consulta de documentos/normas para sustentar as tomadas de decisões, analisando e avaliando as mesmas”. Neste sentido, no estágio I, este processo foi facilitado pela integração na equipa pelos vários elementos da equipa. Realizou-se uma reunião com a Enfermeira orientadora e Enfermeira Chefe. Posteriormente, realizou-se uma apresentação do projeto à equipa de enfermagem na qual participaram cerca de 70% dos elementos da equipa. Este resultado foi satisfatório, na medida em que a percentagem de participação expetável foi de 50%. Após a apresentação do mesmo, foi identificada na equipa de enfermagem necessidades formativas relativamente à capacitação dos enfermeiros analogamente aos AO mais utilizados no serviço.

Assim, como alguns dos elementos da equipa de enfermagem referiam ter alguma dificuldade relativamente aos AO, foi sugerida uma sessão de formação e

integrada como atividade. Nesta foram abordados diversos aspetos sobre os AO mais utilizados no serviço de HDO A e nos quais existiam mais dificuldades.

A equipa acolheu o projeto tendo reunido esforços no sentido de se proporcionarem o máximo de aprendizagens durante o estágio, demonstrando suporte ao longo do mesmo.

Neste estágio existia um projeto de “Adesão à Terapêutica Antineoplásica oral”, desenvolvido por uma Enfermeira Especialista, que ia cessar as suas funções naquele serviço. No entanto, demonstrou sempre disponibilidade e partilhou as suas experiências sobre os AO ao longo do estágio, constituindo-se um elemento fundamental no meu crescimento profissional ao longo deste projeto.

O apoio incondicional da Enfermeira Orientadora foi uma mais valia no decorrer do estágio, refletindo-se na integração na equipa multidisciplinar, dinâmica, organização e funcionamento do serviço. Benner (2001), refere que os enfermeiros peritos são pessoas com capacidade para gerir situações complexas de uma maneira notável, devido a sua experiência. Sem dúvida que a partilha de conhecimentos das Enfermeiras Peritas proporciona a aquisição de novas aprendizagens.

Relativamente ao estágio II, não foi possível apresentar o projeto formalmente à equipa, pelo que este foi apresentado verbalmente à Enfermeira Chefe, Enfermeira Orientadora e aos restantes elementos da equipa de enfermagem.

Contrariamente, aquilo que foi planeado para este local de estágio por fatores institucionais foi necessário realizar alterações no cronograma relativamente a este local. Apesar deste facto, toda a equipa demonstrou disponibilidade em todos os momentos. No entanto, foi feita integração na equipa multidisciplinar e considero que não existiram dificuldades na adaptação à mesma. Durante o estágio, houve oportunidade de conhecer normas e projetos existentes no serviço HDO B, o que facilitou a integração na organização, dinâmica e funcionamento do serviço. Neste serviço, foi-nos apresentado um projeto existente sobre a “Adesão terapêutica aos AO”. Uma vez que foi necessário encurtar o estágio no HDO B, dado as limitações dos tempos de estágio, de forma a cumprir as horas de cuidados, foi realizado um estágio de uma semana no HDO C. A integração neste local de estágio foi facilitada pela equipa que apesar de ter sido um estágio curto foi muito receptiva, proporcionando uma rápida adaptação ao mesmo.

3.2. Identificar estratégias/intervenções utilizadas na pessoa submetida a AO e

3.3. Identificar as estratégias/intervenções de enfermagem que permitam a capacidade do autocuidado da pessoa submetida AO.

Inicialmente, para este projeto foram definidos os objetivos 3.2 e 3.3 tal como acima supracitados, que visam identificar as estratégias e intervenções utilizadas pelos os enfermeiros no cuidar da pessoa submetida a AO. Estas estratégias/intervenções permitem ao enfermeiro capacitar a pessoa para o autocuidado na gestão dos AO. Como tal, uma vez que são semelhantes e interligados, optou-se por realizar a descrição dos mesmos e das atividades em simultâneo. Assim, ao identificarmos as estratégias/intervenções de enfermagem na pessoa submetida a AO estamos a encontrar aquelas que são necessárias para a capacitação da pessoa submetida a AO. Desta forma, não será feita distinção entre os mesmos.

A intervenção do enfermeiro é fundamental na capacitação da pessoa submetida a AO. Quer no estágio I e II, foi possível observar a preocupação dos enfermeiros em delinear estratégias que permitissem a capacitação do doente. Quando o doente oncológico inicia os tratamentos com os AO, ocorrem alterações a vários níveis. Este facto exige à pessoa e sua família uma adaptação uma etapa de transição.

As transições são experiências únicas e individuais de cada pessoa, pelo que é necessário ter em conta tipos e padrões de transição, características pessoais e o contexto de transição, que pode ser facilitador ou dificultador da mesma, assim como os resultados esperados (Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher, 2010).

Perante estas transições, os doentes e suas famílias esperam que os enfermeiros sejam capazes de os ajudar a lidar com as situações. Para apoiarem as pessoas doentes, nesta etapa da sua vida, é necessário que os enfermeiros desenvolvam estratégias que os capacitem para o autocuidado relativamente à gestão dos AO.

Durante a realização dos estágios I e II, foi possível observar diferentes práticas relativamente as estratégias utilizadas pelos enfermeiros na interação com a pessoa submetida a AO e, conseqüentemente, para a sua capacitação.

Numa primeira fase, no estágio I realizado no HDO A, observei a interação dos enfermeiros peritos junto da pessoa submetida a AO. Sempre que iniciavam o

tratamento, todas as pessoas submetidas a AO, dirigiam-se primariamente à consulta com o médico. Nessa consulta, o médico informava a pessoa da terapêutica que vai iniciar. Após a prescrição médica do AO, a pessoa dirigia-se à farmácia para obter o AO. Seguidamente, eram encaminhados para a consulta de enfermagem, tal como lhes tinham sido explicado previamente na consulta médica.

Nessa primeira consulta, o enfermeiro procurava saber os conhecimentos que a pessoa doente detinha acerca do tratamento que ia iniciar. Para tal, colocava quatro perguntas: nome da terapêutica, esquema terapêutico, os cuidados a ter com a mesma e os efeitos secundários possíveis. Após responder a essas questões eram contabilizadas as respostas obtidas em relação ao conhecimento do doente e registadas em folha do excel e no processo da pessoa de forma manuscrita.

Apesar da importância desta estratégia de avaliação de conhecimentos de quatro questões, o grupo MASCC, elaborou um instrumento “*MOATT*” que recomenda que deve ser utilizado um questionário mais abrangente que inclui nove perguntas, as quais devem ser colocadas durante os ensinamentos à pessoa submetida a AO (MASCC, 2016). Os mesmos autores consideram que a *MOATT* deve ser utilizada para garantir que as pessoas doentes sabem e percebem o tratamento a que estão submetidas e a importância de tomar a terapêutica conforme indicado (MASCC, 2016).

Embora o questionário do HDO A seja útil, considera-se que este poderia ser mais completo. De acordo com o instrumento elaborado pela MASCC que contém nove perguntas, seria importante acrescentar perguntas tais como o nome da terapêutica, questionar a pessoa se pode tomar os AO com alimentos, se sabe onde deve guardar os mesmos, quais são as situações em que deve recorrer aos profissionais de saúde, se sabe quando é a próxima consulta e se tem mais alguma dúvida/questão.

Após realizar este questionário, o enfermeiro compreende para onde deve dirigir os seus ensinamentos, pois percebe as dúvidas que possam existir e que provocam um défice de conhecimento. Orem (2001), refere que a intervenção do enfermeiro é necessária quando existe um défice de autocuidado. Neste sentido, há uma procura do enfermeiro em minimizar este défice através da sua intervenção em capacitar a pessoa para uma melhor gestão do autocuidado relativamente aos AO.

O enfermeiro deve, ainda, ter a preocupação de capacitar o doente promovendo a sua autonomia, oferecendo-lhe o máximo de apoio possível. Orem

(2001), refere que após receber suporte pretende-se que a pessoa seja capaz de controlar e dirigir uma ação de forma a promover o autocuidado, como por exemplo é esperado que após explicar o esquema terapêutico durante a consulta de enfermagem, que a pessoa seja capaz de tomar o AO corretamente no domicílio de forma autónoma. No entanto, é essencial que este suporte seja extensível ao domicílio principalmente numa fase inicial ao tratamento (Arber et al., 2017). Neuss et al. (2013) referem que a educação à pessoa relativamente aos AO deve incluir todos os ensinamentos recomendados pelas *guidelines* da ASCO/ONS acerca da administração dos AO.

Após perceber as dificuldades da pessoa relativamente aos AO, observei que os enfermeiros realizam os ensinamentos acerca da terapêutica, isto é, esquema terapêutico, cuidados a ter no manuseamento, no armazenamento, possíveis efeitos secundários e interações alimentares ou medicamentosas com a terapêutica. Para além destes aspetos, Neuss et al. (2013); LeFebvre & Felice (2016) referem que o enfermeiro deve educar a pessoa acerca do que o mesmo deve fazer no caso de omissão de dose. De forma a facilitar esta etapa, que pode ser considerada complexa para a pessoa e sua família, é entregue um folheto informativo o qual contém a maior parte da informação transmitida durante a consulta de enfermagem.

A finalidade desta consulta é capacitar a pessoa para o autocuidado na gestão dos AO no domicílio. Orem (2001), refere que o autocuidado é a “capacidade adquirida, complexa, para atender às exigências de continuar a cuidar de si próprio, reguladora dos processos de vida, manutenção ou promoção da integridade, da estrutura e do funcionamento humano, bem como do seu desenvolvimento e promoção do bem estar.

No HDO A, existe o *follow-up* telefónico que visa ser mais uma forma de capacitar a pessoa quando esta se encontra no domicílio. LeFebvre & Felice (2016), referem que a falta de informação pode influenciar negativamente a adesão ao tratamento. Assim, é fundamental que os doentes sejam capazes de compreender os efeitos secundários expectáveis (Arber et al., 2017). Este facto é importante na medida em que permite capacitar a pessoa para reconhecer quando deve recorrer aos profissionais de saúde, ou de que forma pode atuar quando são efeitos secundários expectáveis e possíveis de ser controlados, quer pela própria pessoa ou cuidadores.

Neste estágio, constatamos que ao realizar o *follow-up* telefónico era

possível avaliar se a pessoa tinha compreendido a informação transmitida. Em algumas das vezes, foi necessário reforçar alguns ensinamentos acerca do nome da terapêutica, cuidados no manuseamento, possíveis efeitos secundários e, ainda, esclarecer outras dúvidas. Tal como refere Bettencourt (2014), que refere que os *follow-up* devem ser realizados para identificar efeitos secundários, reforçar ensinamentos acerca de como gerir esses efeitos secundários, assegurar adesão ao regime terapêutico e permitir o esclarecimento de dúvidas do doente ou cuidador.

Durante o estágio, foram inúmeras as oportunidades que tive de realizar o *follow-up* telefónico. Em algumas das situações foi necessário encaminhar as pessoas para o hospital. Em outras situações, os próprios utentes utilizavam o *follow-up* telefónico para falar com o enfermeiro acerca de efeitos secundários que estavam a experienciar e conferir a necessidade de observação médica.

Relativamente ao instrumento de registo do *follow-up* foi utilizado um instrumento já existente no HDO A. Este mesmo documento era utilizado, também, nas consultas de enfermagem presenciais, no qual era registada o tipo de intervenção do enfermeiro junto da pessoa submetida a AO assim como a presença de efeitos secundários. Os registos eram feitos em suporte de papel e arquivados num dossier e era feito um registo no excel a fim de registar as intervenções de enfermagem que tinham sido realizadas durante a prestação de cuidados.

Assim, os enfermeiros procuram, nas suas intervenções, capacitar a pessoa submetida a AO, no sentido de a tornar mais autónoma, para uma melhor gestão da terapêutica AO, aumentando os seus conhecimentos acerca da mesma. Nesta consulta de enfermagem, também era realizado o *follow-up* telefónico semanalmente numa fase inicial e posteriormente de três em três semanas, tal como define Vioral et al. (2014). Esta consulta de enfermagem encontra-se definida por um projeto existente no serviço já mencionado anteriormente o qual tivemos oportunidade de consultar.

Durante o estágio, foi possível observar enfermeiros peritos, assim como prestar cuidados às várias pessoas submetidas aos AO, sendo esta uma das atividades definidas. Neste sentido, estabeleceu-se inicialmente um número mínimo de cinco pessoas a quem seriam prestados cuidados, no entanto pelas inúmeras oportunidades acabamos por realizar cerca de 40 consultas de enfermagem a pessoas submetidas a AO. Neste contexto, durante estas consultas no HDO A, fizemos sentido elaborar um estudo de caso (Apêndice VI), uma vez que este nos

permite uma maior compreensão e conhecimento da pessoa com doença oncológica submetida a AO.

Para capacitar o outro, o enfermeiro deve também estar capacitado para poder educar, apoiar a pessoa. Orem (2001), refere que ensinar é um método válido de ajudar uma pessoa que necessita de instruções para desenvolver conhecimentos ou competências. Neste sentido, como forma de assimilação de conteúdos e na procura da melhor evidência científica, foi elaborada uma revisão *scoping* (Apêndice III).

Jacobson et al. (2012), refere que os enfermeiros em oncologia têm menos capacidade para lidar com quimioterapia oral. No entanto, se a finalidade dos enfermeiros é capacitar o doente, é necessário que haja um investimento na formação por parte dos mesmos. Assim, como alguns dos elementos da equipa de enfermagem referiam ter alguma dificuldade relativamente aos AO, foi sugerida uma sessão de formação e integrada como atividade, na qual foram abordados os AO mais utilizados no serviço de HDO A e nos quais existiam mais dificuldades, principalmente quando as pessoas contactavam HDO A, com dúvidas acerca dos AO. Esta contou com uma participação de cerca de 70% da equipa de enfermagem.

Esta sessão de formação (Apêndice VII), teve como objetivo principal capacitar a equipa de enfermagem relativamente à posologia, particularidades dos AO e efeitos secundários dos AO mais utilizados no HDO A (Capecitabina, Vinorelbina, Abiraterona, Enzulatamida). No final da sessão, os enfermeiros avaliaram a sessão como tendo sido positiva. Esta sessão de formação foi importante no sentido de promover a capacitação da equipa de enfermagem relativamente aos AO mais utilizados. O certificado de formação da realização da mesma encontra-se anexado ao relatório (Anexo I).

Como já foi supracitado, existiam vários folhetos informativos acerca da especificidade de cada AO, como tal foi sugerido que os mesmos fossem revistos por ser necessário a sua atualização segundo as Recomendações das Características dos Medicamentos (RCM), pelo que acabei por desenvolver esta atividade durante o estágio. Este facto facilitou a assimilação das especificidades dos AO contribuindo positivamente para o desenvolvimento do nosso percurso. Para além desta revisão, foi elaborado um folheto informativo acerca do Tipiracilo/Trifluridina (Apêndice VIII), uma vez que era a primeira vez que este tratamento ia ser utilizado no HDO A, tendo sido pertinente a elaboração deste para

facilitar a realização dos ensinios.

A reflexão acerca das nossas práticas, no contexto profissional, é imprescindível porque adquire importância por ser um espaço de transformação de competências profissionais, logo a reflexão sobre a sua organização é um fator decisivo para os trajetos de formação (Costa e Morais, 2013). Neste sentido, foi elaborada uma reflexão que espelhava o percurso desenvolvido no HDO A (Apêndice IX).

No estágio II, no HDO B, apesar de ir ao encontro das *guidelines*, não existe um local único para a realização da consulta de enfermagem, onde se poderiam abordar as especificidades relativamente aos AO. Estas consultas são feitas numa sala onde também são administrados tratamentos de curta duração, quando existem. No entanto, também tivemos oportunidade de prestar cuidados à pessoa submetida a AO. Apesar de algumas alterações inerentes ao HDO B, foram várias as oportunidades em que pude observar enfermeiros peritos na intervenção à pessoa submetida a AO. Neste sentido, após observação da enfermeira orientadora, tivemos a oportunidade de prestar cuidados a cerca de 15 pessoas, ultrapassando a proposta inicial de cinco doentes. Quando realizávamos os ensinios às pessoas, após o enfermeiro confirmar o tratamento através do sistema informático, o AO provinha da farmácia pelo auxiliar de enfermagem e este era entregue pelo o enfermeiro à pessoa. Este processo é uma mais valia, uma vez que a pessoa e sua família tinham oportunidade de contactar fisicamente com os AO, pois podiam visualizar o seu aspeto, facilitando a capacitação do mesmo relativamente ao conhecimento acerca do AO. Sempre que a pessoa se dirigia ao HDO B, antes do enfermeiro entregar os “comprimidos”, estes eram contabilizados e era aplicada a escala Medida de Adesão Terapêutica (MAT) (Anexo II). Esta escala tem a finalidade de avaliar a adesão à terapêutica e consiste num conjunto de questões acerca da toma de terapêutica (Delgado & Lima (2001)).

A adesão aos AO é importante para que seja garantida a sua eficácia no tratamento. As intervenções de enfermagem são relevantes e têm tido um impacto positivo nos doentes, pois permitem uma melhor adesão ao tratamento, melhoram as probabilidades de cura e a qualidade de vida dos doentes (Schneider et al., 2014). Por vezes, a não adesão aos AO, deve-se ao facto de existir défice de conhecimento acerca dos AO (Arber et al., 2017). Desta forma, quando nos encontramos nesta posição de educar o doente é fundamental assegurar-se de que

o doente compreendeu quando deve tomar o AO, ou quando deve contactar o profissional de saúde garantindo a segurança e sucesso do tratamento (Rudnitzki & McMahon, 2015). Deste modo evita-se, em parte, que hajam défices de autocuidado. Orem (2001), refere que para prevenir ou colmatar possíveis défices de autocuidado, relacionados com o desconhecimento ou as dúvidas sobre a doença e/ou tratamento, deverá ser mobilizado o sistema de enfermagem de apoio-educação, tal como já foi descrito anteriormente.

Neste estágio, não foi possível realizar um estudo de caso, como previsto inicialmente, devido a redução do tempo de estágio, pelo que foi dada primazia a outras atividades tal como a elaboração de uma norma acerca do *follow-up* telefónico (Apêndice X) e construção de documento orientador para utilização nas consultas de enfermagem (Apêndice XI). Considerou-se, ainda importante a elaboração de uma reflexão acerca das práticas observadas acerca do percurso percorrido no HDO B (Apêndice XII).

No HDO B, na procura de capacitar o doente submetido a AO, os enfermeiros recorriam a estratégias, tal como a utilização de folhetos informativos. Neste local, não existe um folheto para cada tipo de AO, mas sim um folheto que permite registar as indicações específicas de cada AO e no qual o enfermeiro regista as especificidades de acordo com AO. Este método permite que a intervenção do enfermeiro na capacitação da pessoa seja feita de forma individualizada, pois há uma procura em adequar a informação à própria pessoa. Devemos ter esta preocupação uma vez que a capacidade de aprendizagem de cada pessoa difere e é influenciada por diversos fatores tais como a idade (Kav et al., 2008).

Na capacitação do doente é fundamental o envolvimento dos cuidadores e familiares. Schneider et al. (2014), salienta que a intervenção dos enfermeiros especialistas em oncologia deve ser focada no desenvolvimento de estratégias que permitam a aquisição de conhecimentos através de informação acerca dos efeitos secundários que podem ocorrer, estratégias comportamentais envolvendo cuidadores ou familiares que relembrem o doente que deve tomar o AO e fornecer suporte afetivo, através de um *follow-up* telefónico semanal.

Neste desiderato, Schneider et al. (2014) referem que o *follow-up* telefónico é uma ótima estratégia pelas suas vantagens para a capacitação da pessoa, sujeita ao tratamento de AO. No entanto, no HDO B, não existia. Ao conversar com a Enfermeira Orientadora reconheceu-se a necessidade de existir um *follow-up*

telefónico, pois acreditamos no seu benefício para as pessoas submetidas a AO. Neste sentido, foi elaborada uma norma de atuação relativamente ao *Follow-up* telefónico (Apêndice X). Este não foi colocado em prática porque, como já foi referido o tempo estágio foi reduzido relativamente a prestação de horas de cuidados, não tendo sido possível continuar o mesmo na sua totalidade nem de aplicar a norma relativamente ao *follow-up* telefónico.

No entanto, foi reconhecida a sua importância pela equipa de enfermagem. O *follow-up* telefónico é vantajoso para a pessoa porque permite reforçar os ensinamentos realizados e esclarecer dúvidas que possam ter surgido, promovendo a capacitação do doente para o autocuidado (Bettencourt, 2014; Vioral et al., 2014).

No HDO D, apesar de existir uma consulta de enfermagem na qual são realizados todos os ensinamentos relativamente a todo o tipo de quimioterapia, não existe uma consulta de enfermagem destinada unicamente aos AO. No entanto, sempre que a pessoa realiza tratamentos de quimioterapia endovenosa, concomitantemente com tratamentos com AO, são realizados os ensinamentos tendo em conta todos os aspetos mencionados anteriormente. Neste sentido, considero que este estágio foi positivo para o desenvolvimento de competências uma vez que permitiu a observação de enfermeiros peritos e prestar cuidados a pessoas submetidas a AO. Neste serviço, existe implementado o *follow-up* telefónico para qualquer tipo de tratamento, sendo este uma mais valia na capacitação da pessoa submetida a AO.

Ao longo dos estágios realizados no HDO A, B, D ocorreram momentos de partilha com as equipas de enfermagem. Considero que estes momentos foram essenciais para o meu desenvolvimento de competências enquanto futura enfermeira especialista, na medida em que me permitiram consolidar conhecimentos e adquirir novas aprendizagens essenciais para o desenvolvimento das competências a que me propus.

Durante a realização destes dois estágios no HDO A, B e D, foi possível utilizar instrumentos de apoio no decorrer da prestação de cuidados à pessoa submetida a AO. No HDO A, recorria-se a um instrumento no qual era registado a intervenção de enfermagem no cuidado à pessoa submetida ao AO. Na minha opinião, o mesmo era útil uma vez que no final do ano, através dos dados registados era possível perceber quais as áreas de maior necessidade de intervenção dos enfermeiros do HDO A durante o tratamento do doente oncológico. Foi possível concluir através do que observamos e experienciamos, que os enfermeiros do HDO

A intervinham maioritariamente na gestão dos efeitos secundários, na gestão da terapêutica, na promoção da adesão. Este registo é importante, pois permite-nos perceber quais as maiores áreas de intervenção dos enfermeiros na pessoa submetida a AO durante o tratamento, dirrecionando a nossa intervenção. Esta ideia é suportada por Kav et al (2008), que refere que as principais áreas de atuação dos enfermeiros são na gestão de efeitos secundários e da terapêutica, promoção da adesão terapêutica, suporte e educação.

Já no HDO B, existia um protocolo que contemplava os aspectos que tinham de ser abordados em cada consulta de enfermagem na pessoa submetida a AO. Na minha opinião, este constitui-se como uma mais valia, uma vez que a utilização do mesmo permite uniformizar a prática da equipa de enfermagem no que diz respeito aos ensinamentos a transmitir para o *empowerment* da pessoa submetida a AO. A World Health Organization (WHO, 2009), define “*empowerment*” como o processo que permite a pessoa ou comunidade o ganho de conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias para a realização de escolhas acerca do seu próprio autocuidado.

Assim, procurou-se uma estratégia que permitisse a sistematização e uniformidade da prática dos enfermeiros perante a pessoa submetida a AO. Neste sentido, foi elaborado um documento intitulado de “Documento orientador para os AO - Registo da intervenção de enfermagem” (Apêndice XI). Este instrumento é essencial já que o mesmo visa uma prática de enfermagem uniforme na pessoa submetida a AO. Ao aplicar o mesmo percebeu-se que era necessário que este contemplasse alguns aspetos tais como: indicar se os ensinamentos tinham sido realizados apenas ao doente ou cuidador, a classificação das toxicidades recorrendo à escala *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE, V.5) pelo que foram acrescentados ao documento inicial, finalizando o mesmo tal como consta no Apêndice XI.

3.4. Dar a conhecer à equipa a importância da intervenção de enfermagem na pessoa submetida aos antineoplásicos orais.

Numa primeira abordagem foi essencial sensibilizar a equipa de enfermagem do HDO D para a necessidade de refletirmos sobre as nossas práticas, nomeadamente acerca da nossa intervenção perante a pessoa submetida a AO. Deste modo, foi discutido com a equipa de enfermagem sobre as dificuldades

existentes no serviço acerca da nossa prática no cuidado destes utentes. A opinião da equipa foi unânime ao identificar a nossa prática perante a pessoa submetida a AO como sendo uma situação problema.

Como tal, este projeto recebeu o parecer positivo pela chefias e equipa de enfermagem bem como pela equipa médica pela sua pertinência, uma vez que tem como finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados. Neste sentido, foi aplicada uma sondagem de opinião à equipa (Apêndice I) assim como os seus resultados (Apêndice II), tal como já foi mencionado anteriormente, que teve como finalidade compreender quais eram as intervenções de enfermagem utilizadas nas várias consultas de enfermagem na pessoa submetida a AO e como avaliavam os resultados dos ensinamentos que efetuavam. Os seus resultados revelaram-se fundamentais, uma vez que permitiram demonstrar a necessidade de melhoria das nossas práticas.

Com a primeira questão pretendia-se caracterizar o tempo de experiência dos elementos da equipa de enfermagem, tendo-se verificado que variava entre 6 meses e 15 anos. Em relação à questão acerca do que deve ser feito para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, a maior parte mencionou ter mais privacidade e mais tempo (50%), isto porque quando estamos a realizar a consulta de enfermagem, somos constantemente interrompidos, pelo que não existe grande privacidade apesar da consulta ser realizada num gabinete.

Relativamente ao tempo, este foi mencionado pelo facto de termos uma afluência diária de 40-50 pessoas comparativamente com ao número de enfermeiros que constituem a equipa. O enfermeiro que se encontra na consulta de enfermagem é responsável por ver análises, confirmar as dosagens dos citostáticos dos doentes que se encontram a realizar quimioterapia endovenosa e encaminhar os doentes para a sala de quimioterapia. O ideal seria ter um enfermeiro de referência o qual seria apenas responsável pelo acompanhamento dos doentes submetidos a AO, de forma a permitir que os ensinamentos fossem efetuados com mais privacidade e com mais disponibilidade por parte do enfermeiro. Moody & Jackowski (2010), referem que é importante existirem enfermeiros de referência em oncologia, pois é uma forma de melhorar a segurança da pessoa e adesão ao regime terapêutico. Os mesmos autores acrescentam que estes enfermeiros podem ajudar as pessoas e seus cuidadores na compreensão da importância da adesão ao regime terapêutico, reconhecimento precoce de efeitos secundários e segurança no manuseamento e

armazenamento dos AO, promovendo o seu autocuidado.

Orem (2001), refere que a capacidade do indivíduo em autocuidar-se, depende do estadio de desenvolvimento dos mesmos e que esta é condicionada pelos seus estados de saúde, por fatores que influenciam a educação e pelas experiências de vida que permitem a aprendizagem.

Alguns dos colegas mencionaram, ainda, que é necessário melhorar as instalações, elaborar folhetos informativos para os doentes, formação em serviço, uniformizar a informação transmitida e melhorar os ensinamentos efetuados.

Relativamente à questão acerca dos assuntos que abordam com a pessoa submetida a AO na consulta de enfermagem de primeira vez e seguintes. Foi mencionado que na consulta de primeira vez, a maioria cerca de 88% realizam ensinamentos acerca dos efeitos secundários, 75% do esquema terapêutico dos AO, 38% questionam o doente se tem dúvidas/questões e apenas uma minoria de 13% abordam as normas circuito do HDO, interações alimentares e de medicamentos e cuidados no manuseamento dos AO. Já nas consultas seguintes, 75% dos elementos mencionam que abordam os efeitos secundários e 63% sentem necessidade de reforçar os ensinamentos, 38% esclarecem dúvidas, 13% falam da alimentação e 13% do modo de administração dos AO. Estes resultados indicam-nos que é dado mais ênfase aos ensinamentos acerca dos efeitos secundários do que a fatores tais como os acima supracitados que também devem ser incluídos nos ensinamentos, pois se não forem abordados poderão ser prejudiciais para a própria pessoa, dificultando a sua total capacitação. Estes resultados revelam que cada elemento realiza os ensinamentos consoante o que considera ser o mais importante, não havendo uma uniformidade nas intervenções de enfermagem nos elementos da equipa.

Para além deste facto, verificou-se durante a nossa prestação de cuidados à pessoa submetida a AO, no decorrer das consultas de seguimento de enfermagem que, mesmo após a realização dos ensinamentos, a pessoa continuava a não conseguir verbalizar o nome da sua terapêutica, nem mencionar os cuidados no manuseamento e armazenamento ou efeitos secundários. Desta forma, podemos assumir que existindo défice de conhecimento acerca da terapêutica, a pessoa não se encontra capacitada no autocuidado e que os enfermeiros devem intervir no sentido de minimizar o mesmo. Orem (2001), refere que o apoio é um método de ajuda que pode ser utilizado na capacitação da pessoa submetida a AO, ao

utilizarem este método os enfermeiros ajudam a pessoa a enfrentar situações desagradáveis ou situações, sentindo-se apoiada perante as mesmas. Desta forma, cabe aos enfermeiros, perceber quais os fatores que influenciam a capacitação da pessoa para o autocuidado e adequar a sua intervenção nos cuidados à pessoa.

Relativamente à questão acerca da eficácia dos ensinamentos realizados pelos elementos da equipa de enfermagem, ninguém considerou os seus ensinamentos eficazes, 37% consideram que os ensinamentos efetuados têm uma eficácia média e 63% consideram que não são eficazes. Analisando estes dados, considero que é fundamental recorrer às estratégias que nos permitam melhorar os ensinamentos que realizamos ao doente e compreender porque é que a nossa intervenção não é eficaz. Perante os resultados, tal como tinha sido reconhecido como necessário foram elaborados alguns folhetos informativos que facilitassem os ensinamentos às pessoas submetidas a AO. Para além deste facto, ancorando a evidência científica, sugeriu-se a criação de um posto de trabalho com um enfermeiro de referência para o seguimento de pessoas submetidas a estas terapêuticas. Como forma de melhorar a eficácia dos ensinamentos transmitidos, foi sugerida e desenvolvida como atividade o seguimento dos doentes através do *follow-up* telefónico, pois permitia reforçar os ensinamentos e esclarecer dúvidas que tivessem surgido.

Após a realização da sondagem de opinião foi realizada uma sessão de formação à equipa de enfermagem do HDO D (Apêndice XIII). Esta sessão teve como objetivo sensibilizar a equipa acerca da nossa prática junto da pessoa submetida a AO a qual contou com a participação de 80% dos elementos da equipa de enfermagem. Após terminar a sessão de formação, foi solicitada à equipa o preenchimento da avaliação da sessão de formação. Todos os elementos consideraram o tema pertinente e que esta contribuiu para o aumento de conhecimentos relativamente aos AO.

A apresentação do projeto foi importante, pois permitiu sensibilizar a equipa para a necessidade de melhorar a nossa prática. Acreditamos que melhorando a nossa intervenção nos cuidados ao doente submetido a AO conseguiremos melhorar o grau de satisfação dos clientes (OE, 2012), capacitando-os para o seu próprio autocuidado.

3.5. Implementar o documento orientador “Registo da intervenção de enfermagem” dos ensinamentos efetuados na consulta de enfermagem para uniformização das práticas de enfermagem.

Após realizar a sondagem de opinião, depois de refletir sobre a nossa prática de cuidados, foi visível que não existe uniformidade nos cuidados perante a pessoa submetida a AO. Como tal, pensou-se ser essencial criar um documento orientador (Apêndice XI) para ser utilizado nas consultas de enfermagem de modo a que todos os enfermeiros o usassem como ferramenta nos ensinamentos aos doentes submetidos aos AO. A elaboração deste foi baseada nas *guidelines* acerca da *chemotherapy administration safety standards including for the safe administration and management of oral chemotherapy* da ASCO/ONS (Neuss et al., 2013) que indicam quais os aspetos que devem ser abordados acerca dos AO, que permitem a capacitação da própria pessoa.

Considera-se fundamental que haja uniformidade na informação transmitida à pessoa, permitindo que todos as pessoas e cuidadores recebam a mesma informação acerca dos AO. Na nossa prática verifica-se, frequentemente, alguma disparidade nos ensinamentos realizados ao doente ou ausência de alguns ensinamentos essenciais, tais como as interações alimentares e cuidados no manuseamento dos AO. Assim, no sentido de uniformizar os ensinamentos, na primeira parte do documento, consta informação sobre o nome da terapêutica, dosagem, ciclo. Pois, estes são aspetos fundamentais que devem ser sempre confirmados em cada consulta de enfermagem. Nesse mesmo documento, existe uma lista dos aspetos a integrar nos ensinamentos baseados nas *guidelines* da ASCO/ONS (Neuss et al., 2013) sendo estes:

- Regime medicamentoso;
- Medidas de segurança relativamente ao manuseamento dos AO;
- Medidas de segurança relativamente à eliminação dos AO;
- Medidas de segurança relativamente ao armazenamento dos AO;
- Incentivar adesão ao regime medicamentoso/omissões do regime medicamentoso
- Interações alimentares e medicamentosas
- Gestão de sintomas.

Outro dos aspetos fundamentais é o envolvimento dos cuidadores nos

cuidados à pessoa submetida a AO. Verifica-se, muitas vezes, que estas terapêuticas são direcionadas a idosos com dificuldade na aprendizagem e na compreensão dos ensinamentos. Fatores como a idade, complexidade do regime terapêutico, tornam-se uma dificuldade para os mesmos na adesão aos AO (Kav et al., 2008).

Acredita-se que a uniformidade nos ensinamentos, será uma mais valia para a capacitação da pessoa, mas que é essencial envolver os cuidadores de forma a facilitar este processo. Esta ideia é suportada pelos autores Schneider et al. (2014) e LeFebvre & Felice (2016) que referem que os cuidadores desempenham um papel importante junto da pessoa submetida a AO. A OE (2012) refere que as intervenções de enfermagem são otimizadas quando toda a família/cuidadores é alvo dos cuidados. E, que a relação que se estabelece entre os enfermeiros e doente/cuidadores é fundamental, pois ajuda o doente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde.

Ao contrário do que acontece na administração da quimioterapia administrada via endovenosa, a quimioterapia oral é administrada no domicílio sem supervisão de profissionais de saúde o que por vezes causa alguma insegurança aos doentes pelo que consideramos que é fundamental a capacitação do doente e seus cuidadores na gestão dos AO (Gassman, Kolbe, Brenner, 2016; Vioral et al., 2014). No sentido de capacitar a pessoa submetida a antineoplásicos orais para o autocuidado, Orem (2001) refere que para ensinar os outros, os enfermeiros têm de perceber o que a pessoa precisa de saber e para isso deve ser considerado a experiência, o estilo de vida da pessoa e os hábitos da pessoa.

A MASCC elaborou uma ferramenta para ser utilizada nas pessoas submetidas a AO, nesta é apresentado um conjunto de questões que são essenciais na avaliação de conhecimentos da pessoa que é submetida a AO. É de fácil utilização, reconhecida internacionalmente como uma ferramenta útil para ser utilizada na investigação (Rittenberg, 2012). Ensinar a pessoa recorrendo à *MOATT* poderá produzir indicadores de resultados e acima de tudo benefício para as pessoas submetidas aos mesmos (Rittenberg, 2012).

Deste modo, faz sentido integrar no documento orientador dos ensinamentos à pessoa submetida a AO, um questionário acerca da Avaliação do conhecimento da pessoa para auto-administração de AO (Apêndice XIV) de acordo com a *MOATT*.

A aplicação deste questionário tem como objetivo avaliar os conhecimentos

da pessoa acerca dos ensinamentos efetuados pelos enfermeiros na consulta de primeira vez acerca dos AO e conferir se adquiriu os conhecimentos necessários que permitam a sua capacitação na gestão dos AO. Neste questionário, fez-nos sentido acrescentar algumas perguntas tendo em conta as recomendações da ASCO/ONS, sobre como ensinar a pessoa acerca dos possíveis efeitos secundários, cuidados no manuseamento dos AO e o que fazer em caso de omissão de uma dosagem. Assim, acreditamos ser necessário a detenção de conhecimentos acerca destes aspetos para a sua capacitação na gestão dos AO.

Ao longo do estágio no HDO D, durante as consultas de enfermagem foi aplicado o questionário a cerca de 40 utentes. Após aplicação do mesmo, verificou-se que algumas pessoas continuavam a não conseguir responder às questões realizadas pelos enfermeiros.

Analisando os resultados obtidos (Apêndice XV), verificamos que 50% das pessoas questionadas eram mulheres e 50% eram homens. Observamos que, as maiores dificuldades estavam relacionadas com o nome da terapêutica em que cerca de 59,4%, não responderam corretamente a esta questão. E, que 56,5% das pessoas, não conseguiram mencionar os efeitos secundários, nem as situações em que devem contactar os profissionais, apesar de estarem sob a terapêutica AO há mais de 6 meses. No entanto, constatamos que 79,7% das pessoas sabem quando deve tomar o AO, o que consideramos um aspeto muito positivo. Desta forma, estes resultados indicam-nos que, podemos melhorar a nossa intervenção, direcionando a nossa ação para as necessidades dos doentes promovendo a sua capacidade para o autocuidado, que Orem (2001), definiu como “*self-care agency*”, aquilo que a pessoa é capaz de fazer por si e para si própria. Este conceito está diretamente relacionado com a “ação de autocuidado” como as práticas ou atividades que as pessoas iniciam em benefício próprio (Orem, 2001). Ou seja, enquanto enfermeiros, ao cuidarmos destas pessoas, devemos ter uma atitude proactiva explorando os conhecimentos que o doente possui acerca da terapêutica que o mesmo se encontra a autoadministrar, promovendo a sua capacidade e ação para o autocuidado.

Consideramos que as maiores dificuldades sentidas pelos doentes questionados estavam associados à complexidade da nomenclatura da terapêutica e pelo facto da grande maioria dos doentes a quem foram aplicados os questionários serem idosos e apresentarem dificuldade na aprendizagem. Ainda relativamente ao questionário, observamos que o facto de não saberem mencionar os aspetos

secundários dos AO e conseqüentemente o reconhecimento de situações que devem recorrer aos profissionais de saúde, podem estar relacionada com os fatores mencionados anteriormente e pela quantidade de informação transmitida. Verificou-se que na consulta de primeira vez, o principal foco de atenção da pessoa é adquirir conhecimento acerca do esquema terapêutica, descurando os restantes aspetos. Assim, constatamos como estratégia recorrer a folhetos informativos e realização de *follow-up* telefónico para reforçar os ensinamentos realizados na primeira consulta.

Através destas estratégias, verificamos que todos os doentes obtiveram percentagens mais altas na segunda aplicação do questionário, em que oito deles conseguiram atingir o score de 100%, o que significa que existiu ganho de conhecimentos após a intervenção de enfermagem, o que podemos considerar como tendo sido um ganho em saúde. Como tal, cabe nos a nós enfermeiros continuar a investir na procura das melhores estratégias que permitam a capacitação dos doentes e seus cuidadores. Kav et al. (2008), refere que os enfermeiros em oncologia encontram-se numa posição privilegiada que lhes permitem oferecer suporte ao doente e sua família ao longo de todo este processo, proporcionando-lhes cuidados de qualidade. Outro dos aspetos fundamentais que está diretamente relacionado com a eficácia da terapêutica é a adesão a esta (Schneider et al., 2014). Durante a prestação de cuidados, aplicamos a escala de MAT (Anexo II) em simultâneo para avaliar a adesão terapêutica, dois dos utentes a quem tinham sido aplicados os questionários mencionaram que “não tinha tomado os comprimidos a hora certa (sic)” e outro mencionou que lhe “sobraram comprimidos não sabe quantos tomou(sic)”. Estas situações tal como refere o autor supracitado interferem na eficácia da terapêutica. Analisando os dados colhidos, durante a aplicação do questionário, concluímos que a percentagem de adesão destes doentes aos AO varia entre 88-100%, o que está em concordância com os autores Ruddy, Mayer, Partdrige (2009), que referem que a percentagem de adesão aos AO varia entre 20-100%. Consideramos, que a adesão terapêutica no HDO D obtida é positiva, no entanto acreditamos que é possível melhorá-la através da sua promoção e da identificação de fatores que possam interferir com a mesma, pois esta é uma área de intervenção fundamental na capacitação da pessoa submetida a AO.

No entanto, nem sempre é fácil monitorizar a adesão à terapêutica AO, pois nem sempre os doentes admitem se omitiram a terapêutica pelo que contagem dos invólucros da terapêutica para verificar omissões de tomas nem sempre é eficaz,

uma vez que por vezes os doentes desperdiçam alguns comprimidos para não serem considerados como não aderentes (Ruddy, Mayer & Partridge, 2009).

Cabe aos enfermeiros ajudarem os seus doentes a compreender a importância de aderirem ao tratamento para que o mesmo seja eficaz (Spolestra et al., 2013).

Por vezes, estes regimes terapêuticos complexos podem ser confusos para às pessoas e podem estar relacionados com o número de comprimidos ou combinação de diferentes AO (Winkeljohn, 2007b). Desta forma, é fundamental recorrer as estratégias tais como a utilização de calendários, caixas terapêuticas, lembretes tais como o uso de relógios ou alarme do telefone ou solicitar a ajuda de um amigo ou membro da família, que podem ajudar a pessoa a lembra-se de quando deve tomar a terapêutica (Spolestra et al., 2013).

Desta forma, considerou-se essencial integrar a MAT no documento orientador a fim de se conseguir perceber a adesão aos AO da população oncológica do HDO D.

Foi realizada uma segunda sessão de formação à equipa de enfermagem do HDO D (Apêndice XVI), de forma a apresentar o documento à equipa, tendo obtido uma participação de 80% da equipa. Este documento foi utilizado apenas por quatro elementos da equipa de enfermagem que foram mais receptivos ao preenchimento do mesmo. No entanto, verificou-se um esforço da equipa de enfermagem em uniformizar os ensinamentos relativamente aos AO, apesar de não registarem o mesmo no documento orientador.

Este foi considerado como útil e pertinente, no entanto, ainda não está a ser aplicado por toda a equipa de enfermagem. A equipa de enfermagem considera que só é possível utilizar estes documentos quando for possível separar os tratamentos endovenosos da terapêutica oral. Este facto é essencial, pois neste momento, devido à grande afluência do número de pessoas que se dirige à consulta de enfermagem de acolhimento, o tempo dispensado a cada uma das pessoas acaba por ser reduzido, podendo colocar em causa a qualidade dos cuidados pelo que urge a necessidade de elevar os padrões de qualidade dos cuidados.

Como tal, foi elaborado um projeto acerca da “Intervenção de enfermagem na pessoa submetida a AO” sugerido pela chefias de Enfermagem para o serviço, que justificasse a pertinência e aplicação do mesmo nos cuidados junto da pessoa submetida aos AO. Desta forma, acreditamos que será possível atingir cuidados de

excelência.

3.6. Capacitar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa submetida aos antineoplásicos orais.

Para capacitar quem cuidamos é fundamental os enfermeiros estarem capacitados para o fazer. LeFebrve & Felice (2016); Jacobson et al. (2012), referem que a transição de ambiente em que é administrada a quimioterapia reduziu a habilidade dos profissionais de saúde de assegurar que os AO sejam administrados de forma segura e correta. Desta forma, é necessário criar ferramentas que sirvam de apoio para os próprios enfermeiros para os tornar mais capacitados perante os doentes submetidos a AO. Neste sentido, foi elaborado um quadro com as drogas administradas via oral (19 no total) mais utilizadas no serviço de HDO D, uma vez que a equipa considerava ter dificuldade acerca da posologia e efeitos secundários (Apêndice XVII).

Após a apresentação dos documentos na sessão de formação II (Apêndice XVI) a equipa reconheceu a importância destes na capacitação da pessoa submetida a AO. Considera-se que esta sessão de formação no HDO D, com a apresentação dos documentos constituíram ferramentas importantes para a capacitação da equipa de enfermagem. Pois Orem (2001) refere que para os enfermeiros serem capazes de ensinar devem ter conhecimentos que lhes permitam transmitir conhecimentos às pessoas que assistem. Desta forma, esta sessão de formação teve como finalidade a apresentação de vários documentos que pudessem ser utilizados na nossa prática diária para capacitar a pessoa submetida a AO.

Na procura da uniformidade dos cuidados, foi elaborado uma norma de boas práticas das terapêuticas de antineoplásicos orais (Apêndice XVIII). Esta norma foi fundamental, pois vai permitir que a equipa de enfermagem, ao integrá-la na sua prática siga as recomendações das *guidelines* definidas pela ASCO/ONS, garantindo a concordância das intervenções dos enfermeiros perante a pessoa submetida a AO. A OE, acrescenta ainda que os guias de boas práticas de cuidados de enfermagem constituem um contributo importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012).

3.7. Implementar estratégias para a capacitação para o autocuidado na gestão dos antineoplásicos orais.

Os AO tem como finalidade diminuir o tumor, erradicar a doença e aumentar a esperança média de vida do doente oncológico (Schneider et al., 2014). Como tal, Zerillo et al., 2017), referem que é emergente desenvolver estratégias eficazes para que os AO sejam administrados e geridos de forma segura capacitando a pessoa submetida aos mesmos.

Os enfermeiros são elementos fundamentais na educação dos doentes. Necessitam de educar os doentes acerca dos esquemas terapêuticos, ajudá-los a gerir os efeitos secundários, incentivá-los a comunicar aos profissionais de saúde quando experimentam efeitos secundários e ajudarem os mesmos a compreender a importância da adesão à terapêutica para que ela seja eficaz (Spolestra et al., 2013). No entanto, como refere Orem (2001), para que seja possível educar é necessário que a pessoa esteja motivada e seja capaz de desempenhar ações a fim de promover o seu autocuidado.

Desta forma, considerou-se essencial a elaboração de folhetos informativos acerca de alguns dos antineoplásicos orais, tal como tinha sido realizado no estágio do HDO A. Relativamente ao estágio do HDO D, foi planeado para esta atividade, que seriam elaborados pelo menos dois folhetos informativos, tendo sido realizado cinco, sendo estes o do Erlotinib, Capecitabina, Palbociclib, Abiraterona, Trifluridina/Tipiracilo (Apêndices XIX, XX, XXI, XXII,XXIII). A seleção dos mesmos foi realizada de acordo com as terapêuticas AO mais utilizadas no HDO D. Moody & Jackowski (2010) referem que a utilização de panfletos que contenham a informação importante permitem ao doente obter a informação de forma rápida. Estes folhetos informativos foram reconhecidos pelos os enfermeiros do HDO D, como sendo uma mais valia na capacitação da pessoa submetida a AO. Isto porque tornam-se facilitadores na transmissão do ensinosa e permitem a consulta acerca da informação transmitida à pessoa e sua família no domicílio. Atualmente são distribuídos não só a todas as pessoas que iniciam terapêuticas AO mas também aqueles que apresentam algum défice de conhecimento acerca das mesmas. Apesar de não terem sido realizados folhetos informativos para todos os AO existentes, durante as consultas de enfermagem, como forma de facilitar os ensinosa, é fornecido suporte escrito com as especificidades de cada AO. Ao realizar os ensinosa acerca dos AO,

estes devem ser realizados de acordo com as necessidades e preferências da pessoa, atendendo a que a capacidade da mesma em recuperar o autocuidado é influenciada pela idade, estado de saúde, experiência de vida (Orem, 2001). A mesma autora refere que ensinar é um método válido de ajudar a pessoa que necessita de instruções para desenvolver conhecimentos ou competências (*idem*).

Relativamente ao documento orientador e à escala MAT foi possível aplicá-los a cerca de 40 doentes submetidos a AO superando o número expectável inicialmente. Conseguiu-se que quatro elementos da equipa de enfermagem do HDO D utilizassem a escala MAT assim como o documento orientador. Atualmente devido à falta de recursos humanos e tempo disponível, este não está a ser utilizado por todos os elementos da equipa como já foi referido. No entanto, é expectável que o projeto seja aprovado e que seja dada continuidade a utilização de todos os documentos elaborados.

Como estratégia foi encontrado um gabinete de enfermagem e planeado um enfermeiro de referência unicamente para às terapêuticas AO. Moody & Jackowski (2010) referem que é importante existirem enfermeiros de referência em oncologia, pois é uma forma de melhorar a segurança do doente e adesão ao regime terapêutico. Estes enfermeiros podem ajudar os doentes e seus cuidadores na compreensão da importância da adesão ao regime terapêutico, reconhecimento precoce de efeitos secundários e segurança no manuseamento e armazenamento dos AO (Moody & Jackowski, 2010). Somente em alguns dos dias, tem sido possível um único enfermeiro ficar destinado a prestar os cuidados apenas às pessoas submetidas a AO. Acreditamos que futuramente será criado este posto de trabalho.

A intervenção dos enfermeiros especialistas em oncologia deve ser focada no desenvolvimento estratégias que permitam aquisição de conhecimentos informando o doente acerca dos efeitos secundários que podem ocorrer, estratégias comportamentais envolvendo cuidadores ou familiares que relembrem o doente que deve tomar o AO e fornecer suporte afetivo, através de um *follow-up* telefónico semanal (Schneider et al., 2014), Pois, as consequências de uma gestão ineficaz de AO pode levar à progressão da doença ou consequências fatais por toxicidades (Yagasaki & Komatsu, 2013). Durante as consultas de enfermagem presenciais através da nossa observação e através do preenchimento do documento orientador, concluímos que a nossa maior intervenção foi ao nível dos ensinamentos acerca da especificidade do AO e na gestão de efeitos secundários. Nos doentes entrevistados

identificamos a presença de efeitos secundários tais como dor, síndrome palmo-plantar, neutropénia e náuseas, maioritariamente. No entanto, alguns referiram mucosite, diarreia, eritema/rash e diminuição de apetite. Através da nossa intervenção, recorrendo aos ensinamentos e terapêutica de suporte foi possível controlar a maioria dos efeitos secundários. O *follow-up* é importante, pois permite que sejam esclarecidas algumas dúvidas acerca do AO que a pessoa se encontra a autoadministrar. Desta forma, durante o estágio, foi possível realizar o *follow-up telefónico* a cerca de 30 doentes. Não foi possível realizar os *follow-up* aos restantes 10 doentes, uma vez que 5 deles alteram ou suspenderam a terapêutica, respetivamente 2 e 3. Os restantes 5 doentes, que já se encontravam sob as várias terapêuticas, foram contactados mas sem sucesso após várias tentativas. Como estratégia, voltamos a aplicar o questionário e a escala MAT na consulta presencial para validar os conhecimentos adquiridos.

Durante os *follow-up* telefónicos, verificou-se que, apesar de haver ganho de conhecimento, apenas 8 pessoas foram capazes de responder corretamente à totalidade das perguntas realizadas que constavam do questionário na segunda aplicação pelo que consideramos que podemos melhorar a nossa intervenção através de estratégias. Aproveitamos este momento para esclarecimento de dúvidas que detinham ou que foram identificadas. Um dos doentes durante o *follow-up* mencionou que este era importante, pois sentia-se mais amparado por poder esclarecer dúvidas com o enfermeiro que tinham surgido. Considero que a opinião das pessoas de quem cuidamos e sua satisfação é fundamental, pois permite-nos procurar elevar os seus níveis de satisfação procurando a excelência no nosso exercício profissional (OE, 2012). Após término do estágio, tem sido frequente o contacto de vários utentes com dúvidas acerca dos AO, no entanto não em sido feito nenhum registo acerca destes contactos. No entanto, considero importante que seja efetuado um registo, uma vez que poderemos assim perceber quais as necessidades da pessoa relativamente aos AO. Dado este facto, é fundamental a implementação do *follow-up* telefónico. Este constitui uma estratégia importante na capacitação da pessoa para o autocuidado na gestão de AO, uma vez que permite ao mesmo aumentar os seus conhecimentos, prevenir alguns efeitos secundários e capacitá-lo para identificar situações em que seja necessário um profissional de saúde.

Os enfermeiros têm um papel imprescindível na educação do paciente e

suporte e que apenas quando o doente e os profissionais de saúde sabem qual a melhor maneira de gerir as práticas pode haver diminuição de toxicidades e melhoria de resultados (Harrold, 2010). Durante a realização do estágio, solicitou-se a colaboração da equipa para que fosse feito um registo das pessoas que recorriam à consulta não programada durante as 6 semanas de estágio. Verificou-se que vieram à consulta 17 pessoas por toxicidades de grau III e IV, e cerca de 23% foram internadas. Sabe-se que os AO possuem efeitos secundários, no entanto alguns destes seriam possíveis de prevenir. Nestas consultas, verificou-se que toxicidades como a diarreia tinham evoluído para grau III e IV por a pessoa desconhecer que poderia preveni-las com terapêutica de suporte. Nem sempre é possível prevenir os efeitos secundários, no entanto, em alguns dos casos, estes poderiam ter sido evitados se a pessoa tivesse o conhecimento necessário para o seu autocuidado relativamente aos efeitos das terapêuticas AO. Acreditamos que, na procura de cuidados de excelência, ao recorrer-se a estas estratégias, será possível diminuir a ocorrência de toxicidades graves melhorando a qualidade de vida do doente oncológico e sua família.

4. AVALIAÇÃO

Ruivo et al. (2010), referem que “o processo de avaliação do projeto é bastante complexo e implica a consideração de várias vertentes de análise e reflexão”.

Desta forma, é fundamental analisar e refletir sobre o percurso desenvolvido ao longo da construção deste projeto, sobre os pontos fortes e fracos na implementação do mesmo, sobre os contributos que foram sendo adquiridos para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista.

Tudo o que constitui o projeto desde o planeamento, execução das tarefas, atividades realizadas ao longo dos estágios, foram acompanhados e orientados pela Professora Orientadora da ESEL, em conjunto com os enfermeiros orientadores que foram contribuindo para o desenvolvimento do projeto. Em cada estágio foi feita uma avaliação num documento próprio da ESEL para o efeito (Anexo III).

4.1. Reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica

Baseado no modelo de Dreyfus aplicado aos cuidados de enfermagem de aquisição e de desenvolvimento de competências, o enfermeiro ao passar por vários níveis de proficiência integra conhecimentos e adquire competências, que lhe permite alcançar o desenvolvimento profissional de Enfermeiro Perito (Benner, 2001).

Neste sentido, consideramos que os locais de estágio permitiram a aquisição de conhecimentos e novas experiências, que possibilitaram o desenvolvimento de competências, contribuindo para o desenvolvimento profissional enquanto enfermeiro especialista.

A Ordem dos Enfermeiros (2010), no regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, definiu como:

especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento

clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competência especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2010, p. 2).

Este projeto surgiu após analisar e refletir sobre a prática perante a pessoa submetida a AO no serviço de HDO D. Este projeto permitiu o desenvolvimento de competências pelo que foram integradas as competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa e da *European Oncology Nursing Society*. Segundo o decreto de lei nº 74/2006 de 24 de Março, pretende-se, ainda, que ao desenvolver este projeto, sejam adquiridas competências que permitam a obtenção do grau de mestre em enfermagem.

Neste sentido, é importante refletir como foram desenvolvidas estas competências ao longo deste percurso pelo que cada uma delas será espelhada e analisada.

4.1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista

Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios consideradas competências comuns, sendo estas da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e das aprendizagens sociais (OE, 2010).

Relativamente ao **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, ao longo deste projeto, todas as tomadas de decisão foram realizadas em parceria com a pessoa, tendo sempre o cuidado de utilizar um juízo baseado na evidência científica na experiência e no código deontológico dos enfermeiros. Procurou-se encontrar as respostas mais adequadas perante as várias situações envolvendo outros elementos da equipa e quando necessário elementos da equipa multidisciplinar. Após a tomada de decisão, avaliaram-se os resultados das ações da mesma, procurando promover o desenvolvimento da prática especializada. Na fase de implementação do projeto, foi possível constatar que alguns dos doentes não sabiam o nome do AO a que estava submetido. O nome dos AO nem sempre é de fácil compreensão para as pessoas e familiares. Neste sentido, foram encontradas estratégias com as mesmas de forma a fomentar este conhecimento, como por exemplo escrevendo o nome da terapêutica para que os tivessem sempre consigo aconselhando-os a manter o folheto informativo junto aos seus documentos

peçoais e alertando-as acerca da importância de saber o nome da terapêutica em qualquer situação que fosse necessário recorrer aos cuidados de saúde. Em conjunto com a equipa foi refletida a importância da pessoa/cuidador conseguir verbalizar, indicar ou conhecer o AO a que estava submetida, tendo havido um esforço comum de todos os elementos em certificar-se que o doente ou cuidador sabiam o nome da terapêutica, pois este aspeto é importante na capacitação do mesmo na gestão de AO.

Na prestação de cuidados ao doente oncológico foi possível observar que cada pessoa é um ser único e individual pelo que, na nossa prática foram sempre respeitados os valores, costumes, crenças espirituais e praticas específicas dos indivíduos.

Durante os ensinios à pessoa submetida a AO, foi possível identificar práticas de risco como o manuseamento não adequado dos AO. Nesse sentido, foi necessário orientar o doente acerca de medidas adequadas no manuseamento dos mesmos. E, foi assumida uma postura preventiva, alertando os doentes acerca deste aspeto imediatamente antes de iniciar o AO.

Relativamente **ao domínio da melhoria da qualidade**, este projeto surgiu após identificar a situação-problema e reconhecida a necessidade da implementação deste. Deste modo, desencadeamos o seu planeamento recorrendo a várias estratégias e definimos metas para a sua implementação promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados.

A elaboração e implementação do mesmo permitiu conceber, gerir e colaborar num projeto que visa a melhoria da qualidade dos cuidados. De modo a promover a sua melhoria, procurou-se analisar e rever as nossas práticas, avaliando a qualidade destas, recorrendo à melhor evidência científica existente acerca da temática. Durante este percurso foi necessário planear de forma a identificar oportunidades, estabelecer prioridades e selecionar estratégias que promovessem a melhoria da qualidade. Neste sentido, sendo urgente a criação de uma consulta de enfermagem apenas direcionada às pessoas submetidas aos AO, foi proposto a implementação desta às chefias de enfermagem e diretora clínica, que aprovaram a sua implementação aguardando-se à aprovação da direção de enfermagem.

A elaboração de guias orientadores de boas práticas são fundamentais para promover a melhoria contínua dos cuidados (OE, 2012). Como tal, foi elaborada uma norma no sentido de promover a uniformidade dos cuidados na pessoa submetida a

AO, a adotar por todos os elementos da equipa de enfermagem (Apêndice XVIII).

Em todos os locais de estágio, foram deixados contributos como sessões de formação acerca das terapêuticas AO (Apêndice VII), que contribuíram para o aumento de conhecimento da equipa de enfermagem e conseqüentemente para a melhoria da qualidade dos cuidados. Relativamente ao HDO B, foi elaborada uma norma acerca do *follow-up* telefónico (Apêndice XIII) que visa um acompanhamento dos doentes submetidos a AO, melhorando a qualidade dos cuidados.

Os cuidados prestados foram centrados na pessoa, promovendo a sua autonomia na gestão dos AO. Na prestação de cuidados, procurou-se ter uma atitude proactiva que promovesse a capacitação da própria pessoa no seu autocuidado relativamente às terapêuticas AO. Para isso, foi criado e mantido um ambiente terapêutico e seguro que garantisse a efetividade terapêutica e prevenisse a ocorrência de incidentes que colocassem em risco o bem-estar do doente.

Relativamente ao **domínio da gestão dos cuidados**, no HDO D, os cuidados foram geridos no sentido de otimizar o processo de cuidados, disponibilizando assessoria a cuidados especializados à equipa de enfermagem. Considero que houve melhoria no processo de cuidar relativamente à pessoa submetida a AO, com a disponibilização de instrumentos de suporte como o quadro das terapêuticas AO (Apêndice XVII) que tem sido considerada uma mais valia pela equipa e utilizado nas consultas de enfermagem. Este quadro facilitou o ganho de conhecimentos dos enfermeiros relativamente aos AO, por ser de fácil utilização e por conter a informação útil e necessária durante os ensinamentos, potenciando a capacitação dos enfermeiros. Sempre que se verificavam situações como as toxicidades associadas aos AO, e que estas requeressem avaliação de outros profissionais de saúde, os doentes eram referenciados para os mesmos.

Através da elaboração do documento orientador (Apêndice XI) e após demonstração prática da sua utilização baseado nas *guidelines* da ASCO/ONS, a equipa foi orientada no sentido de uniformizar a nossa prática relativamente aos AO, verificando-se um esforço conjunto de todos os elementos em melhorar a prática, garantindo a segurança e qualidade dos cuidados.

No último ano, tem sido visível a escassez de recursos humanos assim como recursos organizacionais. Como tal, como já foi referido foi sugerido à direção de enfermagem a implementação do projeto no HDO D, criando uma consulta de enfermagem destinada unicamente às terapêuticas AO, no sentido de otimizar o

trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. Pois, diariamente deparamo-nos com dificuldade em gerir o número elevado de doentes resultando em escassez de tempo que passamos com cada doente. Como já constatamos através dos questionários aplicados aos doentes e durante a nossa experiência profissional, as pessoas continuam a demonstrar dificuldade em assimilar os conhecimentos transmitidos na consulta de enfermagem influenciando a sua capacitação para o autocuidado na gestão de AO. Esta conclusão é reconhecida pela a equipa de enfermagem que considera que é emergente a criação de uma consulta de enfermagem destinada unicamente às pessoas com AO.

Considero que esta equipa é constituída por elementos com uma diversidade de experiências e conhecimentos, em que todos os elementos são indispensáveis pelos papéis e funções que desempenham, trazendo contributos distintos na área da oncologia. Pelo que considero que por estes aspetos foi criado um ambiente positivo e favorável ao desenvolvimento da prática.

Após reconhecer a necessidade de adaptar as nossas práticas, a equipa está motivada para a existência de uma consulta de enfermagem destinada apenas aos AO, assim como a implementação do *follow-up* telefónico no sentido de beneficiar os clientes e obter maior satisfação dos mesmos. A insatisfação por parte das pessoas submetidas a AO resume-se essencialmente no tempo de espera para a consulta de enfermagem, mencionado pelos doentes diariamente nas consultas de enfermagem. Apesar de existir um esforço por parte da equipa, no sentido de minimizar o tempo de espera, as estratégias adotadas, tais como solicitar a pessoa que faça a colheita de análises no dia anterior, não tem sido eficazes face ao número de doentes que se dirigem diariamente ao HDO D. Muitas das pessoas, tem necessidade de contactar o serviço com dúvidas acerca dos AO. Este é um fator importante que poderá indicar que apesar de terem sido realizados os ensinamentos, estes não foram suficientemente eficazes para a pessoa/cuidado. Desta forma, a equipa reconhece a importância de aplicar estratégias, tais como minimizar o tempo de espera agendando as pessoas por horas e implementar o *follow-up telefónico* para um melhor desempenho na capacitação da pessoa e aumento da sua satisfação relativamente aos cuidados.

Relativamente **ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** foi desenvolvido o autoconhecimento pessoal e profissional. A tomada de decisão foi sempre analisada e refletida, atendendo à evidência científica encontrada. A elaboração da *Revisão Scoping* (Apêndice III) foi essencial pois

proporcionou o desenvolvimento do autoconhecimento acerca da temática permitindo uma prática baseada na evidência.

Ao longo dos estágios foram elaboradas sessões de formação, no HDO A foi realizada uma “Sessão acerca das terapêuticas AO” (Apêndice VII), potenciando os conhecimentos da equipa de enfermagem em relação às terapêuticas AO mais utilizadas.

No HDO D, foram realizadas duas sessões de formação que se consideram serem essenciais; foi realizada uma inicial para sensibilizar a equipa acerca da importância de modificarmos as nossas práticas (Apêndice XIII) e a seguinte para divulgação dos resultados da sondagem de opinião e documentos orientadores (Apêndice XVI) que permitiram identificar lacunas de conhecimentos e melhorar os mesmos de forma a contribuir para o desenvolvimento da prática clínica especializada.

Ao longo dos estágios, da partilha desenvolvida com as equipas de enfermagem e enfermeiros peritos, foi possível obter contributos de cada um dos locais. Os conhecimentos adquiridos foram partilhados com a equipa de enfermagem aplicando-os na prática, mantendo como preocupação a qualidade dos cuidados e segurança do doente.

4.1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em situação crónica e paliativa e *European Oncology Nursing Society (EONS)* e as competências do 2º ciclo previstas para obtenção do grau de mestre.

A OE (2011, p.3), definiu como competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em situação crónica e paliativa, “o cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”.

Ao longo dos estágios, durante a prestação de cuidados especializados à pessoa submetida a AO e sua família, foi possível identificar as necessidades dos mesmos. Orem (2001), refere que quando as necessidades terapêuticas dos indivíduos são superiores à capacidade do indivíduo em auto cuidar-se é necessário a intervenção do enfermeiro.

A pessoa submetida a AO experiencia muitas vezes toxicidades associadas

ao tratamento com AO, neste sentido durante a prestação de cuidados ao doente oncológico, foram identificados sintomas descontrolados, os mesmos foram classificados recorrendo à *CTCAE V.5.0*. (NCI, 2017) .

Perante a presença de efeitos secundários, procurou-se adequar as nossas intervenções da melhor forma utilizando conhecimento científico, trabalhando em equipa ou recorrendo à equipa multidisciplinar quando necessário. Durante os estágios, nomeadamente no HDO A e HDO D, foi possível reconhecer situações de agudização através da consulta presencial e *follow-up* telefónico atuando atempadamente nessas situações de forma a minimizar o possível agravamento dos sintomas. No controlo de sintomas, foram adotadas medidas farmacológicas e não farmacológicas. Procurou-se durante a prestação de cuidados, planear intervenções adequadas de acordo com as necessidades de cada pessoa individualmente, preservando sempre a sua dignidade.

A doença oncológica é uma doença crónica e, na maior parte das vezes, incapacitante. Como tal, o estabelecimento de parcerias com os cuidadores e familiares no envolvimento dos cuidados é fundamental, pois estes poderão fornecer informações que facilitem a identificação de necessidades do indivíduo. O apoio dos cuidadores é essencial, principalmente quando o mesmo se encontra no domicílio submetido aos AO, pois esta parceria permitirá construir um plano de intervenção mais adequado às necessidades de cada pessoa, maximizando a sua qualidade de vida.

O estabelecimento de uma relação terapêutica com pessoas com doença oncológica é imprescindível nomeadamente nas terapêuticas AO. Orem (2001), refere que a teoria dos sistemas de enfermagem é utilizada quando as necessidades da pessoa se tornam superiores a sua capacidade de auto cuidar-se, sendo necessário estabelecer uma relação entre a pessoa e enfermeiro. A eficácia do tratamento encontra-se relacionada com a adesão ao mesmo. Como tal, é essencial promover uma parceria terapêutica não só com o indivíduo, mas também com a família e cuidadores. Orem (2001), refere que é através da construção dessa parceria que são identificadas as necessidades da pessoa e definidas as ações e tipo de intervenções necessárias para a capacitação dos mesmos para o autocuidado na gestão dos AO.

Como tivemos oportunidade de verificar, durante os estágios e ao longo da experiência profissional, deparamo-nos com pessoas com capacidades de

aprendizagens diferentes. Como tal, ao realizar ensinamentos acerca dos AO durante a prestação de cuidados foi sempre respeitada a singularidade e autonomia de cada um, apoiando o doente e cuidadores sempre que necessário, procurando intervir de acordo com as suas necessidades.

A adesão aos AO exige que o doente e sua família atuem de acordo com as instruções indicadas pelos enfermeiros acerca da gestão de AO, como tal é essencial negociar objetivos e metas com os mesmos, utilizando ferramentas tais como os guias terapêuticos (Apêndice XIX, XX, XXI, XXII, XXIII) a fim de apoiar, motivar e ajudar a pessoa cuidadores e familiares no ganho de conhecimentos acerca dos AO, promovendo a sua capacitação nestas terapêuticas.

Os enfermeiros têm um papel fundamental no tratamento da doença oncológica, na transmissão de informação ao doente, na gestão de sintomas e no suporte do mesmo (EONS, 2013). A EONS (2013) defende que os enfermeiros que trabalham em oncologia devem desenvolver as seguintes competências ao cuidar de doentes oncológicos adultos. Mais afirmam que, os cuidados ao doente oncológico têm sido cada vez mais exigentes devido à complexidade dos tratamentos oncológicos, o que requer que os enfermeiros que trabalham em oncologia possuam cada vez mais competências e juízo crítico na tomada de decisões (EONS, 2013).

O aumento de tratamentos em regime ambulatorio, assim como das terapêuticas AO, modificaram os cuidados ao doente oncológico limitando a ação do enfermeiro especialista (EONS, 2013). Desta forma, é necessário que o mesmo desenvolva estratégias que lhe permita assegurar os cuidados especializados mesmo quando o doente se encontra no domicílio.

Relativamente às competências de enfermagem na gestão de tratamento de doentes oncológicos (EONS, 2013), no cuidar do doente foi demonstrada uma atitude holística, tolerante, sem juízo de valores, promovendo os direitos, crenças e desejos individuais do doente com doença oncológica e sua família. Procurou-se nas consultas de enfermagem e através dos *follow-up* telefónicos ter uma atitude proactiva, de forma a detetar sinais e efeitos secundários associados aos AO, utilizando, para isso, um juízo crítico e os conhecimentos adquiridos na evidência científica. Desta forma, a procura de manter a segurança na administração dos AO foi constante ao longo do tempo assim como o planeamento de intervenções que permitissem gerir os efeitos secundários associados aos mesmos.

Os tratamentos AO responsabilizaram o próprio do doente para a gestão do tratamento como tal, procurou-se trabalhar em parceria com o doente na gestão deste, prestando cuidados individualizados de acordo com as necessidades e preferências da pessoa (Orem, 2001). Esta parceria deve ser estendida ao doente e sua família, não só durante as consultas de enfermagem mas também no domicílio, utilizando recursos como o *follow-up* telefónico.

Relativamente à interação e informação à pessoa com doença oncológica, procurou-se transmitir sempre a informação necessário para o capacitar para o autocuidado. Ao longo dos estágios, considero que a comunicação eficaz entre os elementos das equipas foi essencial para o benefício da pessoa e sua família.

Relativamente à evidência científica baseada e aplicada nos cuidados, considero que através desta foi possível desenvolver competências que permitiram adequar as intervenções de acordo com as necessidades do doente utilizando um pensamento crítico. Permitiram conhecer e aplicar as *guidelines* acerca dos AO essenciais para manter a elevada qualidade dos cuidados. A evidência científica encontrada acerca dos AO e da intervenção de enfermagem na pessoa submetida a AO, possibilitou-nos o desenvolvimento de um conhecimento especializado contribuindo para o desenvolvimento de políticas e práticas de enfermagem no HDO D. Este facto permitiu sensibilizar a equipa para à necessidade de modificar práticas e tornar possível a implementação deste projeto, que visa a melhoria da qualidade dos cuidados na pessoa submetida a AO.

Relativamente às competências do grau de mestre (Decreto-lei 74/2006), foram desenvolvidos conhecimentos e compreensão mais aprofundados acerca dos AO, principalmente com a elaboração da revisão *scoping*; foi desenvolvida a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, através de reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais; foi demonstrada a capacidade de comunicar as várias equipas e de evidenciar a necessidade de melhorar a prática, foram comunicadas conclusões através de dados obtidos na prática de cuidados, tendo sido partilhados os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes.

A elaboração deste projeto e tudo o que está adjacente ao mesmo constitui uma grande aprendizagem de modo auto-orientado e autónomo, contribuindo para o desenvolvimento pessoal e profissional.

4.2. Questões éticas

A enfermagem tem evoluído quer ao nível da formação de base, quer no respeito à complexidade e dignificação do seu exercício profissional (Decreto-lei nº161/96, de 04 de Setembro de 1996, p. 2959).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, "no exercício das suas funções, os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos" (Decreto-lei nº161/96, de 04 de Setembro de 1996, artigo 8º, p. 2961).

Como tal, ao longo de todos os estágios e na prática profissional durante a prestação de cuidados a pessoa submetida a AO, agimos em prol do benefício dos mesmos, respeitando os seus valores, crenças e preferências, desmitificando crenças erróneas acerca dos AO e respeitando decisões tal como suspender o tratamento, tendo em conta os melhores interesses de cada um, não causando dano a ninguém (Princípio da beneficência e não-maleficência). Agimos de acordo com as preferências de cada pessoa considerando que "a pessoa é capaz de decidir por si mesma" pelo que tivemos sempre em conta o princípio do respeito pela autonomia ao respeitar a liberdade de ação com que cada pessoa escolhe (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Tendo em conta que cada pessoa é um ser individual, a nossa prática foi isenta de "juízos de valor sobre o comportamento da pessoa" e cuidamos "da pessoa sem qualquer discriminação" de forma equitativa, tal como define o Código deontológico (CD) (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, p. 8079) no Artigo 102º alínea e) e a), respetivamente e o princípio de justiça (Nunes et al, 2005).

Na procura da excelência do exercício, artigo 109º a), procuramos "analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude". Como tal, este projeto surgiu a fim de promover a melhoria dos cuidados junto das pessoas submetidas AO. Assim, procurou-se ao identificar as necessidades da pessoa e sua família, delinear intervenções adequadas às mesmas recorrendo a "adequados conhecimentos científicos e técnicos (...) adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem" tal como é definido no CD (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, p. 8078), artigo nº 97, alínea a) na procura de cuidados de excelência.

Ao cuidar da pessoa submetida a AO, artigo 105º c), respeitamos,

defendemos e promovemos o direito da pessoa ao consentimento informado CD (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, p. 8079). Ou seja, na nossa prática tivemos sempre a preocupação de promover o autocuidado da pessoa, na realização dos ensinamentos acerca dos AO, envolvendo a própria assim como a sua família, tal como preconizado pelo REPE artigo 9º, nº 4. Acreditamos no benefício do estabelecimento de uma relação de parceria, não só com a pessoa mas também com os seus cuidadores pelo que procuramos criar uma relação de “confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupo e comunidade” no cuidado à pessoa submetida a AO (Decreto-lei nº 161/96, de 04 de Setembro de 1996, p. 2961).

No decorrer dos estágios, foram cumpridas as necessidades de autorização interinstitucionais. Foi sempre guardado “segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão (...) tal como definido no artigo 106º nº 1 do CD (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro de 2015, p. 8079), toda a informação recolhida foi a) (...) considerada confidencial (...), tendo sido sempre mantida a privacidade, confidencialidade e privacidade do utente: por vezes, ao longo da nossa prática foi necessário partilhar alguma informação com outros elementos da equipa multidisciplinar para discussão de algumas situações, tal como a incapacidade para realizar AO por parte de alguns doentes ou re-encaminhar algumas situações para outros profissionais, no entanto, apenas foi (...) partilhada a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico (alínea b) (...); Como já foi mencionado foram recolhidos alguns dados necessários à elaboração do projeto mas em todos os casos foi (...) mantido o anonimato sempre que o seu caso for usado situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade dos cuidados” (alínea d), tendo sido obtido consentimento verbal por todos os doentes e explicado o objetivo da recolha dos dados.

Neste desiderato, considera-se que foram aplicados na prática o código deontológico e as leis que regem o exercício da profissão de enfermagem.

4.3. Pontos fortes e pontos fracos da implementação do projeto

Ao chegar ao final deste percurso é necessário refletir, não só acerca das oportunidades e contributos que contribuíram para o desenvolvimento do mesmo mas, também, acerca dos fatores que se revelaram como sendo obstáculos.

A implementação de um projeto é um verdadeiro desafio. Desta forma, desenvolvemos estratégias para dar resposta às dificuldades que foram surgindo ao

longo do mesmo, transformando as forças e as oportunidades em alicerces para o desenvolvimento do projeto.

Como aspetos positivos, destacamos a elaboração da revisão *scoping* que promoveu a aquisição de conhecimentos acerca da melhor evidência científica desta temática.

Consideramos que os estágios foram recheados de oportunidades, nomeadamente no HDO A, em que tivemos oportunidade de prestar cuidados a cerca de 10 pessoas, realizando consulta de primeira vez aos mesmos, de desenvolver *follow-up* telefónicos e perceber a sua importante utilidade. Avaliamos a construção da revisão *scoping* e a elaboração de guias terapêuticos, assim como a partilha de conhecimentos, por parte da enfermeira orientadora que se disponibilizou demonstrou sempre e dos restantes elementos da equipa de enfermagem, como aspetos importantes para aquisição de novas aprendizagens relativamente aos AO. Sendo estas principalmente, o *follow-up* telefónico por nos ter despertado para a sua importância na capacitação da pessoa submetida a AO, a revisão *scoping* por nos permitir aprofundar conhecimentos e aplicá-los na prática, a utilização de guias terapêuticos por permitirem que as pessoas os consultem de forma autónoma no domicílio e os quais consideramos como sendo um instrumento imprescindível na educação da pessoa submetida a estas terapêuticas.

Considero a existência dos vários enfermeiros peritos no serviço de HDO B como tendo sido um contributo positivo para desenvolvimento e obtenção de competências pela partilha de saberes ao longo do estágio e da enfermeira orientadora que, apesar de se ter tido que ausentar do serviço, manteve-se envolvida e disponível para colaborar através do email ou presencial.

Relativamente ao HDO C, considero que foi importante a realização deste estágio pelo facto de ser uma equipa muito experiente com enfermeiros peritos que proporcionaram momentos de partilha, de conhecimentos e experiências ao longo do estágio.

Relativamente ao HDO D, tenho de enaltecer o contributo e empenho da equipa de enfermagem relativamente a implementação deste projeto, contrariando o receio inicial do mesmo não ser aceite e valorizado pela equipa. Consideramo-nos satisfeitos pela valorização e reconhecimento do projeto por parte da equipa de enfermagem, bem como da equipa multidisciplinar, pelo que acreditamos plenamente na sua continuidade.

Relativamente às dificuldades de implementação do projeto, consideramos a necessidade de interromper o estágio do HDO B, uma contabilidade. Apesar de terem sido realizadas as horas de estágio necessárias, limitou algumas oportunidades de aprendizagem na aplicação dos instrumentos criados, tal como a norma elaborada com a Enfermeira Orientadora e orientação da Professora Orientadora acerca *follow-up* telefónico que poderia ter sido testado e avaliada a sua aplicabilidade no serviço HDO B, se tivéssemos tido a possibilidade de manter o planeado. No entanto, por indisponibilidade da nossa parte de alterar as datas do estágio para outra altura, contornou-se esta situação com a realização do estágio no HDO C, em que a equipa de enfermagem foi extremamente receptiva em aceitar o projeto, assim como na sua disponibilidade incondicional ao longo do estágio.

Durante este mesmo estágio, apesar de terem sido atingidos o número de oportunidades estabelecidas no contato com a pessoa submetida a AO, considero que este número foi escasso pelo facto do número de doentes submetidos a AO ter sido menor no período do estágio.

Relativamente ao estágio desenvolvido no serviço HDO D, entendemos que, devido à falta de recursos humanos e respetiva necessidade de acumular postos de trabalho, foi difícil estar sempre na consulta de acolhimento que permitia prestar cuidados especializados à pessoa submetida a AO. No entanto, este aspeto foi contornado realizando consultas de enfermagem estendendo o horário, possibilitando assim a oportunidade de dar continuidade as atividades previstas para este local de estágio, nomeadamente a aplicação dos instrumentos criados, disponibilizando suporte às pessoas submetidas a estas terapêuticas e realizando o *follow-up* telefónico conforme planeado.

Nesse mesmo contexto, considera-se que a escassez de um espaço físico, para a realização das consultas de enfermagem destinado unicamente para as pessoas submetidas a AO foi um obstáculo no desenvolvimento do projeto. No entanto, neste momento após aprovação da chefia, aguarda-se autorização da direção de enfermagem para construção de um gabinete de enfermagem.

Ainda no decorrer do estágio, foi falado com a equipa e chefia de enfermagem da necessidade de informatizar os registos para a validação dos mesmos, tal como é preconizado pela OE, para a uniformização e evitar a duplicação destes. No entanto, no tempo de estágio que decorreu não foi possível concretizar esta ação. Apesar disso, planeou-se que será dada continuidade a esta

atividade.

Apesar das dificuldades encontradas, considero que os aspetos positivos e oportunidades para a implementação do projeto ultrapassam os obstáculos encontrados. Consideramos os contributos dos estágios e todo o percurso académico como tendo sido a mais-valia deste projeto devido as oportunidades encontradas nos mesmos.

4.4. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem

A Direção Geral de Saúde (DGS, 2015), no plano nacional de saúde 2012-2020, mencionou que a melhoria no sistema de saúde é um imperativo moral porque contribui para a melhoria da equidade e do acesso aos cuidados de saúde em tempo útil, da segurança e da adequação com que esses cuidados são prestados.

A qualidade em saúde faz parte dos quatro eixos estratégicos deste plano, cuja ação é a de obter ganhos em saúde, fazendo apelo aos profissionais para assegurarem a melhoria contínua da qualidade da sua intervenção como uma forma de promover a qualidade e garantir que os progressos científicos sejam integrados e implementados de forma sistemática e generalizada (DGS, 2015).

A OMS tem reconhecido a necessidade de implementação de sistemas de qualidade (OE, 2012). Neste sentido, a OE tem assumido um papel fundamental na definição dos padrões de qualidade na profissão de enfermagem.

A OE (2012, p. 6) refere, ainda, que a “qualidade em saúde não se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros nem o exercício dos enfermeiros pode ser negligenciado nos esforços para obter ganhos em saúde”. E, que às instituições de saúde compete adequar recursos e criar estruturas, proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros, satisfazendo as suas necessidades favorecendo o empenhamento dos mesmos em prol da qualidade (OE, 2012).

Neste sentido, a OE definiu seis enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, sendo estes a satisfação dos doentes, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem estar, o autocuidado dos clientes, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem.

Este projeto visa a melhoria da qualidade dos cuidados, procurando

constantemente a satisfação dos seus clientes. Desta forma, foi mantido o respeito pelas capacidades, crenças, valores e desejos individuais do cliente submetido a AO. Em algumas situações foi necessário desmistificar crenças acerca dos AO, no entanto, este foi sempre realizado no sentido de prestar maior esclarecimento ao mesmo, promovendo a sua autonomia na tomada de decisão.

Em todos os momentos, foi demonstrada uma atitude empática com o doente e cuidadores, que foi facilitadora para o estabelecimento de parcerias com os mesmos, envolvendo-os nos cuidados e promovendo desta forma o autocuidado na gestão dos AO.

O diagnóstico de uma doença oncológica, assim como o início do tratamento com terapêuticas orais, causam mudanças na vida das pessoas e cuidadores. Neste sentido, foi providenciado todo o apoio ao longo destas fases de transição para minimizar o impacto negativo destas situações agilizando a adaptação dos doentes e família a todo este processo.

Outro dos enunciados descritos pela OE são a promoção da saúde, na qual o enfermeiro procura ajudar os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde (OE, 2012). Neste encadeamento, procurou-se identificar a situação de saúde dos doentes, articulando os cuidados com a equipa multidisciplinar quando necessário. Na procura da capacitação do doente, as pessoas submetidas a AO foram incentivadas a ter um estilo de vida saudável essencial ao seu bem-estar, procurando-se delinear planos individuais a cada ser de forma a facilitar a sua adaptação aos processos de vida (Orem, 2001).

Toda os ensinamentos realizados à pessoa submetida a AO foram realizados com a finalidade de diminuir o défice de conhecimentos do doente relativamente à gestão das terapêuticas orais promovendo a sua capacitação para o autocuidado.

Como já foi referido, os AO como todos os fármacos, não são isentos de efeitos secundários que resultam em complicações para o próprio doente, como tal o enfermeiro deve “prevenir complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2012, p. 15). Desta forma, a consulta de enfermagem relativamente aos AO revelou-se como sendo fundamental, pois como foi observado durante o estágio a mesma permite aos enfermeiros identificarem atempadamente sintomas derivados dos AO e prevenir complicações. Perante os mesmos, os enfermeiros devem intervir adequadamente de acordo com as suas competências e conhecimentos baseados na evidência científica, assumindo responsabilidade nas tomadas de decisão e atos

que praticam. Alguns efeitos secundários não foram possíveis de controlar devido à sua gravidade, pelo que sempre que foi necessário, recorreu-se a outros profissionais nomeadamente ao médico assistente, no sentido de minimizar as complicações associadas aos mesmos.

Ao identificar estas situações, deparamo-nos com situações em que, por complicações ou défice de conhecimentos associados aos AO, ocorriam défice do próprio autocuidado da pessoa submetida a AO.

Desta forma, tal como, refere Orem (2001), procurou-se minimizar o défice do autocuidado através das intervenções de enfermagem sempre que necessário promovendo o desenvolvimento do bem-estar da pessoa. Esta ideia é suportada pela OE, ao identificar o “bem estar do cliente e autocuidado”, como sendo mais um dos enunciados descritivos da qualidade o qual o enfermeiro deve integrar no seu exercício profissional.

A adaptação e responsabilização na gestão dos AO, exige dos doentes, uma “readaptação funcional” (OE, 2012). Neste sentido, é essencial que os enfermeiros desenvolvam em parceria com os clientes, estratégias eficazes que lhes permitam otimizar as suas capacidades e dos seus cuidadores, a fim de promover a sua adaptação aos problemas de saúde.

As condições em que os enfermeiros administram a quimioterapia endovenosa difere da terapêutica antineoplásica oral. Neste sentido, é necessário que os enfermeiros deem continuidade aos cuidados de enfermagem, desde as instituições hospitalares até ao domicílio. Desta forma, durante a implementação do projeto no HDO D, considerou-se importante a realização de *follow-up* telefónico assim como a continuidade das consultas de enfermagem dirigidas às pessoas submetidas a AO, pois estas permitem otimizar os conhecimentos dos doentes relativamente aos AO, como se verificou através das questões colocadas aos mesmos recorrendo ao documento orientador (Apêndice XIV).

Durante as consultas de enfermagem, os ensinamentos realizados acerca dos AO foram realizadas no sentido de capacitar o doente e cuidadores para a gestão dos AO, ensinando, instruindo, treinando-os de forma a facilitar a sua adaptação a este processo.

Com a elaboração deste projeto, acreditou-se que este vinha contribuir para a “máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem” (OE, 2012, p.18).

Através da construção do documento orientador, verificou-se que é possível

uniformizar as práticas baseadas nas *guidelines* recomendadas contribuindo para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional.

As realidades observadas nos vários contextos de estágio, foram fundamentais no sentido de sensibilizar a equipa para a importância de existir uniformidade na elaboração dos registos. Apesar de se realizarem os registos de forma manuscrita no processo do doente, tem havido um esforço de toda a equipa em realizar os registos de forma uniforme e sistemática, tendo sido reconhecida a necessidade de realizar os registos no sistema informático Sclinico utilizado atualmente na instituição em outros serviços.

Com a implementação do projeto, foi possível evidenciar as necessidades dos cuidados de enfermagem no que diz respeito ao défice de conhecimentos do doente acerca dos AO, revelando não estar capacitado para realizar autonomamente uma gestão correta dos AO. No entanto, após a implementação do mesmo, os doentes submetidos aos AO começaram a demonstrar maior conhecimento acerca dos AO aos quais estavam submetidos. Quando eram questionados nas consultas seguintes conseguiam transmitir os ensinamentos que tinham sido realizados pelos enfermeiros relativamente aos AO, demonstrando capacitação para o autocuidado. Quando existe ganho de conhecimento e a pessoa consegue minimizar por completo o défice de autocuidado que existia anteriormente através das intervenções de enfermagem, considera-se que a pessoa se encontra capacitada para a gestão dos AO, evidenciando os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Tem sido dada continuidade ao projeto no serviço, no entanto, como já foi explicado, existe uma única consulta de enfermagem onde são prestados cuidados de enfermagem a todos os doentes independentemente do tratamento a que estão submetidos.

Este facto causa insatisfação nos enfermeiros do serviço do HDO D, uma vez que dificulta a resposta do enfermeiro às necessidades do doente, revelando-se muitas das vezes insuficiente o número de enfermeiros face à necessidade dos cuidados de enfermagem. Ao elaborar este projeto, foi reconhecida por parte das chefias, da equipa de enfermagem e multidisciplinar, a necessidade de criação de uma consulta de enfermagem destinada apenas aos AO, de forma a dar resposta ao elevado número de doentes que se encontra submetido a estas terapêuticas e especificidades no que diz respeito à capacitação para o autocuidado.

Como forma de promover o desenvolvimento profissional dos enfermeiros e a

qualidade dos cuidados foi elaborado uma norma de boas práticas, efetuada partilha de conhecimentos com a equipa, quando surgem novas terapêuticas e elaborados novos folhetos informativos para promover a capacitação do próprio doente. Pretende-se, ainda, que seja dada continuidade aos restantes panfletos dos AO em falta. Assim, como se considera fundamental a existência de um enfermeiro de referência, e que o mesmo seja um elemento dinamizador e um elo de ligação com a restante equipa de enfermagem e multidisciplinar, tal como descreve a evidência científica.

Considera-se que através da elaboração deste projeto, foi possível responder à situação problemática identificada inicialmente e que o mesmo já revelou ter trazido benefícios ao longo da sua construção, não só nos vários locais de estágio mas principalmente no serviço HDO D onde se deu a implementação do mesmo.

Acreditamos, ainda, que a continuidade da sua implementação trará grandes contributos para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa submetida a AO.

CONCLUSÕES E PERSPECTIVAS FUTURAS

A rápida evolução dos AO trouxe uma mudança de paradigma, que se tornou num grande desafio para os doentes e sua família bem como para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. O aparecimento dos AO veio melhorar a qualidade de vida do doente, no entanto, trouxeram ancorados novas responsabilidades para o mesmo e seus cuidadores.

Este facto leva a que seja necessário capacitar o doente através de intervenções de enfermagem para que o mesmo consiga gerir o seu autocuidado relativamente ao AO.

Podemos afirmar que os enfermeiros da área de oncologia encontram-se numa posição privilegiada para oferecer suporte e educação ao doente sua família (Moore 2007). A OE (2009), refere que a educação do doente é fundamental principalmente nas doenças crónicas, pelo que os enfermeiros devem envolver o doente no seu próprio autocuidado de forma a capacitar o mesmo para autogestão dos AO (OE, 2009). Para tal, a eficácia dos ensinamentos dos enfermeiros acerca da administração de AO é crucial para a segurança do doente (Siden et al, 2014).

Assim, com a elaboração deste relatório, procurou-se espelhar o percurso percorrido evidenciando as estratégias e desenvolvimentos de competências do Enfermeiro Especialista em Médico-cirúrgica na área da intervenção de Enfermagem Oncológica que nos permitiram capacitar a pessoa para o autocuidado na gestão dos AO, refletindo-se nos contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados. Considera-se que este projeto veio dar resposta aos objetivos que foram delineados no início da sua construção, tendo sido possível desenvolver aprendizagens e adquirir novos conhecimentos, que se transformaram numa mais valia a nível profissional, acreditando que trouxe fortes contributos para a prática dos cuidados de enfermagem.

Ao longo de todo este percurso deparamo-nos não só com várias oportunidades de aprendizagem mas, também, com dificuldades perante as quais foram desenvolvidas estratégias de forma a contornar os obstáculos que foram surgindo.

A conclusão do projeto não representa o final de uma etapa, mas o início de uma continuidade de todos os saberes adquiridos ao longo de todo este percurso. Acreditamos que desenvolvemos capacidades para lidar com situações mais

complexas nas pessoas com doença oncológica submetidas aos AO e que seremos capazes de responder de forma mais adequada através das intervenções como enfermeiro especialista.

Acreditamos, ainda, que ao prestarmos cuidados especializados iremos facilitar a adaptação do doente oncológico e cuidadores aos tratamentos com AO, identificando as suas necessidades e promovendo a sua capacitação para o autocuidado e identificando as necessidades dos mesmos perante as situações tal como define Orem (2001), teoria em que sustentamos este projeto e que se revelou fundamental para suportar a nossa prática.

Consideramos os vários estágios imprescindíveis ao desenvolvimento de novos saberes, pela vasta partilha de experiências ganhas ao longo da realização dos mesmos, que permitiram refletir sobre as práticas na procura de uma melhor tomada de decisão perante as situações.

Relativamente às perspetivas futuras, espera-se rapidamente a criação de uma consulta de enfermagem destinada apenas para as pessoas submetidas a AO, para além da consulta de acolhimento de enfermagem já existente. Esta necessidade tem sido reconhecida na nossa realidade como urgente devido ao elevado número de utentes sob estes tratamentos e pela visibilidade que este projeto tem evidenciado acerca dos seus contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados. Neste enquadramento, foi enviada proposta da criação desta consulta para a direção de enfermagem contando com o apoio das chefias de quem já colhemos autorização para dar continuidade ao projeto, tendo sido planeadas alterações de estruturas no serviço de forma a combater a escassez de gabinetes de enfermagem.

Pretende-se que a curto prazo seja feito o acompanhamento de todos os doentes que iniciem os tratamentos com AO apenas naquela consulta, utilizando os documentos criados neste projeto, seguindo as recomendações das boas práticas e a utilização da escala MAT conforme descrito na literatura. Perspetiva-se que a mesma será realizada três dias por semana numa fase inicial e serão realizados *follow-up* telefónicos semanalmente, quinzenalmente e mensalmente em conformidade com a evidência científica, produzindo indicadores sensíveis aos resultados de enfermagem. Uma vez que tem sido reconhecida a utilidade dos folhetos informativos por parte da equipa multidisciplinar e das pessoas submetidas a AO, serão elaborados outros guias terapêuticas no sentido de facilitar a aquisição

de conhecimentos e promover a capacitação da pessoa.

Não sendo possível neste momento devido ao facto de implicar articulação com outros profissionais de saúde nomeadamente com a equipa médica e farmacêuticos, espera-se que a longo prazo seja possível inserir informaticamente no SClinico (programa de registo informático utilizado atualmente na instituição onde trabalho), o documento elaborado com os ensinamentos de enfermagem que visa a capacitação da pessoa para o autocuidado relativamente às terapêuticas AO, integrando a Escala MAT de forma a monitorizar a adesão e tornando possível o registo dos graus de toxicidades recorrendo à escala *CTCAE* (v. 5).

Acredita-se que através da consulta de enfermagem dirigida para a pessoa submetida a AO é possível aumentar o conhecimento dos doentes, assim como ganhos em saúde. Ao promover a melhoria da qualidade dos cuidados e através do envolvimento do doente no seu próprio autocuidado, será possível demonstrar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, dando visibilidade aos cuidados que realizamos.

Acreditamos que os resultados do mesmo implicarão reflexões e contributos para melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa submetida a AO, destacando-se como cuidados especializados que possibilitarão maximizar o bem-estar e minimizar o impacto da doença oncológica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arber, A., Odelius, A., Williams, P., Lemanska, A. & Faithfull, S. (2017). Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence? *European Journal of Cancer*, 26, 1-8.
- Benner, P. (2001) *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bettencourt, E (2014). Oral chemotherapy what your patient need to know. *Oncology issues*. Acedido em 10-10-2017. Disponível em: https://www.acccancer.org/oncology_issues/articles/ND14/ND14-Oral-Chemotherapy-What-Your-Patients-Need-to-Know.pdf.
- Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3, 563-567.
- Boucher, J., Lucca, J., Hooper, C., Pedulla, L. & Berry, D. (2015). A structured nursing intervention to address oral chemotherapy adherence in Patients with non-small cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 42(4), 383-389.
- Costa, A. & Morais, S. (2013). Supervisão clinica em Enfermagem: a importância da relação supervisiva na partilha e construção do conhecimento. *Sinais Vitais*, nº 111, 12-21.
- Decreto-lei nº 161/96 de 04 de Setembro (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, I série A, (Nº 205 de 04-09-1996), 2959-2962. Acedido em 15-02-2018. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/241640>.
- Decreto-lei nº 74/2006 de 24 de Março (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, Diário da República, I série, (nº 60 de 24-03-2006), 2242-2257. Acedido em 07-06-2017. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/671387>.
- Lei nº 156/2016 de 16 de Setembro (2015). Estabelece regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais, Diário da República, I série (nº181 de 16-09-2015), 8059-8105. Acedido em 07-06-

2017. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>.

Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a valida o concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 2(2), 81–100. Doi:10.1590/S0103-166X2004000200007.

Denois, R., Poirson, J. , Nourissat, A., Jacquin, J., Guastalla, J., & Chauvin, F. (2011). Adherence with oral chemotherapy: results from a qualitative study of the behavior and representations of patients and oncologists. *European Journal cancer care*, 20(4), 520-527.

Direcção Geral de Saúde (2015). *Plano nacional de saúde: revisão e extensão a 2020*. Acedido em 24-05-2018. Disponível em <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Juho/PNS-2020.pdf>

European Oncology Nursing Society (2013). *EONS Cancer Nursing Curriculum 2013* (4ed). Acedido em 20-05-2017. Disponível em <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>.

Gassman, C., Kolbe, N. & Brenner, A. (2016) Experiences and coping strategies of oncology patients undergoing oral chemotherapy: First steps of a grounded theory study. *European Journal of oncology nursing*, 23, 106-114.

Given, B. Spolestra, S. & Grant, M. (2011). The challenges of oral agents as antineoplastic treatments. *Seminars Oncology Nursing*, 27(2), 93-103.

Godinho, N. (2017). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações: Normas APA e ISO 690 (NO 405)*. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Griffin, E. (2003). Safety considerations and safe handling of oral chemotherapy agents. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(6), 25-29.

Harrold, K. (2010). Effective management of adverse effects while on chemotherapy implications for nursing practice. *European Journal of Cancer*, 19, 12-20.

Hartigan, K. (2003). Patient Education: The cornerstone of sucessful oral

- chemotherapy treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(6), 21-24.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Jacobson, J., Polovich, M., Gilmore, T., Schulmeister, L., Esper, P., LeFebvre, K & Neuss, M. (2012). Revisions to the 2009 American Society of Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration standards: expanding the scope to include inpatient settings. *Oncology Nursing Forum*, 39 (1), 31-38.
- Kav, S., Johnson, J., Rittenberg, C., Fernandez-Ortega, P. , Suominen, T., ..& Clarck-Snow, R. (2008). Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. *Support Care Cancer*, 16, 1075-1083.
- LeFebvre, K. & Felice, T. (2016). Nursing application of oral chemotherapy safety standards: an informal Survey. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 20 (3), 258-62.
- Macnee, C. (2004). *Understanding Nursing Research: Reading and Using Research in Practice*. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.
- Multinacional Association of Supportive Care in Cancer (2016). *MASCC oral agent teaching tool- MOATT user guide*. Acedido em 28-05-2017. Disponível em https://www.mascc.org/assets/GuidelinesTools/moattuserguide_sept2016_update_usletter.pdf
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006), Development of a framework for personcentred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D.& Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An emerging Middle-Range Theory. In Meleis, A. *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Meleis, A. I., & Trangenstein, P. A. (2010). Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission. In: Meleis, A. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Moody, M. & Jackowski, J. (2010). Are patients on oral chemotherapy in your practice setting safe? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 339-346.
- NCI (2017). Common Terminology Criteria for Adverse Events (versão 5). Acedido em 15-01-2018. Disponível em https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_5x7.pdf
- Neuss, M., Polovich, M., McNiff, K., Esper, P., Gilmore, T., LeFebvre ..& Jacobson, J. (2013). 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the safe administration and management of oral chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 40(3), 225-233.
- Nunes, L. , Amaral, M., & Gonçalves, R.(Coord.)(2005). *Código deontológico dos enfermeiros: dos comentários à análise dos casos*. Ordem dos enfermeiros: Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Acedido em 07-05-2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cipe_adesaotratamento.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista*. Acedido em 20-05-2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa*. Acedido em 20.05.2017. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEEMCRegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf>.

- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgarpadreesqualidade dos cuidados.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgarpadreesqualidade%20dos%20cuidados.pdf)
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6ed St Louis: Mosby. ISBN 0-323-00864-X.
- Portaria nº 82/2014 (2014). Estabelece os critérios que permitem categorizar os serviços e estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS), de acordo com a natureza das suas responsabilidades e quadro de valências exercidas, e o seu posicionamento da rede hospitalar e procede à sua classificação. Diário da República, I, Série (nº 71 de 10-04-2014), 2364-2366. Acedido 06-06-2018. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/25343991>.
- Rittenberg, C. (2012). Meeting Educational Needs and Enhancing Adherence of Patients Receiving Oral Cancer Agents Through Use of the MASCC Oral Agent Teaching Tool. *European oncology & Haematology*, 8(2), 97-100.
- Rudnitzki, T. & McMahon, D. (2015). Safety challenges and recommendations. *Clinical Journal of Oncology*, 19 (3), 41-46.
- Ruddy, K., Mayer, E. & Partridge, A (2009). Adherence and persistence with oral treatment. *CA: A Clinical journal for clinicians*, 59 (1), 56-66.
- Ruivo M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-37.
- Schneider, S., Hess, K. & Gosselin T. (2011). Interventions to Promote Adherence With Oral Agents. *Seminars of oncology*, 27 (2), 133-141.
- Schneider, S., Adams, D. & Gosselin, T. (2014). A tailored nurse coaching intervention for oral chemotherapy adherence. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 5(3), 163-172.
- Siden, R., Kem, R., Ostrenga, A., Nicksy, D., Bernhardt, B. & Bartholomew, J. (2014). Templates of patient brochures for the preparation, administration and safe-handling of oral chemotherapy. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 20

(3), 217-224.

- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2009). The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualized nursing care: a literature review. *IJNS*, 46, 1637-1649.
- Spolestra, S., Given, B., Given, C., Grant, M., Sikorskii, A., You, M. & Decker, V. (2013). An intervention to improve adherence and management of symptoms for patients prescribed oral chemotherapy. *Cancer nursing*, 36(1), 18-28.
- Spolestra, L., Burhenn, P., Dekoekkoek, T., & Schueller, M. (2015). A trial examining an advanced practice nurse intervention to promote medication adherence and symptom management in adult cancer patients prescribed oral anti-cancer agents: study protocol. *Journal of advanced nursing*, 72 (2), 409-420.
- Tomey, A. & Aligood, R. (2004). Teoria do déficit do autocuidado de Enfermagem. In A. Tomey, & R. Aligood. *Teóricas de enfermagem e as suas obras: Modelos e teorias de enfermagem* (5ªed), p. 211-225.
- Weingart, S., Brown, E., Bach, P., Eng, K., Johnson, S., Kuzel, T...& Walter, R. (2008). NCCN Task Force Report: Oral chemotherapy. *Journal of the national comprehensive cancer network*, 6(3), 1-14.
- World Health Organization (2014). *Global status report on noncommunicable diseases*. Acedido em 03-06-2017. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/148114/1/9789241564854_eng.pdf?
- Winkeljohn, D. (2007a). Adherence to oral cancer therapies: nursing interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (4), 461-466.
- Winkeljohn, D. (2007b). Oral chemotherapy medications: the need for a nurse's touch. *Clinical Journal of Oncology*, 11 (6), 793-796.
- Vioral, A., Leslie, M., Best, R. & Somerville, D. (2014). Patient adherence with oral oncolytic therapies. *Seminars in Oncology nursing*, 30 (3), 190-199.
- Yagasaki, K. & Komatsu, H. (2013). The need for a nursing presence in oral chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology nursing*, 17 (5), 512-516.
- Zerillo, J., Goldenberg, B., Kotecha, R., Tewari, A. & Jacobson, J. (2018).

Interventions to improve oral chemotherapy safety and quality: a systematic review. *Jama Oncology*, 4 (1), 105-117.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem do hospital de dia de oncologia D

Sondagem de opinião

Caros colegas, como sabem encontro-me a frequentar o Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica-vertente oncológica como tal se possível gostaria de pedir a vossa colaboração para responder a algumas questões, de forma anónima para elaborar uma sondagem acerca das “Intervenções de Enfermagem na pessoa submetida aos antineoplásicos orais”. Pretende-se que partilhem a riqueza dos vossos conhecimentos e experiências sobre as intervenções de enfermagem na pessoa submetida a antineoplásicos orais.

Carine Lopes

Questões:

1. Há quanto tempo exerce funções de enfermagem no hospital de dia ?

_____ anos

2. O que pensa ser necessário realizar na consulta de enfermagem no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem/conforto do doente?

3. Que assuntos considera importantes abordar acerca dos antineoplásicos orais na consulta de enfermagem?

3.1 Na consulta de 1ª vez/acolhimento?

3.2 Nas consultas seguintes?

4. Como avalia os resultados dos ensinamentos que efectuam acerca dos antineoplásicos orais?

Obrigada pela colaboração!

APÊNDICE II

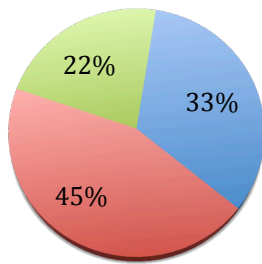
Resultados da sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem do hospital
de dia de oncologia D

Resultados da sondagem de opinião

1. Há quanto tempo exerce funções de enfermagem no HDO?

Anos de experiência

■ 0-5 anos ■ 6- 10 anos ■ 11-15 anos

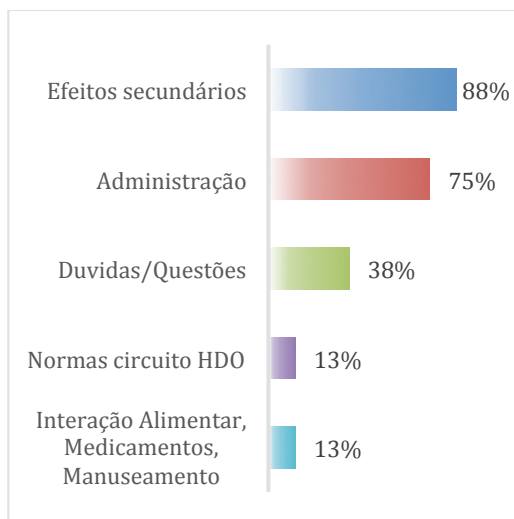


2. O que pensa ser necessário realizar na consulta de enfermagem no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem/conforto do doente?

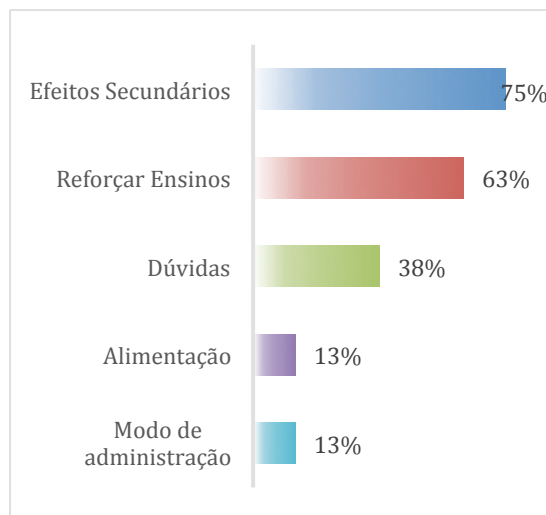


3. Que assuntos considera importantes abordar acerca dos AO na consulta de enfermagem?

1. Na consulta 1 vez:



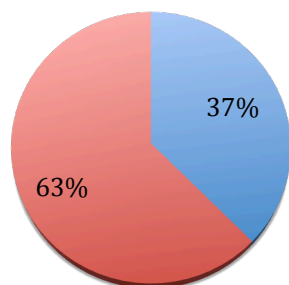
2. Nas seguintes:



4. Como avalia os resultados dos ensinamentos que efetua acerca dos AO?

Resultados dos Ensinos

■ Médios ■ Não Eficazes



APÊNDICE III
Revisão *Scoping*

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA SUBMETIDA A ANTINEOPLÁSICOS ORAIS: CAPACITAÇÃO PARA O AUTOCUIDADO: REVISÃO SCOPING

Carine dos Reis Lopes, N° 7396
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

SUMÁRIO

Atualmente, verifica-se um aumento de utilização dos antineoplásicos orais (AO) nos tratamentos do doente oncológico. Os AO têm como finalidade diminuir o tumor, erradicar a doença e aumentar a esperança média de vida do doente oncológico (Schneider, Adams & Gosselin, 2014). Os AO têm sido considerados por muitos como sendo mais convenientes e menos tóxicos no tratamento do cancro. No entanto, os problemas de segurança relacionados com a quimioterapia oral são tão importantes como aqueles associados à quimioterapia endovenosa (Moody & Jackowski, 2010). Como tal, é emergente desenvolver estratégias eficazes para que os AO sejam administrados e geridos de forma segura (Zerillo et al., 2017). Como tal, o enfermeiro tem um papel fundamental na promoção da capacitação do autocuidado dos indivíduos submetidos aos AO.

OBJETIVO

O objetivo desta revisão *scoping* é de sintetizar e mapear a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem que permitam a capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a AO.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Nesta revisão *scoping* foram considerados os seguintes critérios de inclusão utilizando como estratégia de pesquisa a PCC definida pela *JBI* (2015). Desta forma, foram incluídos todos os enfermeiros e doentes oncológicos (Participantes), as intervenções de enfermagem utilizadas na pessoa submetida a AO que permitissem a capacitação para o autocuidado (Conceito) e os contextos do Hospital de dia e ambulatório (Contexto).

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Nesta revisão *scoping* foi utilizada a metodologia conforme descrito pela *JBI*, pelo que foram incluídos todos os tipos de estudo qualitativos e quantitativos, publicados entre 2007-2017 na língua inglesa.

EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS

Dos 114 artigos encontrados foram analisados 31 artigos que correspondiam aos critérios de inclusão definidos.

CONCLUSÃO

Os AO trouxeram uma mudança na utilização do tratamento na doença oncológica. Com o aumento dos AO, tornou-se necessário recorrer a novas estratégias para manter a segurança do doente e promover a sua capacitação para o autocuidado. Dado o aumento da utilização de AO, torna-se necessário que os enfermeiros em oncologia tenham um papel ativo na educação do doente, sendo a sua a principal intervenção no suporte educacional, gestão de sintomas e na adesão à terapêutica.

PALAVRAS-CHAVE

Doentes, enfermeiros, antineoplásicos orais, intervenções de enfermagem, autocuidado.

BACKGROUND

Os AO trouxeram uma mudança de paradigma, na medida em que vieram alterar as condições de administração da quimioterapia. Por um lado, os AO trouxeram mais autonomia para o próprio doente mas também maior responsabilidade para os mesmos e para os enfermeiros (Arber, Odellius, Williams, Lemanska & Faithfull, 2017). No entanto, os profissionais de saúde tem demonstrado menos habilidade na sua intervenção junto das pessoas submetidas a AO (Jacobson et al., 2012).

Consideram-se AO todas as substâncias antineoplásicas, citotóxicas assim como agentes biológicos que podem ser administrados oralmente (Weingart et al., 2008).

Os AO são vantajosos na medida em que permitem uma maior flexibilidade e conveniência para o doente causando menos interferências na sua vida diária (Schneider et al, 2014). Vioral, Leslie, Best & Somerville (2014), referem que o

aumento dos AO tem tido um grande impacto nos cuidados ao doente. Embora refiram que é uma vantagem permanecerem em casa durante o tratamento com AO, alguns dos doentes referem sentirem-se inseguros de não obterem aconselhamento em casa para poderem resolver algumas situações (Gassman, Kolbe, Brenner, 2016).

Assim, os enfermeiros necessitam de educar os doentes acerca dos esquemas terapêuticos, ajudar os mesmos em como devem gerir os efeitos secundários, incentivar os doentes a comunicar aos profissionais de saúde quando experimentam graves efeitos secundários e ajudarem os mesmos a compreender a importância da adesão à terapêutica para que esta seja eficaz (Spolestra et al., 2013).

LeFebrve & Felice (2016), referem que esta transição de ambiente em que é administrada a quimioterapia reduziu a habilidade dos profissionais de saúde de assegurar que os AO sejam administrados de forma segura e correta. Desta forma, os enfermeiros têm uma intervenção fundamental junto do doente submetido a AO, relativamente à educação, adesão e gestão de efeitos secundários.

Nos dias de hoje, ainda existem crenças erróneas acerca da maior ou menor eficácia relativamente aos AO. Moody & Jackowski (2010) dizem que algumas pessoas ainda acreditam incorretamente que os AO são menos tóxicos do que os tratamentos com quimioterapia endovenosa pelo que os enfermeiros têm um papel imprescindível na desmitificação de crenças.

Para além da desmistificação de crenças, os enfermeiros devem focar a sua intervenção na gestão de efeitos secundários, pois quando são demasiado perturbadores para o doente podem resultar numa diminuição ou omissões de doses, o que pode ter como consequência que a pessoa não faça a dose recomendada (Schneider et al., 2011). Gassman et al. (2016), referem que mesmo que os pacientes experienciem toxicidades nem sempre as comunicam aos profissionais de saúde, mesmo existindo agravamento dos sintomas, por receio que o tratamento seja suspenso. Alguns dos doentes têm receio de cessar o tratamento se não aderirem à terapêutica ou se tiverem efeitos secundários pelo que omitem a verdade. Assim, é importante que os enfermeiros tenham uma atitude proactiva de forma a que os doentes se sintam confortáveis e recorram aos mesmos sempre que necessário (Yagaski & Komatsu, 2013). Gassman et al., (2016), referem que o *follow-up telefónico* é fundamental para despistar estas situações oferecendo suporte ao doente e família na gestão destes sintomas. Boucher, Lucca, Hooper,

Pedulla & Berry (2015), referem que o papel dos enfermeiros é de reforçar os ensinamentos particularmente entre as seis e oito semanas enquanto monitorizam os efeitos secundários utilizando intervenções fisiológicas e psicossociais.

Os enfermeiros são imprescindíveis na educação da pessoa submetida a AO. A educação do doente é a chave do sucesso no tratamento com AO (Moody & Jackowski, 2010). Yagaski & Komatsu (2013), referem que a presença dos enfermeiros é crucial no momento em que o doente inicia os AO. A intervenção do enfermeiro é essencial no ensino aos doentes, para que adquiram conhecimentos que lhes permitam uma aquisição correta de conhecimentos para uma boa gestão dos AO assim como dos efeitos secundários (Boucher et al., 2015). Estas intervenções devem ser individuais e devem ser desenvolvidas de forma a incentivar os doentes a aderir à terapêutica, melhorando as hipóteses de sobrevivência (Schneider et al, 2014).

Yagaski & Komatsu (2013) dizem que é importante que os enfermeiros em oncologia estabeleçam uma relação de parceria com os seus doentes. Estes devem prestar atenção aos seus doentes, estabelecer uma relação de ajuda e suporte com os mesmos. O suporte dado pelos enfermeiros deve ser no sentido de capacitar o doente para o autocuidado, oferecendo suporte psicológico e emocional.

A intervenção dos enfermeiros especialistas em oncologia deve ser focada no desenvolvimento de estratégias que permitam aquisição de conhecimentos informação ao doente acerca dos efeitos secundários que podem ocorrer, envolver cuidadores ou familiares através de estratégias comportamentais que relembrem o doente que deve tomar o AO e fornecer suporte afetivo através de um follow-up telefónico semanal (Schneider et al, 2014). Pois, as consequências de uma gestão ineficaz de AO pode levar à progressão da doença ou consequências fatais por toxicidades (Yagasaki & Komatsu, 2013).

A adesão aos AO é importante para que haja eficácia no tratamento. As intervenções de enfermagem são essenciais e têm tido um impacto positivo nos doentes, pois permitem uma melhor adesão ao tratamento, melhoram as probabilidades de cura e a qualidade de vida dos doentes (Schneider et al, 2014). Por vezes, a não adesão aos AO, deve-se ao facto de existir défice de conhecimento acerca dos AO (Arber et al, 2017). Assim, pode dizer-se que os enfermeiros detêm um papel imprescindível na reeducação e suporte do paciente (Harrold, 2010).

Com a elaboração desta revisão *scoping* procurou-se sintetizar a melhor evidência científica acerca das intervenções de enfermagem na pessoa submetida a

AO na procura de uma melhoria contínua da nossa prática. Desta forma, foi realizada uma pesquisa prévia sobre outras revisões sistemáticas e revisões *scoping* acerca da temática nas bases dados *The Joanna Briggs Institute*, CINAHL e MEDLINE.

OBJETIVO

O objetivo desta revisão *scoping* é de sintetizar e mapear a evidência científica acerca das intervenções de enfermagem que permitam a capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica submetida a AO.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

A questão de investigação é essencial, pois é esta que guia o desenvolvimento da revisão *scoping* (Joanna Briggs Institute, 2015). Desta forma, a questão da revisão *scoping* à qual se pretende responder é a seguinte: “Quais as intervenções de enfermagem utilizadas na pessoa submetida a antineoplásicos orais?”.

A questão foi elaborada tendo em conta a estratégia PCC: População, Conceito e Contexto. Relativamente à população foram incluídos os enfermeiros e as pessoas com doença oncológica. Quanto ao conceito consideram-se as intervenções de enfermagem na pessoa submetida a AO e foram considerados todos os contextos de Hospital de dia e ambulatório.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Tipo de participantes

Nesta revisão *scoping* são considerados os artigos que incluam doentes submetidos a antineoplásicos orais com idade igual ao superior a 18 anos, de qualquer etnia e com doença oncológica submetidos a qualquer tipo de terapêutica antineoplásica oral. Foram excluídos do estudo população pediátrica e doentes submetidos a outro tipo de tratamentos não oncológicos. Nesta revisão, uma vez que se pretende definir quais as intervenções de enfermagem no doente submetido a AO serão incluídos os enfermeiros que prestem cuidados a esses mesmos doentes.

Conceito

A revisão *scoping* inclui estudos que evidenciem as intervenções de enfermagem utilizadas na pessoa submetida a antineoplásicos orais e estratégias utilizadas pelos mesmos nomeadamente em relação a adesão, educação do doente e gestão de efeitos secundários na procura da capacitação do doente oncológico para o autocuidado.

Contexto

Nesta revisão *scoping* foram considerados todos os contextos de Hospital de dia e ambulatório nos quais os enfermeiros intervêm junto da pessoa com doença oncológica submetido a qualquer tipo de antineoplásico oral no sentido de o capacitar para o autocuidado.

Tipos de estudo

Esta revisão inclui todo o tipo de estudos qualitativos e quantitativos, publicados entre 2007-2017, em língua inglesa e que correspondam aos critérios de inclusão acima mencionados.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Numa primeira fase foi realizada uma pesquisa inicial utilizando as palavras-chave *Patient, Nurses, oral antineoplastic, nursing interventions, self-care* nas bases de dados CINAHL e MEDLINE.

Numa segunda fase após análise dos títulos e resumos de forma alargar a pesquisa foi acrescentado termos como *oral chemotherapy* por ser sinónimo do *oral antineoplastic*.

Foi realizada uma pesquisa submetendo as palavras-chave aos termos de indexação CINAHL Headings na base de dados CINAHL Plus with *Full text* e Mesh na MEDLINE with Full text.

Relativamente à base de dados CINAHL, foi utilizado o termo *Nurse e Nursing interventions, patient* e termos de indexação para alargar a pesquisa uma vez que os resultados estavam mais direcionados para a questão de investigação.

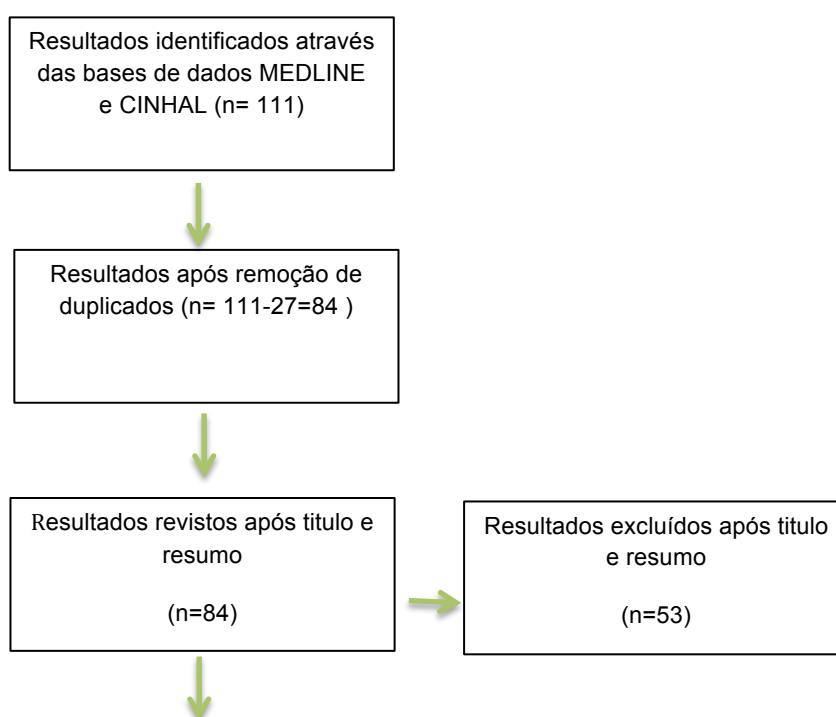
Apesar de não existirem termos de indexação em relação aos termos *oral antineoplastic e oral chemotherapy* estes foram incluídos na pesquisa uma vez que são termos essenciais para dar resposta à questão de investigação.

Relativamente à base de dados da MEDLINE with *Full text*, foi utilizado o termo *nurses, nursing e patients* e termo indexado. No sentido de alargar a pesquisa foi utilizado o termo *nursing interventions, oral antineoplastic e oral chemotherapy*, uma vez que são termos essenciais para responder à pergunta de investigação. Na segunda fase, utilizamos os termos indexados e os termos sem indexação, conforme apresentado no apêndice I.

EXTRAÇÃO DE RESULTADOS

A extração dos resultados deve conter os dados extraídos que foram revelantes para responder ao objetivo e questão de investigação (JBI, 2015).

Da pesquisa efetuada nas base de dados EBSCO da CINAHL E MEDLINE, conforme descrito na **figura 1** através do fluxograma obteve-se um total de 114 artigos, sendo 59 artigos e 55 respetivamente. Foram eliminados 3 artigos na CINHAL e 24 na MEDLINE por se encontrarem repetidos, obtendo-se um total de 56 artigos e 31 respetivamente. Dessa pesquisa através dos *abstract* e títulos foram selecionados 20 artigos na CINHAL e 11 na MEDLINE de acordo com os critérios de inclusão. Desta pesquisa resultaram 10 artigos na CINHAL e 4 na MEDLINE, alguns dos artigos foram excluídos por incluírem população pediátrica nos doentes ou por incluírem outros grupos profissionais que não sejam enfermeiros. Na pesquisa foi estabelecido um limite temporal de 10 anos entre 2007-2017 com a finalidade de obter a evidência científica mais atual.



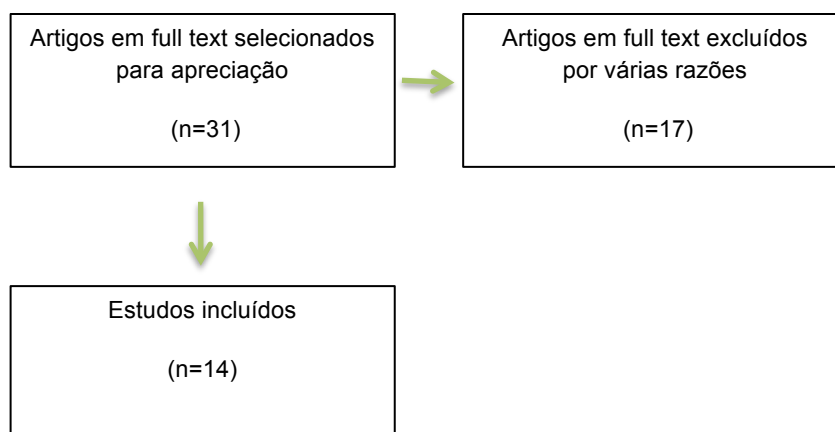


Figura 1: Fluxograma PRISMA para revisão *scoping*
(Adaptado, JBI 2015)

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados consiste na identificação dos estudos selecionados para a elaboração da revisão *scoping* (JBI, 2015). Desta forma, foi elaborada o seguinte quadro (**Quadro 1**) que permite uma descrição dos mesmos relativamente à data de publicação, país e tipo de estudo de forma a facilitar a apresentação dos mesmos. No **quadro 2**, encontra-se a caracterização dos estudos com os objetivos de estudo/questão de investigação e os principais resultados e conclusões dos mesmos.

Quadro 1: Apresentação dos resultados dos estudos selecionados.

Autores	Data	País	Desenho de estudo
Winkeljohn	2007	Novo México	Revisão da literatura
Kav et al	2008	Turquia	Revisão da literatura
Moody, Jackowski	2010	EUA	Revisão da literatura
Harrold	2010	Inglaterra	Revisão da literatura
Schneider, Hess, Gosselin	2011	Inglaterra	Revisão da literatura
Given, Spolestra, Grant	2011	EUA	Revisão da literatura
Maloney, Kagan	2011	EUA	Revisão da literatura
Yagasaki, Komatsu	2013	Japão	Revisão da literatura
Spolestra et al	2013	EUA	Estudo exploratório
Vioral, Leslie, Best, Somerville	2014	EUA	Revisão da literatura
Boucher, Lucca, Hooper,	2015	EUA	Revisão da literatura

Pedulla, Berry			
Gasmann, Kolbe, Brenner	2016	Suíça	Revisão da literatura
LeFebvre, Felice	2016	EUA	Revisão da literatura
Arber, Odelius, Williams, Lemanska, Faithfull	2017	Inglaterra	Estudo misto

DISCUSSÃO

Após analisar os artigos selecionados é possível perceber a importância da intervenção do enfermeiro junto do doente oncológico submetido a antineoplásicos orais. As principais áreas de atuação do enfermeiro perante a pessoa submetida a AO são na gestão de efeitos secundários, na adesão aos AO, no suporte e educação do doente, na gestão da terapêutica. Desta forma, foram evidenciados os principais resultados encontrados no quadro 2.

Nos últimos anos, verificou-se um aumento do número de AO no tratamento da doença oncológica. Cerca de 25% dos cerca de 400 antineoplásicos são orais (Kav et al, 2008). Os AO trouxeram uma mudança de paradigma no tratamento das doenças oncológicas (Arber et al, 2017; Given, Spolestra & Grant, 2011). Por um lado, os AO têm sido considerados por muitos como sendo mais convenientes e menos tóxicos no tratamento do cancro. Winkeljohn (2007), refere que o facto dos doentes poderem tomar os AO no domicílio sem terem de se deslocar ao hospital, melhorou a sua qualidade de vida, uma vez que realizar o tratamento em casa permite maior flexibilidade, conveniência e controlo e promove a sua autonomia (Winkeljohn, 2007; Arber et al., 2017; Schneider, Hess & Gosselin, 2011). Algumas pessoas referem que os AO são vantajosos uma vez que referem sentir-se menos doentes e que estes facilitam o encarar a sua doença (Kav et al., 2008). Muitas das pessoas, preferem o tratamento administrado oralmente do que pela via endovenosa desde que a eficácia do tratamento seja mantida (Arber et al., 2017).

No entanto, esta alteração acrescentou responsabilidades para o próprio doente na gestão do seu autocuidado (Arber et al, 2017). Esta mudança de paradigma tornou-se um verdadeiro desafio, não só para os profissionais de saúde, mas também para os doentes pela dificuldade em gerir todo o processo de doença desde a adesão aos AO até ao controlo das toxicidades provocadas pelas mesmas.

Alguns doentes podem pensar que um “comprimido” é menos tóxico do que o tratamento através da quimioterapia endovenosa, isto é na realidade uma “falsa

crença” (Moody & Jackowsky, 2010). Neste sentido, os enfermeiros devem intervir na desmistificação de crenças relativamente aos AO, esclarecendo os doentes submetidos a estas terapêuticas. Schneider et al. (2011), referem que a adesão à terapêutica está relacionada com as crenças acerca da sua eficácia. Kav et al. (2008), referem que é importante esclarecer os doentes acerca das suas crenças antes de fornecer informação a fim de ser possível esclarecer os mesmos ou reforçar as suas crenças.

Para além da desmistificação de crenças, os enfermeiros têm um papel fundamental na sua intervenção junto da pessoa submetida a AO, atuando na promoção da adesão à terapêutica AO, na segurança do próprio doente nomeadamente na gestão da terapêutica, na gestão de efeitos secundários, no suporte e educação do doente, no *follow-up* dos mesmos.

Adesão terapêutica

A adesão tem sido identificada como sendo o maior desafio para o sucesso dos resultados relativamente as terapêuticas (Vioral et al., 2014). Esta foi definida pela OMS (2003), como o cumprimento do comportamento da pessoa em relação ao regime medicamentoso de acordo com as indicações dos profissionais (OE, 2009). A adesão correta significa que nunca existiu um esquecimento do AO, nem foi tomado nenhuma dose extra para além do prescrito (Vioral et al., 2014). A sobredosagem ou não adesão é considerada um grande problema devido ao impacto que esta tem nos resultados sensíveis aos cuidados (Vioral et al., 2014). As pessoas submetidas a AO apresentam uma maior incidência de não adesão uma vez que a terapêutica é auto-administrada (Kav et al., 2008).

A complexidade do regime terapêutico e a pobre comunicação entre os profissionais de saúde é considerada das causas mais comuns da não adesão ao regime terapêutico (Gassman et al., 2016; Kav et al., 2008).

Em cada visita ao hospital, deve ser verificada a adesão ao tratamento. Esta pode ser um problema quando não é controlado pela equipa de oncologia (Winkeljohn, 2007). Os doentes devem estar despertos para a importância de tomar os AO e perceber os riscos associados quando não tomam a mesma ou quando não reportam os efeitos secundários (Moody & Jackowski, 2010). Kav et al. (2008), referem que não é por os doentes terem um cancro que significa que vão aderir à terapêutica.

Enquanto enfermeiros devemos ter em conta que existem fatores que interferem com a adesão à terapêutica. Given et al. (2011); Gassman et al. (2016); Schneider et al. (2011), referem que os fatores que influenciam a adesão são as características do doente (idade, educação, capacidade cognitiva, percepção da doença, expectativas, crenças acerca da eficácia da terapêutica), as características da doença (tipo, estágio, complexidade do regime terapêutico, efeitos secundários da doença e de outros tratamentos), características do sistema de saúde (relação e comunicação com o profissional de saúde). LeFebvre & Felice (2016), referem que as maiores barreiras à adesão terapêutica são a dificuldade em gerir os efeitos secundários, esquecimento, falta de suporte social, falta de compreensão acerca do esquema terapêutico e informações acerca do AO. Maloney & Kagan (2011), referem que os enfermeiros devem definir planos individualizados para minimizar as barreiras e dar suporte na adesão aos AO.

Já Kav et al., (2008) referem que as estratégias para melhorar a adesão são o estabelecimento de relações terapêuticas entre os profissionais e os doentes, estratégias educativas utilizando uma intervenção personalizada, informação escrita, envolvimento na discussão dos objetivos dos tratamentos, redução da complexidade do regime terapêutico, adaptar o regime terapêutico ao estilo de vida do doente, utilização de lembretes, encorajamento de suporte familiar, monitorização da adesão terapêutica e dar *feedback* aos doentes.

Os cuidados relativamente aos AO necessitam de ser reconhecidos e identificados como sendo de alto risco para melhorar a adesão do doente. Arber et al., (2017), referem que os conhecimentos dos doentes, a compreensão e a retenção da informação interferem com a adesão terapêutica. LeFebvre & Felice (2016), referem que o défice de conhecimento acerca dos AO está relacionado com a não adesão. E, que estes défices de conhecimentos dos doentes relativamente as terapêuticas AO está relacionado com as crenças acerca da eficácia dos AO potenciando a não adesão terapêutica (Arber et al., 2017; Gassman et al., 2016).

Desta forma, o envolvimento dos enfermeiros junto das pessoas submetidas a AO é fundamental para identificar situações de não-adesão (Yagasaki & Komatsu, 2013). A não adesão pode potenciar os efeitos secundários, a resistência à terapêutica e progressão do cancro (Vioral et al., 2014).

Moody & Jackowski (2010), referem que doentes que tenham uma maior compreensão acerca da sua doença e esquema terapêutico tem uma maior adesão à terapêutica.

O conhecimento dos enfermeiros são essenciais para dar suporte e monitorizar a adesão dos doentes. Os enfermeiros devem recorrer a estratégias eficazes de forma a monitorizarem e terem um impacto positivo para os doentes AO. Os enfermeiros devem ajudar os doentes a compreender a complexidade dos AO e ser o seu “*advocate*” (Vioral et al., 2014).

As intervenções de enfermagem que incluem educação do doente e gestão de sintomas podem promover e assegurar a adesão (Schneider et al., 2011).

A ferramenta acerca da adesão utilizada pela MASCC pode ser útil para facilitar a adesão terapêutica (Arber et al, 2017). Devem ser utilizados diários, MEMS (*Medication Electronic Monitoring System*), lembretes, caixas terapêutica, alarmes, mensagens de texto ou caixas terapêuticas electrónicas para facilitar a adesão aos AO (Schneider et al., 2011; Arber et al, 2017; LeFebvre & Felice 2016).

Suporte e Educação do doente

A responsabilidade da gestão dos AO mudou dos profissionais para os doentes, que se tornaram responsáveis pela gestão dos AO (Gassman et al., 2016). A educação do doente e sua família são o fator mais importante no sucesso dos doentes submetidos a AO (Kav et al., 2008).

Com todos os problemas associados aos AO, os enfermeiros devem desenvolver estratégias de forma a ajudar os doentes submetidos aos AO. Winkeljohn (2007), refere que os enfermeiros são responsáveis pela maior parte dos ensinamentos e devem desenvolver estratégias para que haja compreensão e segurança e adesão aos AO.

Yagasaki & Komatsu (2013), referem que a perspectiva do cancro tem vindo a ser alterada, pelo que se espera uma abordagem proactiva por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros. Estes devem pensar, atuar e intervir antecipadamente nas necessidades dos doentes (Yagasaki & Komatsu, 2013).

Kav et al. (2008), mencionam que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada que lhes permite oferecer suporte, sendo este fundamental na educação ao doente e sua família e na gestão de efeitos secundários. O suporte do doente inclui capacitação do doente e autogestão, providenciar suporte psicológico e emocional (Yagasaki & Komatsu, 2013).

Arber et al. (2017), referem que os enfermeiros devem ser envolvidos no suporte do doente desde o início do tratamento. Para além do suporte, os

enfermeiros devem ser responsáveis pelos os ensinamentos e gestão dos efeitos secundários relacionados com os AO (Schneider et al., 2011).

LeFebvre & Felice (2016), referem que o momento em que a pessoa recebe a notícia acerca de um diagnóstico ou recidiva, não é o momento ideal para transmitir a informação acerca da especificidade do AO, pois a mesma poderá não reter qualquer informação. Assim é importante que os enfermeiros escolham o momento adequado para transmitir a informação.

A maioria das pessoas prefere o tratamento com AO do que a via endovenosa. No entanto, os doentes mencionam sentir insegurança por não terem apoio dos profissionais no domicílio (Gassman et al., 2016). Kav et al (2008), mencionam que é necessário capacitar os enfermeiros para contrariar este facto para que os mesmos sejam capazes de acompanhar os doentes submetidos a AO, facilitando a monitorização dos mesmos, aumentando a sua satisfação e promover a adesão aos mesmos.

A educação do doente deve ser feita numa consulta antes do mesmo iniciar o tratamento com AO (Arber et al., 2017; Gassman et al., 2016). Esta deve ser feita integrando os AO tendo em conta a vida quotidiana do doente (Gassman et al., 2016). A educação do doente deve incluir informação acerca do armazenamento, manuseamento e esquema terapêutico assim como terapêuticas de suporte, interações alimentares e medicamentosas e omissões de tomas (LeFebvre & Felice, 2016).

Yagasaki & Komatsu (2013), referem que é importante que os enfermeiros em oncologia estabeleçam uma relação de parceria de cuidados com o doente em colaborar nos cuidados para atingir os objetivos. LeFebvre & Felice (2016), referem que é fundamental envolver não só o próprio doente, mas também a sua família na educação do mesmo.

A informação transmitida deve incluir nome, dosagem, aspeto da terapêutica, frequência, efeitos secundários, quando e como contactar o profissional de saúde em qualquer situação (Moody et al., 2010; Winkeljohn, 2007). A educação deve ser individualizada e deve contemplar informação verbal e deve ser reforçada através de suporte escrito (Vioral et al., 2014). As recomendações internacionais indicam que deve ser fornecido a todos os doentes material educativo escrito ou electrónico previamente ou no início do tratamento (LeFebvre & Felice, 2016).

Vioral et al. (2014), descrevem que a educação à pessoa submetida a AO deve incluir o seguinte: como e quando deve tomar a terapêutica (esquema

terapêutico), os cuidados acerca do armazenamento e manipulação do AO, como gerir os efeitos secundários, quando recorrer à equipa e quando é feito o *follow-up*.

Spolestra et al. (2013), referem que estratégias como a utilização de calendários, caixas para colocação dos comprimidos, recorrer a um familiar/amigo para lembrar a hora da toma do AO podem ser utilizadas para melhorar a adesão. Moody & Jackowski (2010), referem que os calendários podem simplificar regimes terapêuticos complexos e ajudar os doentes quando devem tomar a sua medicação e na prevenção ou redução de erros.

Winkeljohn (2007), refere que regimes terapêuticos complexos podem ser confusos para os doentes e podem estar relacionados com número de comprimidos ou combinação de diferentes AO, pelo que os pacientes devem ser educados acerca efeitos secundários de forma verbal e escrita que possam surgir e reportá-los a equipa de oncologia (Winkeljohn, 2007). Moody & Kackowski (2010) referem que a utilização de panfletos que contenham a informação importante permitem ao doente obter a informação de forma rápida.

Winkeljohn (2007), refere que de forma assegurar a adesão, segurança e educação, os enfermeiros devem ser envolvidos no tratamento com AO desde o início. Os enfermeiros são fundamentais no ensino dos doentes e suas famílias, pelo que são necessárias novas diretrizes na prática, investigação a fim de promover melhores cuidados e suporte aos doentes submetidos a AO (Maloney & Kagan, 2011). Schneider et al (2011), referem que os enfermeiros são essenciais na vida do doente principalmente nos ensinos e na gestão de efeitos secundários relacionados com os AO.

Harrold (2010), acrescenta que estes têm um papel imprescindível na educação do paciente e suporte e que apenas quando o doente e os profissionais de saúde sabem qual a melhor maneira de gerir as práticas pode haver diminuição de toxicidades e melhoria de resultados. Os cuidados individualizados são importantes, pois podem ajudar os doentes na gestão dos efeitos secundários e promover estratégias que lhes permitam lembrar de como tomar a terapêutica tal como foi prescrita (Schneider et al, 2011). Os estilos de vida dos doentes variam pelo que nem sempre as intervenções são eficazes para todos os doentes pelo que é importante que estas sejam individualizadas (Schneider, Adams & Gosselin, 2014).

Moody & Jackowski (2010) referem que é importante existirem enfermeiros de referência em oncologia, pois é uma forma de melhorar a segurança do doente e adesão ao regime terapêutico. Estes enfermeiros podem ajudar os doentes e seus

cuidadores na compreensão da importância da adesão ao regime terapêutico, reconhecimento precoce de efeitos secundários e segurança no manuseamento e armazenamento dos AO (Moody & Jackowski, 2010).

Vioral et al. (2014), mencionam que é importante que os enfermeiros se atualizem constantemente acerca dos novos AO que surgem no mercado de forma a terem capacidade de transmitir conhecimentos adequados aos seus doentes. E, que a informação transmitida ao doente é fundamental para a capacitação do mesmo (Schneider et al., 2011).

Muitas dos AO tem esquemas terapêuticos complexos e interações com outras terapêuticas, o que pode ser confuso para os doentes pelo que é importante que os ensinamentos realizados acerca dos mesmos sejam eficazes para evitar confusões na dosagem da terapêutica (Vioral et al., 2014).

De forma a validar os ensinamentos transmitidos, LeFebvre & Felice (2016), referem que os enfermeiros devem contactar telefonicamente ou presencialmente os doentes após o início do tratamento com AO para verificar adesão à terapêutica e identificar a presença de efeitos secundários cada duas semanas ou mensalmente.

Vioral et al. (2014), referem que o facto dos doentes terem necessidade de contactar a equipa, cria uma oportunidade para reforçar ensinamentos acerca dos AO assim como o esclarecimento de dúvidas que possam existir. Assim, os enfermeiros têm um papel fundamental na educação e suporte do doente e na monitorização dos efeitos secundários. O envolvimento dos mesmos e monitorização através do follow-up revelou-se benéfica para os doentes submetidos a AO (Boucher et al., 2015).

Comunicação

Schneider et al (2014), referem que a maneira como é transmitida a informação é fundamental para capacitar o doente no autocuidado com os AO. Segundo Yagaski & Komatsu (2013), a informação acerca dos AO não deve ser comunicada no momento do diagnóstico ou recidiva.

De forma a garantir a segurança na administração dos AO e de forma a obter os melhores resultados dos tratamentos, deve ser utilizada uma linguagem simples, clara e concisa, de acordo com as necessidades individuais de cada pessoa (Harrold, 2010; Moody et al, 2010). Esta interação verbal deve ser sempre acompanhada de informação escrita e não deve ser apenas focada na gestão de problemas mas também deve fornecer informações sobre o plano de tratamento e

esquema terapêutico (Harrold, 2010). Na consulta de enfermagem é importante questionar o doente acerca dos pontos chave para confirmar que compreendeu a informação fornecida.

Com o sucesso dos tratamentos e com o surgir da doença oncológica como uma doença crónica, os enfermeiros devem individualizar os cuidados personalizando a informação que transmitem aos seus doentes (Arber et al., 2017).

O mesmo autor refere ainda que, a informação transmitida deve ser eficaz pois permite a adesão terapêutica e optimização do tratamento (Arber et al., 2017).

Gestão de efeitos secundários

Gassman et al., (2016), referem que os AO têm efeitos secundários tão graves como a quimioterapia endovenosa. Quando os efeitos secundários dos AO são geridos de forma inadequada podem ocorrer interrupções do tratamento ou necessidade de suspender o mesmo (Vioral et al., 2014). Os ensinamentos acerca da gestão de efeitos secundários e o esquema terapêutico devem ser o foco de atenção dos enfermeiros quando o doente está submetido aos AO (Schneider et al., 2011).

Os enfermeiros devem ensinar os doentes como tomar corretamente e de forma segura quimioterapia oral, ajudá-los a gerir os efeitos secundários e procurar e monitorizar complicações tais como interações alimentares e medicamentosas, custos, segurança e adesão aos tratamentos (Moody & Jackowski, 2010). As intervenções de enfermagem que incorporam a educação, detecção precoce de sintomas podem melhorar os resultados dos cuidados de enfermagem (Schneider et al., 2011). A responsabilidade da quimioterapia oral tem sido atribuída aos doentes, no entanto é responsabilidade da equipa multidisciplinar estarem devidamente preparados e ajudarem os mesmos na gestão de AO (Harrold, 2010).

A presença dos efeitos secundários não só afeta a adesão à terapêutica mas também a imagem corporal do doente e qualidade de vida (Schneider et al., 2011). Arber et al. (2017), refere que é muito importante que os doentes saibam a diferença entre os efeitos secundários que podem ser geridos e aqueles que devem ser reportados aos profissionais de saúde de forma imediata. Os enfermeiros devem monitorizar as toxicidades integrando na sua prática a monitorização das toxicidades associadas aos AO utilizando a *National Cancer Institute Common Toxicity Criteria* para classificar as mesmas (Gassman et al., 2016).

As intervenções de enfermagem têm facilitado a gestão dos efeitos secundários e tem tido um impacto positivo na adesão aos AO pelo que é crucial

que os doentes tenham conhecimento dos possíveis efeitos secundários e os riscos associados aos mesmos (Schneider et al., 2011; Gassman et al., 2016; Arber et al., 2017).

Gestão terapêutica e Segurança na administração

LeFebvre & Felice (2016), referem que a transição na administração da quimioterapia reduziu a habilidade dos profissionais em manter a segurança e correta administração dos AO. Como tal, é necessário que os enfermeiros integrem na sua prática as *guidelines* definidas pela *American Society of Clinical Oncology (ASCO)/Oncology Nursing Society (ONS) Chemotherapy Administration Safety Standards* (Neuss et al., 2013).

Yagasaki & Komatsu (2013), referem que uma gestão terapêutica ineficaz pode causar progressão da doença ou levar a morte pela gravidade dos efeitos secundários. Pelo que Schneider et al. (2011), mencionam que a segurança na administração dos AO é fundamental para a proteção do próprio doente, cuidadores e ambiente.

O doente deve estar capacitado para gerir os AO o que requer responsabilidade e segurança na auto-administração e comunicar com o profissional de saúde sempre que necessário (Arber et al., 2017). Cabe aos enfermeiros monitorizar os riscos e ajudar o doente na gestão das toxicidades associados aos AO (Arber et al, 2017).

A toxicidade dos AO é equivalente à da quimioterapia endovenosa (Schneider et al., 2011). Neuss et al. (2013) recomendam que os AO devem ser tratados da mesma forma que a quimioterapia endovenosa. Os problemas de segurança relacionados com a quimioterapia oral são tão importantes como aqueles associados à quimioterapia endovenosa pelo que os doentes e cuidadores devem estar instruídos e devem compreender os perigos associados a tais terapêuticas (Moody & Jackwoski, 2010). Os mesmos autores, referem que é importante o enfermeiro determinar se o doente ou cuidador são capazes de assumir as responsabilidades associadas aos AO antes de prosseguir com o planeamento.

Se os enfermeiros forem envolvidos no início do tratamento do doente com AO, terão conhecimentos acerca da situação do doente e facilmente podem identificar “doentes de risco” (Yagaski & Komatsu, 2013). Weingart et al. (2012), defendem que a entrega do AO deve ser feita presencialmente com o doente,

envolvendo o mesmo neste processo, e que esta estratégia tem demonstrado ser eficaz na prevenção de erros.

Tanto os doentes como a sua família devem ser informados acerca dos cuidados a ter com a pele quando manipulam os AO, devem ser instruídos no sentido de utilizar luvas e lavar bem as mãos após manipular a terapêutica assim como no sentido de devolverem a medicação não utilizada para os dispositivos adequados (Schneider et al., 2011).

Embora as *guidelines* sejam seguidas na maior parte dos sítios, verifica-se que não é garantida a segurança do doente. É necessário realizar mais investigação para que os AO sejam prescritos e administrados da forma mais segura possível. Os enfermeiros assumem a responsabilidade nos doentes submetidos a AO (LeFebvre, 2016). A responsabilidade dos enfermeiros em oncologia é de facilitar a educação do doente, comunicação, gestão de sintomas e *follow-up* (Kav et al., 2008).

Quadro 2: Caracterização e descrição dos resultados

Autores	Arber, A., Odelius, A., Williams, P., Lemanska, A. , Faithfull, S.
Ano	2017
Publicação	Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence? A mixed method study. European Journal of Cancer Care, 26, p1-8
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Compreender a relação entre os conhecimentos dos doentes acerca dos AO e a adesão à terapêutica.
Resultados/conclusões	Os AO trouxeram uma mudança de paradigma no tratamento das doenças oncológicas, permitindo uma maior autonomia para o doente. Os cuidados relativamente aos AO necessitam de ser reconhecidos e identificados como sendo de alto risco. A não adesão está relacionada com o défice de conhecimentos relativamente as terapêuticas AO. Desta forma, a educação do doente deve ser feita numa consulta antes do doente iniciar o tratamento com AO. A informação transmitida deve ser sempre personalizada e deve ser eficaz, pois promove a adesão terapêutica e optimização do tratamento. Os profissionais tais como médicos, enfermeiros e farmacêuticos devem estar envolvidos no suporte do doente no domicílio de modo a que estejam acessíveis para os doentes na fase inicial do tratamento. Cabe aos enfermeiros monitorizar os riscos e ajudar o doente na gestão das toxicidades associados aos AO. Os conhecimentos dos doentes, a compreensão e a retenção da informação influenciam diretamente a adesão terapêutica.

Autores	Gassmann, C., Kolbe, N., Brenner, A.
Ano	2016
Publicação	Experiences and coping strategies of oncology patients undergoing oral chemotherapy: First steps of a grounded theory study. European Journal of Oncology Nursing, 23, 106-114.
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Investigar como é que os doentes experienciam os AO.
Resultados/conclusões	Ao serem submetidos a AO, os doentes reportaram ter tido alterações físicas e emocionais e efeitos secundários .Todos os doentes aderiram aos AO embora tenha sido um desafio devido à complexidade do regime terapêutico. A adesão à terapêutica está relacionada com as crenças acerca da sua eficácia. Monitorizar as toxicidades e oferecer suporte diariamente aos doentes é um indicador de resultados no cuidar ao doente oncológico. A responsabilidade da gestão dos AO mudou dos profissionais para os doentes que se tornaram responsáveis pela gestão dos AO. Assim, é importante educar os doentes acerca dos efeitos secundários dos AO. A maioria das pessoas prefere o tratamento com AO do que a via endovenosa. Embora, os doentes mencionam sentir insegurança por não

	terem apoio dos profissionais no domicílio. A educação do doente deve ser feita ao iniciar os AO, integrando os AO tendo em conta a vida quotidiana do doente e deve incluir informação acerca das toxicidades associados aos mesmos. Os enfermeiros devem integrar na sua prática a monitorização das toxicidades associadas aos AO utilizado a <i>National Cancer institute Common Toxicity Criteria</i> para classificar as mesmas.
--	--

Autores	LeFebvre, K., Felice, T.
Ano	2016
Publicação	<i>Nursing Application of Oral Chemotherapy Safety Standards: An informal survey. Clinical Journal of Oncology nursing, 20(3), p.258-262.</i>
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Avaliar a aplicação das <i>guidelines</i> da ASCO/ONS na prática.
Resultados/conclusões	A transição na administração da quimioterapia reduziu a capacidade dos profissionais em manter a segurança e correta administração dos AO. Embora as <i>guidelines</i> sejam seguidas na maior parte dos sítios, verifica-se que nem sempre a segurança do doente é garantida. É necessário realizar mais investigação para que os AO sejam prescritos e administrados da forma mais segura possível. Os enfermeiros têm uma grande responsabilidade nos doentes submetidos a AO. A aplicação das <i>guidelines</i> definidas pela ASCO/ONS assim como a identificação das necessidades dos doentes em concordância com a promoção da educação e gestão de efeitos secundários, garantirá a segurança e bem-estar ao doente. As recomendações internacionais indicam que deve ser fornecido a todos os doentes material educativo escrito ou electrónico previamente ou no início do tratamento. A educação do doente deve incluir informação acerca do armazenamento, manuseamento e esquema terapêutico assim como terapêuticas de suporte, interações alimentares e medicamentosas e omissões de tomas. O momento em que são realizados os ensinamentos é fundamental. Pois, quando o doente recebe a notícia de um diagnóstico ou recidiva, as informações transmitidas acerca do AO podem não ser retidas. Os enfermeiros devem contactar telefonicamente os doentes submetidos a AO para monitorizar adesão aos AO e a presença de efeitos secundários.

Autores	Schneider, S., Hess, K., & Gosselin, T
Ano	2011
Publicação	<i>Interventions to Promote Adherence With Oral Agents. Seminars in Oncology Nursing, 27 (2), 133–141.</i>
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Apresentar os desafios dos AO para os doentes e cuidadores e sugerir intervenções para promover a adesão aos AO.

Resultados/conclusões	Através de estratégias de educação do doente e gestão de sintomas é possível promover a adesão. Aumentar a taxa de adesão aos AO é um fator positivo, mas mais importante é o aumento da sobrevivência e da esperança média de vida e a manutenção da segurança e qualidade de vida. Quando existe não adesão ocorre um risco de que a dosagem administrada seja incorreta e que ocorra recidiva da doença. A dosagem correta, educação e gestão de sintomas são fundamentais para assegurar a adesão. As intervenções de enfermagem que incorporam educação, detecção de sintomas precoce e lembretes podem melhorar a adesão. Os efeitos secundários dos AO são tão perigosos como os da quimioterapia endovenosa. Os ensinamentos acerca da gestão de efeitos secundários e o esquema terapêutica devem ser o foco de atenção dos enfermeiros quando o doente está submetido aos AO. A presença dos efeitos secundários não só afeta a adesão à terapêutica, mas também a imagem corporal do doente e qualidade de vida. As intervenções de enfermagem que tem facilitado a gestão dos efeitos secundários tem tido um impacto positivo na adesão aos AO. A informação transmitida ao doente é fundamental para a sua capacitação. Os doentes devem ser contactados telefonicamente ou devem voltar presencialmente para serem monitorizados frequentemente. Os enfermeiros são responsáveis pelos ensinamentos e gestão dos efeitos secundários relacionados com os AO.
------------------------------	---

Autores	Vioral, A., Leslie, M., Best, R., & Somerville, D.
Ano	2014
Publicação	<i>Patient Adherence With Oral Oncolytic Therapies. Seminars in Oncology Nursing, 30 (3), 190–199.</i>
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Discutir os desafios e estratégias que permitam responder às necessidades dos doentes.
Resultados/conclusões	A adesão aos AO é um desafio. O conhecimento dos enfermeiros é essencial para dar suporte e monitorizar a adesão dos doentes. Os enfermeiros devem recorrer a estratégias eficazes de forma a monitorizarem e terem um impacto positivo para os doentes. A adesão tem sido identificada como sendo o maior desafio para o sucesso dos resultados relativamente as terapêuticas AO. Os enfermeiros devem ajudar os doentes a compreender a complexidade dos AO e ser o seu “ <i>advocate</i> ”. As intervenções que incluem a educação, gestão de sintomas e <i>follow-up</i> rigorosos podem melhorar os resultados. Os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação da capacidade do doente em seguir o regime terapêutico. A educação deve ser individualizada e deve contemplar informação verbal e deve ser reforçada através de suporte escrito.

Autores	Yagasaki, K. , Komatsu, H.
Ano	2013
Publicação	<i>The need for a nursing presence in oral chemotherapy, Clinical Journal of Oncology Nursing, 17 (5), 512-516.</i>
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Esclarecer o papel e as responsabilidades dos enfermeiros relativamente aos AO.
Resultados/conclusões	Os doentes submetidos a AO encontram-se isolados. Os enfermeiros em oncologia devem estar presentes desde o início dos tratamentos. Os enfermeiros devem ter uma atitude proativa coordenando os cuidados com outros profissionais de saúde de forma assegurar as necessidades dos doentes e prevenir o aparecimento de efeitos indesejáveis. Os enfermeiros devem ser atentos, estabelecer uma relação com os doentes, esclarecê-los e oferecer suporte aos mesmos. O envolvimento dos enfermeiros junto das pessoas submetidas a AO é fundamental para identificar situações de não-adesão. As responsabilidades dos enfermeiros na administração de AO devem ser esclarecidas para que estas sejam claras para o doente e outros profissionais de saúde.

Autores	Spolestra, S., Given, B., Given, C. , Grant, M. , Sikorskii, A., You, M., Decker, V.
Ano	2013
Publicação	<i>An intervention to improve Adherence and Management of Symptoms for Prescribed Oral Chemotherapy Agents, Cancer Nursing, 36(1), 18-28.</i>
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Examinar as intervenções que permitem gerir sintomas e adesão aos AO.
Resultados/conclusões	Adesão pode afetar eficazmente o tratamento do cancro. Os enfermeiros necessitam de focar a sua atenção na educação assegurando que os doentes compreendam o regime terapêutico e a necessidade da adesão aos AO para a eficácia do tratamento. Os enfermeiros devem promover formas de lembrar a toma da terapêutica e gestão de sintomas para prevenir efeitos secundários.

Autores	Given, B., Spolestra, S., Grant, M.
Ano	2011
Publicação	<i>The challenges of oral agents as antineoplastic treatments. Seminars in Oncology Nursing, 27(2),p.93-103</i>

Objetivos do estudo/Questão de investigação	Identificar os problemas da adesão aos antineoplásicos orais.
Resultados/conclusões	A falta de adesão aos AO é um problema que pode resultar em doenças ou complicações no tratamento, progressão de doenças ou morte. Os cuidadores devem monitorizar e facilitar a adesão identificando as barreiras e implementando estratégias que assegurem a adesão e melhorem os resultados associados aos cuidados de saúde.

Autores	Maloney, K. , Kagan S.
Ano	2011
Publicação	<i>Adherence and oral agents with older patients, Seminars in oncology, 27(2), 154-160</i>
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Compreender os problemas de adesão dos idosos às terapêuticas AO
Resultados/conclusões	Os adultos mais idosos apresentam um risco elevado de não adesão. As barreiras na adesão estão relacionados com a idade, alterações físicas, cormobilidades, polimedicação e interações medicamentosas. Os enfermeiros devem definir planos individualizados para minimizar as barreiras e dar suporte na adesão aos AO.

Autores	Moody, M., Jackowski, J.
Ano	2010
Publicação	<i>Are patients on oral chemotherapy in your practice setting safe? Clinical Journal of Oncology Nursing, 14(3), 339-346.</i>
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Descrever o papel do enfermeiro nos AO no contexto de ambulatório.
Resultados/conclusões	Com o aumento da utilização dos AO e responsabilidades do doente, o enfermeiro em oncologia deve procurar estratégias que lhe permita ajudar os doentes na gestão dos mesmos. Os enfermeiros devem ensinar os doentes como tomar adequadamente e de forma segura os AO, ajudar na gestão dos efeitos secundários. Devem procurar e monitorizar complicações como interações alimentares e medicamentosas, garantir a segurança do doente e promover a adesão aos AO. Alguns doentes podem pensar que um “comprimido” é menos tóxico do que o tratamento através da quimioterapia endovenosa, isto é na realidade uma “falsa crença”. É necessário fornecer informação as pessoas submetidas a AO e monitorizá-las através do <i>follow-up</i> .

Autores	Kav, S. et al
Ano	2008
Publicação	Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. <i>Support Care Cancer</i> , 16,1075-1083.
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Explorar o papel dos enfermeiros na educação e <i>follow-up</i> dos doentes submetidos a AO e identificar lacunas na educação dos doentes relativamente aos AO.
Resultados/conclusões	É necessário mais investimento na educação dos doentes submetidos a AO de forma assegurar uma educação do doente eficaz. Como tal, é necessário desenvolver suportes escritos para os doentes submetidos AO. Os AO deram início a uma nova era no tratamento do cancro que requer que os profissionais de saúde revejam a sua posição na gestão dos AO junto destes de forma a garantir a qualidade nos cuidados. A responsabilidade dos enfermeiros em oncologia é de facilitar a educação do doente, comunicação, gestão de sintomas e <i>follow-up</i> .

Autores	Harrold
Ano	2010
Publicação	Effective management of adverse effects while on chemotherapy implications for nursing practice. <i>European Journal of Cancer</i> , 19, 12-20.
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Identificar práticas que permitam a gestão de toxicidades de AO e orientações que permitam aos enfermeiros especializados em oncologia oferecer suporte aos doentes submetidos aos AO.
Resultados/conclusões	Os enfermeiros têm um papel fundamental na educação e suporte do doente. É fundamental que o doente e o enfermeiro encontrem estratégias que lhes uma melhor gestão dos AO. Este facto irá permitir minimizar as toxicidades e obter melhores resultados. A informação deve ser adequada às necessidades dos doentes fornecendo informações suficientes que garantam a segurança e eficácia do tratamento, evitando confusão, ansiedade e preocupação para a pessoa submetida a AO.

Autores	Boucher, J., Lucca, J. , Hooper, C., Pedulla, L., Berry, D.
Ano	2015
Publicação	A structured nursing intervention to address oral chemotherapy adherence in Patients with non-small cell lung cancer, <i>Oncology Nursing Forum</i> , 42(4), 383-389.
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Avaliar as intervenções de enfermagem na aquisição de conhecimentos para o doente e na adesão ao tratamento utilizando a <i>MOATT</i> .
Resultados/conclusões	A educação dos doentes submetidos a AO é fundamental para aumentar o conhecimento do doente e promover a adesão. O <i>follow-up</i> e a monitorização dos efeitos secundários deve ser realizada até 72 horas. Os enfermeiros devem reforçar a educação e monitorizarem os efeitos secundários, recorrendo a intervenções psicológicas e psicossociais. O envolvimento dos enfermeiros, assim como a utilização da <i>MOATT</i> e monitorização através do <i>follow-up</i> revelou-se benéfica para os doentes submetidos a AO.

Autores	Winkeljohn, D.
Ano	2007
Publicação	Oral chemotherapy medications: The need of a Nurse´s touch. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> , 11 (6), 793-796.
Objetivos do estudo/Questão de investigação	Identificar as estratégias que ajudam o doente submetido a AO.
Resultados/conclusões	Os enfermeiros podem aumentar a adesão e promover a segurança do doente recorrendo a suporte escrito. Devem encorajar os mesmos a utilizarem diários, calendários e contactos que lhes permitam aceder a informação transmitida. Os enfermeiros devem aprender acerca dos AO, incluindo a utilização, dosagem, efeitos secundários e interações alimentares e medicamentosas.

CONCLUSÃO

Os AO trouxeram uma mudança de paradigma no tratamento da doença oncológica (Arber et al., 2017). Com o aumento dos AO, tornou-se necessário recorrer a novas estratégias para manter a segurança do doente (LeFebvre & Felice, 2016). Dado o aumento da utilização de AO, torna-se necessário que os enfermeiros tenham um papel ativo na educação do doente e *follow-up* (Kav et al., 2008). A principal responsabilidade dos enfermeiros em oncologia é de facilitar o suporte educacional, comunicação, gestão de sintomas e follow-up (Kav et al., 2008).

Apesar da sua grande utilização, Arber et al. (2017), referem que os conhecimentos dos doentes acerca dos AO continuam a ser baixos pelo que é crucial que haja uma compreensão dos efeitos secundários expectáveis e dos riscos associados aos mesmos.

Deste modo, é imprescindível que antes de iniciarem os tratamentos com AO, os enfermeiros devem treinar os seus doentes de como comunicar eficazmente com os profissionais de saúde quando experienciam efeitos secundários ou quando existe não adesão. Os enfermeiros necessitam de ajudar os seus doentes a compreender a importância de aderirem ao tratamento para que o mesmo seja eficaz (Spolestra et al., 2013).

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

A educação dos doentes e suas famílias deve ser o fator mais importante para o sucesso dos resultados dos doentes submetidos aos AO (Kav et al., 2008). Apesar de assistirmos a um aumento de AO no tratamento da doença oncológica, verifiquei que a maior parte dos contributos mapeados são revisões sistemáticas da literatura pelo que seria importante a realização de mais investigação no sentido de melhorar a prática de enfermagem na gestão de doentes submetidos a AO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arber, A., Odellius, A., Williams, P., Lemanska, A. & Faithfull, S. (2017). Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence? *European Journal of Cancer*, 26, 1-8.
- Boucher, J., Lucca, J., Hooper, C., Pedulla, L. & Berry, D. (2015). A structured nursing intervention to address oral chemotherapy adherence in Patients with non-small cell lung cancer. *Oncology Nursing Forum*, 42(4), 383-389.
- Gassmann, C., Kolbe, N, Brenner, A. (2016). Experiences and coping strategies of oncology patients undergoing oral chemotherapy: first steps of a grounded theory study. *European Journal of Oncology Nursing*, 23, 106-114.
- Harrold, K. (2010). Effective management of adverse effects while on chemotherapy implications for nursing practice. *European Journal of Cancer*, 19, 12-20.
- Given, B. Spolestra, S., Grant, M. (2011). The challenges of oral agents as antineoplastic treatments. *Seminars Oncology Nursing*, 27(2), 93-103.
- Jacobson, J., Polovich, M., Gilmore, T., Schulmeister, L. , Esper, P. ... Neuss, M. (2012). Revisions to the 2009 American Society of Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration standars: expanding tthe scope to include inpatient settings. *Oncology Nursing Forum*, 39(1), 31-38.
- Kav, S. , Johnson, J., Rittenberg, C., Fernadez-Ortega, P. , Suominen, T., ..& Clarck-Snow, R. (2008). Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. *Support Care Cancer*, 16, p. 1075-1083.
- LeFebvre, K. & Felice, T. (2016). Nursing application of oral chemotherapy safety standards: an Informal Survey. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 20 (3), 258-62.
- Maloney, K. & Kagan S. (2011). Adherence and oral agents with older patients. *Seminars in oncology*, 27(2), 154-160

- Moody, M. & Jackowski, J. (2010). Are patients on oral chemotherapy in your practice setting safe? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 339-346.
- Rudnitzki, T. & McMahon, D. (2015). Safety challenges and recommendations. *Clinical Journal of Oncology*, 19(3), 41-46.
- Schneider, S., Hess, K. & Gosselin T. (2011). Interventions to Promote Adherence With Oral Agents. *Seminars of oncology*, 27 (2), 133-141.
- Schneider, S., Adams, D. & Gosselin, T. (2014). A tailored nurse coaching intervention for oral chemotherapy. *Journal of the advanced practitioner in Oncology*, 5(3), 163-172.
- Spolestra, S., Given, B., Given, C., Grant, M., Sikorskii, A., You, M. & Decker, V. (2013). An intervention to improve adherence and management of symptoms for patients prescribed oral chemotherapy. *Cancer nursing*, 36(1), 18-28.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute. Acedido a 05-10-2017. Disponível em https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Yagasaki, K. & Komatsu, H. (2013). The need for a nursing presence in oral chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17 (5), 512-516.
- Vioral, A., Leslie, M., Best, R. & Somerville, D. (2014). Patient adherence with oral oncolytic therapies. *Seminars in Oncology nursing*, 30(3), 190-199.
- Weingart, S.N., Brown, E., Bach, P.B., Eng, K., Johnson, S.A., Kuzel, T.M., Walters, R.S., 2008. NCCN task force report: oral chemotherapy. *J. Natl. Compr. Cancer Netw.* 6 (Suppl. 3), 1-14.
- Zerillo, J., Goldenberg, B., Kotecha, R., Tewari, A. & Jacobson, J. (2018). Interventions to improve oral chemotherapy safety and quality: a systematic review. *Jama Oncology*, 4(1), 105-117.

APÊNDICE I- ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Tabela 1- Pesquisa CINAHL PLUS *with full text* (realizada a 23 de Novembro de 2017)

#ID	Termos de pesquisa	Resultados
#15	Limite 01-01-2007 e 31-01-2017 Limite idioma: Inglês	59
#14	#11 AND #12 AND #13	76
#13	#9 OR #10	354
#12	#6 OR #7 OR #8	853,451
#11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	735,123
#10	"Oral chemotherapy"	318
#9	"Oral antineoplastic"	39
#8	"Patient self-care"	190
#7	"Patient"	849,171
#6	MH "Patients"	9,002
#5	"Nursing interventions"	11,453
#4	MH "Nursing interventions"	7,258
#3	"Nursing"	642,828
#2	"Nurse"	200,074
#1	MH "Nurses"	57,644

Tabela 2- Pesquisa MEDLINE *with full text* (realizada a 23 de Novembro de 2017)

#ID	Termos de pesquisa	Resultados
#15	Limite 01-01-2007 e 31-01-2017 Limite idioma: Inglês	55
#14	#11 OR #12 #13	74
#13	#9 OR #10	764
#12	#6 OR #7 OR #8	2,495,319
#11	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5	741,966
#10	"Oral chemotherapy"	691

#9	<i>"Oral antineoplastic"</i>	86
#8	<i>"Patient self-care"</i>	262
#7	<i>"Patient"</i>	2,486,689
#6	<i>MH "Patients"</i>	19,697
#5	<i>"Nursing interventions"</i>	4,149
#4	<i>"Nursing"</i>	676,735
#3	<i>MH "Nursing"</i>	50,743
#2	<i>"Nurse"</i>	173,748
#1	<i>MH "Nurses"</i>	36,863

APÉNDICE IV

Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

A análise SWOT permite analisar os factores institucionais, que contribuem de forma positiva e negativa na implementação do projeto. Deste modo, foram identificadas as Forças (*Strenghts*) e Fraquezas (*Weakness*) e as Oportunidades (*Oportunities*) e as Ameaças (*Threats*).



APÊNDICE V
CRONOGRAMA

APÊNDICE VI - Estudo de caso



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Oncológica

Unidade curricular Relatório com estágio

ESTUDO DE CASO

Carine dos Reis Lopes, nº 7396

Lisboa,
Outubro 2017



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Oncológica

Unidade Curricular de Relatório com estágio

ESTUDO DE CASO

Carine dos Reis Lopes, nº 7396

Docente: Mestre Eunice Sá

Lisboa,
Outubro 2017

ÍNDICE

Pág

INTRODUÇÃO.....	3
1. APRECIÇÃO GLOBAL DA PESSOA.....	5
1.1 Dados demográficos.....	5
1.2 Experiências de vida significativas.....	5
1.3. Individualidade da pessoa.....	6
1.3.1. Projeto de vida.....	6
1.4. Padrões de vida do cotidiano.....	7
1.5 Avaliação cognitiva e emocional.....	9
1.6. Caracterização do ambiente, familiar, habitacional e social.....	10
2. HISTÓRIA DE SAÚDE DO SR.H.....	11
2.1. Antecedentes pessoais.....	11
2.2. Antecedentes familiares.....	11
2.3. História de evolução da doença atual.....	11
2.4. Impacto e gestão da doença oncológica do Sr.H.....	12
3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA SUBMETIDA A AO	15
3.1 Foco sensível aos cuidados de enfermagem: Conhecimento.....	15
3.2 Foco sensível aos cuidados de enfermagem: Comportamento de adesão.....	19
CONCLUSÃO.....	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	22

ANEXOS

ANEXO I - ÍNDICE MASSA CORPORAL

ANEXO II- ESCALA NUMÉRICA DA DOR

ANEXO III- MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

APÊNDICES

APÊNDICE I - GENOGRAMA

APÊNDICE II – ECOMAPA

INTRODUÇÃO

No âmbito do 8º curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica-vertente oncológica, durante a realização do primeiro estágio fez-nos sentido elaborar um estudo de caso de uma pessoa de quem cuidamos.

Cuidar é um ato individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais (Collière, 1999).

Durante o percurso do estágio no Hospital A, no Hospital de dia de oncologia, tive oportunidade de contactar com vários doentes e realizar consultas de primeira vez para administração de terapêutica oral antineoplásica pelo que me fez sentido elaborar um estudo de caso.

O início de uma terapêutica antineoplásica oral para tratamento de uma doença oncológica, torna-se um verdadeiro desafio não só para as pessoas e suas famílias que vivem com a doença, como também para os profissionais que cuidam das mesmas. O início dos tratamentos causa um grande impacto em todas as dimensões da vida da pessoa despoletando necessidades na mesma. Quando a pessoa não consegue gerir os mesmos assim como os efeitos secundários associados a estas terapêuticas, verifica-se um défice de autocuidado sendo necessário a intervenção de enfermagem para minimizar o mesmo (Orem, 2001).

Orem (2001), define o autocuidado como sendo a função humana reguladora que os indivíduos tem, deliberadamente, de desempenhar por si próprios ou que alguém a execute por eles para preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e bem-estar.

Durante o estágio HDO A, na prestação de cuidados, identificou-se no Sr. H. um défice de autocuidado relativamente aos AO pelo que foram planeadas as intervenções adequadas para dar resposta às necessidades do mesmo capacitando-o para o autocuidado.

Como tal, o estudo de caso elaborado pretende espelhar de que forma foi dada resposta às necessidades do Sr. H. tendo como teoria subjacente a Teoria do Déficit do autocuidado de Orem e a melhor evidência científica encontrada acerca das intervenções de enfermagem na pessoa submetida a AO.

Embora o Sr. H. tenha demonstrado alguma ansiedade em relação ao AO

que iria iniciar e de ter tido um percurso de vida percurso de doença complicado, quando foi questionado se poderia utilizar a sua história para a elaboração do estudo de caso, demonstrou total disponibilidade dando consentimento informado para o mesmo. A recolha de dados efetuada foi feita através da entrevista com o Sr. H., consulta do processo em papel e informático.

Este trabalho inicia-se com uma introdução, divide-se em três capítulos, o primeiro referente à apreciação global da pessoa, o segundo capítulo referente à história de saúde do Sr. H., o terceiro capítulo refere-se às intervenções de enfermagem na pessoa submetida a AO, finalizando com uma conclusão.

1. APRECIÇÃO GLOBAL DA PESSOA

1.1 Dados sócio-demográficos:

O Sr. H. é um homem de 57 anos, de sexo masculino, nasceu a 18-10-1960, em Fronteira no distrito de Portalegre, tendo nacionalidade portuguesa. Gosta de ser tratado por Sr. H. É natural de Coruche, no entanto, mudou-se para Lisboa durante a infância, onde reside neste momento. O Sr. H. é licenciado em agronomia, é casado e tem uma filha e um filho. Anteriormente à sua doença, trabalhava como administrador numa empresa. Neste momento, encontra-se reformado por invalidez.

1.2 Experiências de vida significativas

Ao longo do ciclo de vida de cada pessoa ocorrem várias transições favoráveis e desfavoráveis. As transições de desenvolvimento são complexas e dinâmicas, envolvem eventos biológicos e psicossociais e transições que precipitam mudanças que influenciam a saúde e bem estar em determinadas fases da vida (Hattara-Pollara, 2010). Schumacher & Meleis (2010, p. 38), referem que “as transições são definidas como uma passagem de uma etapa da vida, condição ou estado para outra”. Desta forma, as transições exigem que a pessoa e a sua família se adaptem a estas mudanças recorrendo a estratégias de suporte que lhes permitam ajustar-se às várias etapas da sua vida. Chick & Meleis (2010), defendem que as transições se referem aos processos e resultados de interações complexas entre a pessoa e ambiente e podem envolver mais que uma pessoa num determinado contexto ou situação. Assim, as transições provocam alterações profundas na vida da pessoa e nos que a rodeiam, resultando em implicações na sua saúde e bem-estar.

Ao longo da vida do Sr. H. ocorreram várias transições. Meleis (2010), referem que as transições podem ser favoráveis ou desfavoráveis. Neste sentido, o Sr. H. referiu como transições favoráveis no seu ciclo de vida, o seu casamento com a Sra. M. que tem sido o seu grande apoio, o casamento da filha e a compra da casa atual. Meleis & Trangeinstein (2010), referem que uma transição provoca uma mudança no estado de saúde, papel que cada um representa, nas suas expectativas e capacidades. Orem (2001), caracteriza a presença de uma doença oncológica como um desvio de saúde, que vai alterar a capacidade da pessoa de se autocuidar.

Quanto às mudanças que considera como tendo sido negativas, refere o aparecimento do cancro como a transição mais desfavorável na sua vida. Meleis (2010), refere que as transições de saúde-doença são mudanças súbitas as quais resultam de uma mudança de um estado de saúde para um estado de doença aguda ou de bem-estar para doença crónica.

A doença teve “um grande impacto na minha vida ”(sic). Diz que numa fase inicial, quando soube do diagnóstico foi um peso brutal, reagiu mal de forma extremamente negativa. No entanto, com ajuda da esposa como seu maior pilar, refere que começou a olhar para a sua doença de outra forma. Apesar de agora não poder trabalhar, com a doença aprendeu a dar valor as pequenas coisas da vida. Refere que para ele o facto de se conseguir levantar de manhã e poder olhar para o jardim é uma pequena vitória para o mesmo. Apesar da doença, refere que a esposa Sra. M. tem sido o seu maior equilíbrio e que apesar de saber que a sua doença não tem cura espera conseguir manter alguma qualidade de vida.

Meleis & Trangeinstein (2010), referem que os enfermeiros têm um papel fundamental nas várias etapas de transição da pessoa, pois ao apoiarem a mesma e a família nas mudanças desfavoráveis, contribuem para o seu bem-estar promovendo o seu autocuidado (Orem, 2001; Meleis & Trangeinstein, 2010).

1.3 Individualidade da pessoa

A compreensão das crenças e valores é fundamental no processo de doença na vida da pessoa. Quando prestamos cuidados, devemos ter em conta os hábitos de vida, crenças e valores de cada um. Guarda, Galvão e Gonçalves (2006), referem que é fundamental que os profissionais de saúde envolvam a família nos cuidados ao doente, pois a família conhece o doente, suas preferências, interesses, suas preocupações e os seus hábitos. Tal como a pessoa também os profissionais de saúde tem hábitos de vida, crenças e valores. Collière (1999), menciona que nos cuidados de enfermagem à pessoa, estes entram em interação e acabam por se influenciar mutuamente.

1.3.1 Projeto de vida

Apesar dos vários tratamentos e cirurgias aos quais já foi sujeito, o Sr. H. Já não acredita na sua cura, no entanto, acredita que Deus lhe vai dar força para viver

pelo menos até ao Natal, pois deseja passá-lo com a família As crenças são uma forma de conhecimento integrado, interiorizado a partir dos hábitos de vida que vão impregnar e construir o fundamento da personalidade de cada um (Collière, 1999).

O Sr. H. é católico praticante. Menciona que tem sido a fé em Deus que o tem ajudado. A esposa referiu que todos os dias rezam em conjunto e que isso lhes dá força para enfrentar cada dia que vai surgindo. E, que apesar de ambos estarem conscientes da gravidade da situação, nunca deixaram de ter fé em Deus. No entanto, o que mais o preocupa “nao é a morte, é nao ter tempo para usufruir da vida (sic)”. Refere ainda que apesar de saber do prognóstico da sua doença que “pretende ser um exemplo para a sua família e amigos” (sic) pelo que procura mesmo tendo um cancro continuar a lutar para poder usufruir ainda da sua vida. Mencionou ainda que que vê a sua doença como “uma escadaria com patamares, continua a procura de subir os degraus mas não de descer os mesmos”(sic), não tem expectativa de se curar mas procura não piorar.

1.4 Padrões de vida do quotidiano

Virgínia Henderson (1994: p. 21) referiu que a função dos enfermeiros é de:

assistir o ser humano, doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a recuperação e que ele iria desempenhar sem auxílio caso tivesse a força, a vontade ou os conhecimentos necessários para o fazer de modo a ajudá-lo a conquistar a independência tão rápido quanto possível .

Durante a sua vida, a pessoa passa por vários processos de transição, nos quais ocorrem alterações nas necessidades humanas fundamentais, como tal cabe ao enfermeiro assistir a mesma facilitando a sua recuperação até que a pessoa seja capaz de realizá-las de forma autónoma, contribuindo para o seu bem-estar. As Necessidades Humanas Fundamentais definidas por Virgínia Henderson são:

- Respirar

Desde que iniciou os tratamentos de quimioterapia e radioterapia sente um cansaço a médios esforços, sente que não consegue realizar atividades como caminhar e tarefas domésticas, pois fica logo muito cansado. O Sr. H. deixou de fumar há 30 anos. Avaliada Frequência Respiratória: 16 ciclos/minuto, na entrevista.

- Comer e Beber

Ao iniciar a quimioterapia, teve bastantes náuseas e vômitos tendo sido necessário administração de antieméticos e alterar hábitos alimentares, como comer seis vezes ao dia em pequena quantidade. Refere não ter alergias alimentares.

Avaliado peso corporal: 66 kg; Altura: 1,80 m. Apresenta um índice de massa corporal 20,4kg/m² que corresponde a um peso normal (Anexo I). Apresenta dentição própria e saudável.

- Eliminar

Relativamente à eliminação intestinal, após a cirurgia teve necessidade de uma colostomia. Refere que está funcionante. Refere sentir-se incomodado por ter uma colostomia. O Sr. H. é independente nos cuidados à colostomia. Quanto à eliminação urinária, não refere qualquer problema.

- Movimentar-se e manter a postura correta

O Sr. H. refere que com a progressão da sua doença e o facto de se sentir cada vez mais cansado, tem vindo a dificultar a sua mobilidade. Tem necessidade de passar muitas horas deitado e que a doença o tem impedido de realizar as suas atividades de vida diária.

- Dormir e Repousar

O Sr. H. refere dormir bem normalmente. Por vezes, no período da noite refere ter dores e que estas interferem no sono.

- Vestir-se e Despir-se

Relativamente a esta necessidade, o Sr. H. necessita de uma ajuda parcial da esposa para se vestir e despir.

- Manter a temperatura corporal

O Sr. H. não se recorda de ter tido febre no decorrer do seu processo de doença. Utiliza vestuário adequado à temperatura ambiente.

- Estar limpo/cuidado e proteger os tegumentos

O Sr. H. apresenta um aspecto e higiene pessoal cuidada. O Sr. H. necessita da ajuda da Sra. M. para cuidar da sua higiene. O Sr. H. refere que a dor o impede de ser autónomo nas suas atividades de vida diária. Pereira (2006), refere que a dor é uma complicação frequente e com elevado impacto na vida dos doentes com cancro. O Sr. H. refere que sente uma dor tipo “moinha” na zona da fístula junto a colostomia. Referiu que a sua dor, utilizando a escala de avaliação numérica (Anexo II) variava entre EAN mínima de 5 e EAN máxima de 10 pelo que por vezes tem de recorrer a analgesia. No momento da entrevista, o Sr. H. refere não ter dor, o que corresponde a dor zero, na escala de avaliação numérica.

- Evitar perigos para o próprio e para outrem

O Sr. H. é uma pessoa consciente e orientada. Kubler-Ross (1991), refere que nesta fase a pessoa aceita a realidade como ela é. Diz nunca ter recorrido ao

consumo de substâncias. Não apresenta diminuição da acuidade auditiva, mas apresenta da acuidade visual compensada com óculos. Em relação a sua auto-imagem pelo facto de ter uma colostomia, está alterada.

Comunicar

O Sr. H. é uma pessoa comunicativa e fácil de abordar. E, que apesar da doença mantém-se positivo. Relativamente à sexualidade, este referiu que ficou alterado em parte mas que a sua relação com a esposa mantém-se ótima.

- Agir segundo as suas crenças

A Sr. H. é católica praticante. Refere ir todos os domingos à missa e que é a sua fé em Deus que lhe permite ter força para enfrentar a sua doença, reza em conjunto com a esposa. Refere que a fé o tem ajudado a lidar de forma positiva com a sua doença. Cumpre as intervenções terapêuticas recomendadas pelos profissionais de saúde.

- Ocupar-se

Anteriormente à doença gostava de passear e de cuidar do jardim principalmente das árvores. No entanto, a doença limitou-a nesse sentido. Para se ocupar, vê televisão e lê alguns livros e faz pequenos passeios pelo jardim.

- Recrear-se

O Sr. H. refere que era uma pessoa que gostava de sair de estar com as amigos e de realizar atividades no campo e no seu jardim como podar as árvores. A sua doença veio mudar algumas coisas, no entanto mantém o gosto por olhar para o seu jardim e conversar sempre que tem oportunidade com a família e amigos.

- Aprender

O Sr. H. não demonstra dificuldades na aprendizagem nem na compreensão. É licenciado em agronomia. Sabe ler e escrever, mantém curiosidade intelectual, no entanto, já vai tendo algumas dificuldades em memorizar as coisas pelo que acaba por escrever para não se esquecer.

1.5. Avaliação cognitiva e emocional

O Sr. H. é consciente e orientado no tempo e no espaço, identifica-se a si próprio e não apresenta qualquer alteração da estrutura de si mesma. O Sr. H. não demonstra qualquer alteração ao nível da inteligência, referindo não ter dificuldade em aprender, estando receptiva à aquisição de novos conhecimentos.

Apesar de não revelar dificuldades na aprendizagem, refere ter alguma dificuldade em memorizar.

Relativamente ao tipo de comportamentos, refere numa fase inicial ter sentido como se tivesse de luto quando soube da notícia, no entanto com o tempo começou a tentar encarar a sua doença de “forma normal” (sic). Neste momento, tem uma atitude mais passiva, referindo que quer ser um exemplo para sua família e amigos e que não querem que olhem para ele com pena mas sim como um lutador.

A *Mini Mental State Examination* (Anexo III) é um instrumento de avaliação cognitiva global (Freitas, Simões, Alves e Santana, 2015). Após aplicação deste instrumento à Sr. H. obteve-se uma pontuação de 29, pelo que não apresenta défice cognitivo para o seu nível de escolaridade.

1.6. Caracterização do ambiente familiar, habitacional e social

O Sr. H. vive em Lisboa. Há 10 anos atrás comprou uma casa térrea com um grande jardim onde vive atualmente só com a Sra. M.

Relativamente às condições económicas, estas pioraram com a doença do Sr. H. A Sra. M. é licenciada em belas-artes e foi professora, neste momento vai pintando alguns quadros que por vezes vende em exposições. A Sra. M. acompanhou sempre o marido ao longo da vida e em todas as vindas ao hospital.

Na nossa sociedade, podemos dizer que a família desempenha um papel de extrema importância, pois é junto desta que adquirimos valores, tradições, hábitos que influenciam a nossa maneira de nos relacionarmos com o mundo e conseguimos contornar as dificuldades que vão surgindo na nossa vida. Perto de onde vive, tem acesso facilitado a farmácia, centro de saúde e supermercado.

2. HISTÓRIA DE SAÚDE DO SR. H.

2.1. Antecedentes pessoais

O Sr. H. refere que nunca esteve internado, nem nunca lhe foi diagnosticado qualquer tipo de doença ou problema de saúde até ao aparecimento da doença oncológica. Sempre foi uma pessoa saudável ao longo da vida. Durante a sua vida, quando precisava recorria ao centro de saúde para consultas esporádicas. Não tem alergias alimentares nem medicamentosas. O subsistema de saúde que utiliza é o Serviço Nacional de Saúde com o qual refere estar satisfeito.

2.2 Antecedentes familiares

O Sr. H. teve um irmão com neoplasia do cólon aos 42 anos. Os componentes essenciais de qualquer avaliação familiar, são o genograma (Apêndice I) que expõe a informação sobre sob a forma de árvore genealógica acerca da história familiar relativos à saúde desta e o ecomapa (Apêndice II) que representa uma esquematização visual do agregado familiar e da sua relação/interação com as redes sociais de apoio que circundam a família (Stanhope, 1999).

2.3 História de evolução da doença atual

Em outubro de 2014, o Sr. H. já tinha recorrido ao médico por queixas de ter uma hemorroida há 1 ano. Em dezembro 2014, o médico solicitou uma colonoscopia que revelou uma lesão de 5 cm. Posteriormente realizou TAC e ressonância magnética que revelaram uma lesão extensa com envolvimento do mesoreto e uma neoformação com 6,5 cm. Em dezembro de 2014, iniciou tratamento de quimioterapia com Folfox (4 ciclos) e posteriormente quimioterapia concomitante com radioterapia. Fez cirurgia em Junho de 2015, tendo ficado com colostomia. Continuou os tratamentos de quimioterapia até Novembro de 2015, apresentava trombocitopénia pelo que foi necessário fazer ajuste de dose de quimioterapia. Em junho de 2016, teve internado na cirurgia por suspeita de oclusão. Em março de 2017, num dos tratamentos de quimioterapia teve uma reação anafilática com perda de consciência, tendo sido alterado tratamento para folfiri. Em agosto de 2017, terminou radioterapia. Em outubro de 2017 iniciou TAS 102.

Neste momento, o Sr. H. encontra-se a realizar a seguinte terapêutica, Dolocalma ao pequeno-almoço, almoço e jantar , Escitalopram 10 mg, 1 comprimido ao pequeno-almoço, Pregabalina 200mg , ao pequeno-almoço e jantar e vitamina B12, 1 comprimido ao pequeno-almoço.

2.4. impacto e gestão da doença oncológica do Sr. H.

A doença oncológica impõe mudanças que vêm alterar a vida da própria pessoa e a sua estrutura familiar, exigindo por parte de todos várias readaptações e apoio por parte dos profissionais de saúde. Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010), mencionam que esta é considerada um evento stressante que exige que a pessoa redefina significados, se adapte a novos comportamentos, altere estilos de vida e lide com novas emoções podendo originar mudanças profundas no seu projeto de saúde de vida. As transições de saúde-doença são mudanças súbitas, as quais resultam de uma mudança de um estado de saúde para um estado de doença aguda ou de bem-estar para doença crónica (Meleis ,2010).

Quando é diagnosticado uma doença oncológica existem várias fases de adaptação possível que não são obrigatórias nem se sucedem pela mesma ordem, podendo não coincidir (Kubler-Ross, 1991). Quando foi diagnosticada a doença oncológica o Sr. H. refere que numa fase inicial sentiu um “peso brutal” quando recebeu a notícia mencionando como tendo sido um dos mais tristes e com maior impacto negativo na sua vida, não reagiu bem inicialmente, não aceitando o facto de ter cancro. Quando confrontado com a notícia é comum a recusa em aceitar grande parte do que lhe é comunicado. Esta fase é transitória e permite uma aceitação progressiva da realidade e poderá corresponder a uma fase de negação (Kubler-Ross, 1991). Após esta fase inicial de revolta, acabou por aceitar a sua situação de doença.

Ao surgir o cancro, tudo se alterou na sua vida. O Sr. H. era uma pessoa bastante sociável mas com o aparecimento da doença sentiu necessidade de começar a isolar-se de alguns familiares e amigos numa fase inicial. Pereira (2005), refere que a doença oncológica, no conjunto das doenças crónicas, assume uma dimensão especial diante dos mitos e crenças que a doença criou e da insegurança, medo irracional e imprevisibilidade que gera no doente e no sistema familiar. Com o apoio da esposa Sra. M. , o Sr. H. deixou de isolar-se. Atualmente, recebe visitas de amigos e familiares, o que lhe proporciona bem-estar.

O Sr. H. recorda o primeiro tratamento de quimioterapia, como tendo sido assustador mas também de grande esperança. Refere que o apoio da sua esposa foi importante assim como a forma como foi recebido pela a equipa de enfermagem. Após a enfermeira lhe ter explicado tudo aquilo que iria ser feito, sentiu-se mais tranquilo. Carvalho (2008), refere que a doença oncológica impõe mudanças e exige uma reorganização na dinâmica familiar para incorporar as atividades quotidianas assim como os cuidados que a doença e o tratamento do paciente exigem.

O cancro da colon é das neoplasias mais temidas pela sua alta incidência e pelo seu impacto físico (alteração da imagem corporal) e psicológico. O Sr. H. refere que foi muito difícil para ele saber que iria ficar com uma colostomia. “Sentia-me muito incomodado e que me sentia capaz de viver com um saco (sic)”. A doença oncológica tem um impacto a todos os níveis e a alteração da imagem corporal é difícil de aceitar pela maior parte das pessoas. O Sr. H. refere que inicialmente era muito difícil para o mesmo manipular a colostomia, porque não se sentia confortável em fazê-lo, mas com “o tempo tive de me habituar a ideia” (sic). Jerónimo e Henriques (2002), dizem que a forma de adaptação à nova situação de doença depende da importância que a pessoa dá à sua auto imagem, da capacidade de aceitação da doença por si própria e por parte dos outros, bem como do apoio psicológico que lhe é prestado.

O percurso de doença da Sr. H. não tem sido fácil, pois ao longo deste caminho refere que tem visto pouca melhorias no seu estado de saúde (sic). No entanto, neste momento tem como objetivo principal viver mais uns meses para poder usufruir da companhia da sua família. Quando os mecanismos anteriores (tratamentos) não funcionam, o doente pode entrar num quadro de depressão, o que corresponde à fase de depressão (Kubler-Ross, 1991). Em abril 2017, o Sr. H. durante a realização de um dos tratamentos referiu ter consciência de que estava a morrer, no entanto apenas verbalizou que só tinha receio de sofrer mas encontrava-se se sereno. Em Outubro de 2017, alteraram o protocolo de quimioterapia deixou de realizar tratamentos através da via endovenosa e iniciou tratamento com TAS 102, antineoplásico oral. Recorda a alteração da quimioterapia endovenosa para o TAS 102 (antineoplásico oral), como tendo sido um aspeto positivo, pois não teria de deslocar-se tantas vezes ao hospital. Os antineoplásicos orais oferecem ao doente um certo controlo do seu tratamento, reduzem as interferências com as suas atividades laborais e sociais e a deslocação ao hospital. (Kav et al, 2008). No entanto, exige uma maior vigilância por parte dos enfermeiros.

Em relação a sua doença, neste momento, encontra-se sereno, refere só ter receio de “não conseguir usufruir da vida”, exprime sentimentos de grande ansiedade, pois “quer ver o fim de tudo isto o mais rápido possível”(sic). Relativamente a sua doença, o Sr. H. refere que tem noção de que a sua situação de doença é um mau prognóstico e que já não tem qualquer expectativa de cura. A esposa Sra. M. está consciente da situação do marido, no entanto, ambos referiram que por muito difícil que seja, foi necessário aceitar a doença para poderem usufruir do tempo que ainda podem passar juntos (sic). Menciona como stressores internos, a sua doença pelo facto de esta não o deixar disfrutar completamente da sua vida (sic). Refere nunca ter experimentado terapias complementares recorrido para ajudar no seu processo de doença, pois a única coisa na qual acredita é em Deus.

Numa fase anterior, menciona já ter tido o desejo de morrer, pois queria acabar com o sofrimento. No entanto, tem sido a sua fé em Deus que lhe tem dado força para lutar com a sua doença. Após conhecer o Sr. H. e realizar a entrevista, é visível que a mesma tem passado ao longo do seu percurso de doença por várias fases de adaptação à doença.

3. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA SUBMETIDA A AO.

Hesbeen (2000), refere que os cuidados de enfermagem são a atenção particular de um enfermeiro a uma pessoa ou família, com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando as suas competências e qualidades.

A relação que se estabelece entre o doente e a equipa de enfermagem é fundamental, pois é nesta relação que os enfermeiros conseguem conhecer a pessoa a quem prestam cuidados. Conhecer o doente, torna-se um processo facilitador que permite um melhor entendimento de como este experiencia a sua doença e conseqüentemente permite que os enfermeiros intervenham ajudando as pessoas a quem prestam cuidados. Orem (2001) afirma que as pessoas podem beneficiar da enfermagem quando têm limitações derivadas ou relacionadas com a saúde que comprometem o envolvimento na manutenção do autocuidado, como foi o caso do Sr.H.

Como enfermeiros, devemos ter a percepção que a forma como cada pessoa e família vão lidar com a sua doença é uma experiencia única e individual e que as nossas intervenções devem ser individualizadas. Segundo Suhoren, Valimaki, Leino-Hilpi (2009), os cuidados individualizados são um tipo de cuidados de enfermagem que tem em conta as características pessoais do utente na sua situação clínica, a sua situação pessoal de vida e as suas preferências. Desta forma, os enfermeiros devem perceber quais as necessidades dos seus doentes, identificando situações em que existe défice de autocuidado.

O Sr. H. dirigiu-se à consulta de enfermagem para iniciar um tratamento com AO, o Trifluridina/Tipiracilo. Numa fase inicial, questionou-se o mesmo acerca dos conhecimentos que tinha sobre esta terapêutica para perceber enquanto enfermeiros quais as suas necessidades e promover desta forma o seu autocuidado.

Durante a consulta de enfermagem, identificamos os focos sensíveis aos cuidados de enfermagem, diagnósticos e foi feito um planeamento das nossas intervenções assim como dos resultados esperadas das mesmas, tendo por base a teoria de Orem do défice do autocuidado aliado a evidência científica acerca dos AO.

3.1 Foco sensível aos cuidados de enfermagem: Conhecimento

Ao questionar o Sr. H. acerca dos conhecimentos sobre o AO que iria iniciar foi possível identificar um défice de conhecimento acerca dos AO, elaborando assim

o diagnóstico “Conhecimento não demonstrado sobre autoadministração de AO”. Quando realizamos os ensinamentos às pessoas devemos envolver os prestadores de cuidados. Desta forma, percebeu-se que a Sra. M., principal prestadora de cuidados, não tinha conhecimento suficiente sobre a terapêutica administrada pelo que foi elaborado outro diagnóstico “Conhecimento não demonstrado pelo prestador de cuidados sobre autoadministração de AO”.

Como tal, procuramos adequar as intervenções de enfermagem de forma a minimizar o déficit de conhecimento existente na própria pessoa e prestador de cuidados. Orem (2001), refere que o autocuidado requer aprendizagem e uso de conhecimentos, motivação permanente e habilidades. Apesar do Sr. H. e a Sra. M. não terem conhecimentos acerca da terapêutica demonstraram vontade em aprender.

O enfermeiro tem um papel fundamental na educação do doente. Arber et al. (2017), referem que os enfermeiros devem ser envolvidos no suporte do doente desde o início do tratamento. Neste sentido, Orem (2001) refere que os enfermeiros podem ajudar os seus doentes recorrendo ao sistema de apoio-educação, o indivíduo possui capacidade para o autocuidado, necessita apenas de apoio, orientação, instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento de atividade de autocuidado. Neste encadeamento, ao ensinar sobre os AO, apesar da pessoa ter capacidade para a gestão do tratamento necessita de ser instruído pelos enfermeiros. O Sr. H. é uma pessoa com literacia pelo que revela facilidade em aprender, no entanto, não tinha qualquer informação acerca dos AO. Deste modo, foi necessário a intervenção de enfermagem a fim de ensinar o mesmo acerca dos seguintes aspetos:

- Ensinar sobre auto-administração de medicamentos;
- Ensinar sobre medidas de segurança (armazenamento, manuseamento, eliminação, interações alimentares/medicamentosas, omissões de tomas do regime medicamentoso)
- Providenciar material de leitura sobre regime medicamentoso

Quando ensinamos sobre auto-administração de AO, devemos ter em conta vários aspetos no sentido de capacitar o doente (Yagasaki & Komatsu, 2013). A educação do doente deve incluir informação acerca do armazenamento, manuseamento e esquema terapêutico assim como terapêuticas de suporte, interações alimentares e medicamentosas e omissões de tomas (LeFebvre & Felice, 2016). Quando realizamos os ensinamentos à pessoa submetida a AO, é fundamental

integrar os mesmos tendo em conta o quotidiano dos doentes (Gassman et al., 2016).

Começamos por ensinar acerca do esquema terapêutico, informando o Sr.H. que deveria como cumprir o esquema terapêutico. Foi explicado que cada ciclo era composto por 28 dias em que deveria tomar 60 mg (3 comprimidos de 20mg) de manhã e à noite, uma hora após a refeição durante 5 dias na primeira semana, seguido de uma pausa de 2 dias e recomeçar novamente 5 dias. Após a última toma, voltava a iniciar o tratamento apenas após realizar análises e ter consulta médica e de enfermagem. Vioral et al. (2014), referem que os regimes terapêuticos podem ser complexos e que os enfermeiros devem ajudar os seus doentes a compreendê-los. Este esquema terapêutico pode ser confuso pelo que foi feita validação dos ensinamentos acerca deste com o Sr. H. e sua esposa.

Outros dos aspetos importantes, é ensinar acerca dos cuidados a ter com o armazenamento dos AO. Neuss et al (2013), menciona que a ASCO/ONS recomendam o armazenamento da terapêutica em locais específicos. Assim, o Sr. H. foi informado que deve manter a terapêutica num lugar seguro, seco, sem calor ou humidade. Relativamente ao manuseamento dos mesmos, informamos o Sr. H. que não poderia partir ou esmagar os AO, assim como era necessário tomar os mesmos inteiros.

Por vezes, pode ocorrer esquecimento da toma do AO, neste sentido os enfermeiros necessitam de instruir os doentes sobre os casos em que ocorra omissão de tomas ou no caso de vomitar. Assim, ensinamos o Sr. H. sobre o que fazer em caso de omissão de tomas, o mesmo não deve repetir ou tomar a terapêutica e só deve realizar a toma seguinte seja ela à noite ou no dia seguinte.

É importante ainda informar sobre possíveis interações alimentares ou medicamentosas quando os AO tem interferência com os mesmos. No entanto, neste caso não se aplica pelo que não foi necessário intervir relativamente a estas interações.

Para além dos aspetos mencionados, é necessário realizar ensinamentos acerca dos cuidados a ter com a eliminação dos AO. Os cuidados devem ser os mesmos a ter com a quimioterapia endovenosa tal como recomenda a ASCO/ONS. Relativamente à terapêutica excedente, esta deve ser devolvida à farmácia do hospital, pois a mesma constitui um risco para o ambiente. Assim, o Sr. H. foi orientado para devolver a terapêutica à farmácia hospitalar.

LeFebvre & Felice (2016), referem que os enfermeiros devem escolher o

momento em que é transmitida a informação.

A educação deve ser individualizada e deve contemplar informação verbal e deve ser reforçada através de suporte escrito (Vioral et al., 2014). Moody & Jackowski (2010), referem que os panfletos facilitam a aprendizagem dos doentes acerca das terapêuticas AO. Neste sentido, a fim de facilitar a compreensão dos ensinamentos realizados, foi elaborado e entregue um folheto informativo acerca do Trifluridina/Tipiracilo tendo sido realizados os ensinamentos conforme as recomendações da ASCO/ONS.

Após a nossa intervenção foi possível obter resultados das mesmas. O Sr.H. e a Sra.M. demonstraram conhecimentos acerca da autoadministração de AO.

A gestão do regime terapêutico implica saber como prevenir os efeitos secundários e como gerir os mesmos. Schneider et al (2011), referem que os enfermeiros são essenciais na vida do doente principalmente nos ensinamentos e na gestão de efeitos secundários relacionados com os AO e que estes devem ser um dos focos de atenção na pessoa submetida a AO principal foco de intervenção.

Neste sentido, identificamos dois diagnósticos “Conhecimento não demonstrado sobre gestão de regime terapêutico” e um segundo diagnóstico “Conhecimento não demonstrado pelo prestador de cuidados sobre gestão de regime terapêutico”.

Perante estes diagnósticos, foi elaborado um planeamento das nossas intervenções de enfermagem:

- Ensinar sobre gestão de regime medicamentoso
- Ensinar sobre prevenção de complicações medicamentosas
- Ensinar sobre reação medicamentosa
- Ensinar sobre complicações medicamentosas
- Ensinar sobre autovigilância de reações

Neste sentido, foram realizados ensinamentos ao Sr. H e a sua esposa Sra. M. sobre as possíveis complicações associadas aos AO e como prevenir as mesmas.

As intervenções de enfermagem têm facilitado a gestão dos efeitos secundários e têm tido um impacto positivo na adesão aos AO pelo que é crucial que os doentes tenham conhecimento dos possíveis efeitos secundários e os riscos associados aos mesmos (Schneider et al., 2011; Gassman et al., 2016; Arber et al., 2017). Os AO não são isentos de efeitos secundários que resultam em complicações para o próprio doente, como tal o enfermeiro deve “prevenir complicações para a saúde dos clientes” (OE, 2012, p. 15). Neste sentido, o Sr. H. foi informado que

poderia ocorrer náuseas ou vômitos, diarreia, mucosite ou síndrome palmo-plantar. Assim, foram realizados ensinamentos ao Sr. H. sobre como prevenir e gerir as complicações da Trifluridina/Tipiracilo. O Sr.H. foi instruído acerca da terapêutica de suporte (utilização de metoclopramida, loperamida e nistatina) no caso de surgir náuseas/vômitos, diarreia, mucosite e foi ainda instruído no sentido de aplicar creme hidratante duas vezes por dia nas mãos e pés para prevenção do síndrome palmo-plantar.

No final, validou-se a informação transmitida com o Sr. H. e Sra. M. verificando-se que os mesmos compreenderam os ensinamentos demonstrando conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico.

3.2 Foco sensível aos cuidados de enfermagem: Comportamento de adesão

A adesão terapêutica aos AO é um desafio (Vioral et al., 2014). Kav et al. (2008), dizem que as pessoas submetidas aos AO apresentam uma maior incidência de não adesão. Desta forma, considera-se que pode existir um “risco de comportamento de adesão à terapêutica não eficaz”. Yagasaki & Komastu (2013), consideram que o envolvimento dos enfermeiros ao iniciar AO é fundamental na medida em que permite identificar doentes com risco de não adesão. Neste sentido, foi elaborado um plano das nossas intervenções relativamente ao diagnóstico acima descrito:

- Identificar crença de saúde dificultadora da gestão do regime terapêutico
- Incentivar adesão ao regime terapêutico
- Incentivar envolvimento na gestão do regime terapêutico
- Incentivar o envolvimento do prestador de cuidados
- Ensinar sobre complicações da gestão do regime terapêutico ineficaz

Kav et al. (2008), referem que é importante esclarecer os doentes acerca das suas crenças antes de fornecer informação a fim de ser possível esclarecer os mesmos ou reforçar as suas crenças acerca dos AO. Schneider et al. (2011) refere que adesão à terapêutica está relacionada com as crenças acerca da eficácia da mesma. Ao conversar com o Sr. H. foi possível perceber que era necessário desmistificar as crenças que o mesmo tinha acerca da eficácia dos AO. O Sr. H. tinha receio que a terapêutica oral fosse menos eficaz que a terapêutica endovenosa. Neste sentido, foram realizados esclarecimentos acerca da eficácia da

mesma e mencionada as vantagens da mesma. Os AO são vantajosos na medida em que permitem uma maior flexibilidade e conveniência para o doente causando menos interferências na sua vida diária (Schneider et al, 2014). Desta forma, o Sr. H. ficou esclarecido acerca das suas crenças acerca dos AO.

Foi explicado ao Sr.H. que o seu envolvimento na gestão do regime terapêutico era fundamental para que o mesmo fosse eficaz. Hartigan (2003), defende que a adesão assume uma extrema importância, pois está diretamente relacionada com a eficácia do tratamento. Desta forma, os enfermeiros devem desenvolver estratégias que permitam uma otimização da adesão aos AO (Winkeljohn, 2007). E, é essencial envolver não só a própria pessoa como o prestador de cuidados pelo que toda esta informação foi igualmente transmitida a Sra. M.

A não adesão representa um problema, no entanto, os casos de sobredosagem também acarretam complicações para a pessoa. Spolestra, Burhenn, Dekoekkoek, Schuller (2015) referem que a falta de adesão aos AO pode resultar em falhas de tratamento, hospitalização e, em alguns casos, reduzir a longevidade. Desta forma, instruímos o Sr. H. sobre importância de ter um comportamento de adesão eficaz tomando a terapêutica de forma correta e segura. No final foi validado com o mesmo, os ensinamentos relativamente ao esquema terapêutica e o que fazer no caso de ocorrer omissões de tomas ou no caso de vomitar.

Considera-se que o mesmo compreendeu a importância de ter um comportamento de adesão adequado.

CONCLUSÃO

O diagnóstico de uma doença oncológica surge como um acontecimento de vida que vai implicar a gestão de um turbilhão de emoções. O cancro tem uma conotação negativa e consegue alterar a perspectiva de vida da pessoa, impõe mudanças que vêm alterar a própria pessoa, assim como a sua estrutura familiar, exigindo por parte de todos várias readaptações e apoio por parte dos profissionais de saúde.

Orem (2001), refere que um desvio de saúde está relacionado com o conhecer e participar na regulação dos efeitos desconfortáveis. A mesma autora refere que é através dos conhecimentos que enfermeiros podem ajudar os doentes relativamente aos desvios de saúde.

As situações de saúde-doença, nomeadamente a doença oncológica são um verdadeiro desafio e de grande complexidade. Assim, como os tratamentos utilizados para o tratamento das doenças oncológicas.

O início do tratamento com AO, foi um desafio para o Sr. H. pelo que se torna importante os enfermeiros apoiarem os seus doentes promovendo o seu autocuidado, capacitando-os para a gestão dos mesmos. Ao cuidar e ajudar a pessoa e sua família em mudanças que ocorrem no seu estado de saúde, os enfermeiros contribuem para a recuperação do seu bem-estar.

No cuidar da pessoa e sua família é fulcral que os enfermeiros identifiquem quais as necessidades reveladas e sentidas pelo doente e família nas várias dimensões físicas, psicológicas, espirituais e sociais e desta forma minimizar as mesmas através da sua intervenção.

Assim, as intervenções de enfermagem são essenciais pois ao assistir a pessoa na procura de promoção do autocuidado, capacitam-na para que a mesma contribua para a melhoria do seu estado de saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arber, A., Odellius, A., Williams, P., Lemanska, A. & Faithfull, S. (2017). Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence? *European Journal of Cancer*, 26, 1-8
- Brink, E. & Skott, C. (2013). Caring about symptoms in person-centred care. *Open Journal of Nursing*, 3, 563-567.
- Carvalho, C. S. U. (2008). A necessária atenção à família do paciente oncológico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54 (1), 87-96.
- Chick, N. & Meleis, A. (2010). Transitions: a nursing concept. In: Meleis, A. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Direcção Geral de Saúde (2003). *Circular normativa Nº 9 DGCG*. A dor como 5º sinal vital. Acessível na Direcção geral de saúde, Lisboa, Portugal.
- Gassman, C., Kolbe, N. & Brenner, A. (2016) Experiences and coping strategies of oncology patients undergoing oral chemotherapy: First steps of a grounded theory study. *European Journal of oncology nursing*, 23, 106-114
- Guarda H, Galvão C. & Gonçalves M.(2006). Apoio à família. In: Barbosa, A., Neto IG, editores. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, Núcleo de Cuidados Paliativos 2006. p. 415.
- Hartigan, K. (2003). *Patient Education: The cornerstone of successful oral treatment*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(6), 21-24.
- Hattara-Pollara, M. (2010). Development transitions. In: Meleis, *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Henderson, V. *La naturaleza de la enfermería: una definición y sus repercusiones en la práctica, la investigación y la educación*. Nueva

York:Interamericana:Mcgraw-Hill.

- Freitas ,S. , Simões, M., Alves, L. & Santana, I.(2015). Mini mental state examination. *Escalas e testes na demência*.Porto Salvo:Novartis, 18-23
- Jerónimo, T., Henriques, R. (2002).Cuidados de enfermagem a doentes com cancro da mama. *Enfermagem oncológica*, 6, 24-40.
- Kav, S. , Johnson, J., Rittenberg, C., Fernadez-Ortega, P. , Suominen, T., ..& Clarck- Snow, R. (2008). Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. *Support Care Cancer*, 16, p. 1075-1083.
- Kubler-Ross, E. (1991). *Sobre a morte e o morrer*. 4ed. Sao Paulo:Livraria Martins Fontes
- LeFebvre, K. & Felice, T. (2016). Nursing application of oral chemotherapy safety standards: an informal Survey. *Clinical Journal Of Oncology Nursing*, 20 (3), 258-62.
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An emerging Middle-Range Theory.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. & Trangenstein, P. A. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of a nursing mission. In: Meleis, A. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Moody, M. & Jackowski, J. (2010). Are patients on oral chemotherapy in your practice setting safe? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 339-346.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6ed St Louis: Mosby. ISBN 0-323-00864-X.
- Schneider, S., Hess, K. & Gosselin T. (2011). Interventions to Promote Adherence With Oral Agents. *Seminars of oncology*, 27 (2), 133-141.
- Schneider, S., Adams,D.& Gosselin, T. (2014). A tailored nurse coaching intervention for oral chemotherapy adherence. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*,5 (3), 163-172.
- Schumacher, K. & Meleis (2010). Transitions: a central concept of nursing. In Meleis, A. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific*

Theories in Nursing Research and Practice. New York: Springer Publishing Company.

- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ªed. Lisboa: Lusociência.
- Spolestra, L., Burhenn, P., Dekoekkoek, T. & Schueller, M. (2015). A trial examining an advanced practice nurse intervention to promote medication adherence and symptom management in adult cancer patients prescribed oral anti-cancer agents: study protocol. *Journal of advanced nursing*, 72 (2), 409-420.
- Suhonen, R., Välimäki, M., & Leino-Kilpi, H. (2009). The driving and restraining forces that promote and impede the implementation of individualized nursing care: a literature review. *IJNS*, 46, 1637- 1649.
- Pereira, M. (2005). Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(1), 33-7.
- Yagasaki, K. & Komatsu, H. (2013). The need for a nursing presence in oral chemotherapy. *Clinical Journal of Oncology nursing*, 17 (5), 512-516.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-33-9.
- Vioral, A., Leslie, M., Best, R. & Somerville, D. (2014). Patient adherence with oral oncolytic therapies. *Seminars in Oncology nursing*, 30 (3), 190-199.
- Winkeljohn, D. (2007). Adherence to oral cancer therapies: nursing interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (4), 461–466.

ANEXOS

ANEXO I
ÍNDICE MASSA CORPORAL

ANEXO I - ÍNDICE MASSA CORPORAL

$$\text{IMC} = \text{Peso} / \text{Estatura}^2$$

Unidades a utilizar - no peso, quilograma (kg); na estatura, o metro (m)

Designação	IMC (kg/m²)	
		Classe de Baixo Peso
Magreza severa	< 16,00	III
Magreza média	16,00–16,99	II
Magreza moderada	17,00–18,49	I
Normal	18,50–24,99	Peso normal
Pré-obesidade	25,00–29,99	Pré-obesidade
		Classe de Obesidade
Obesidade	30,00–34,99	I
Obesidade	35,00–39,99	II
Obesidade	≥ 40,00	III

Fonte: Direcção-Geral de Saúde (2013)

ANEXO II
ESCALA DE AVALIAÇÃO NUMÉRICA DA DOR

ANEXO II - Escala de Avaliação Numérica da Dor

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
----------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	-----------	-------------------

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10.

Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que o doente faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação “Sem Dor” e a 10 a classificação “Dor Máxima” (Dor de intensidade máxima imaginável).

A classificação numérica indicada pelo doente será assinalada na folha de registo.

Fonte: Direção-Geral de Saúde (2003)

ANEXO III
MINI MENTAL STATE EXAMINATION

ANEXO III-MINI MENTAL STATE EXAMINATION

Mini Mental State Examination (MMSE)

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____
Em que mês estamos? _____
Em que dia do mês estamos? _____
Em que dia da semana estamos? _____
Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____
Em que distrito vive? _____
Em que terra vive? _____
Em que casa estamos? _____
Em que andar estamos? _____

Nota: _____

2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27_ 24_ 21 _ 18_ 15_

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra _____
Gato _____
Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio _____
Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

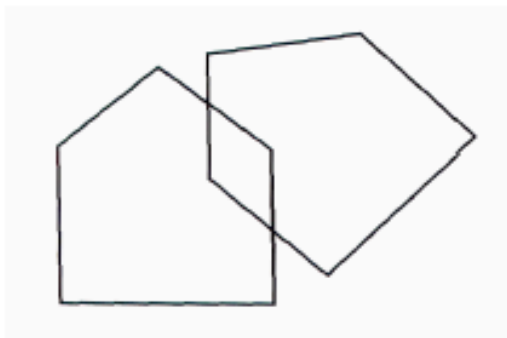
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase: _____

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia: _____

Nota: _____

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

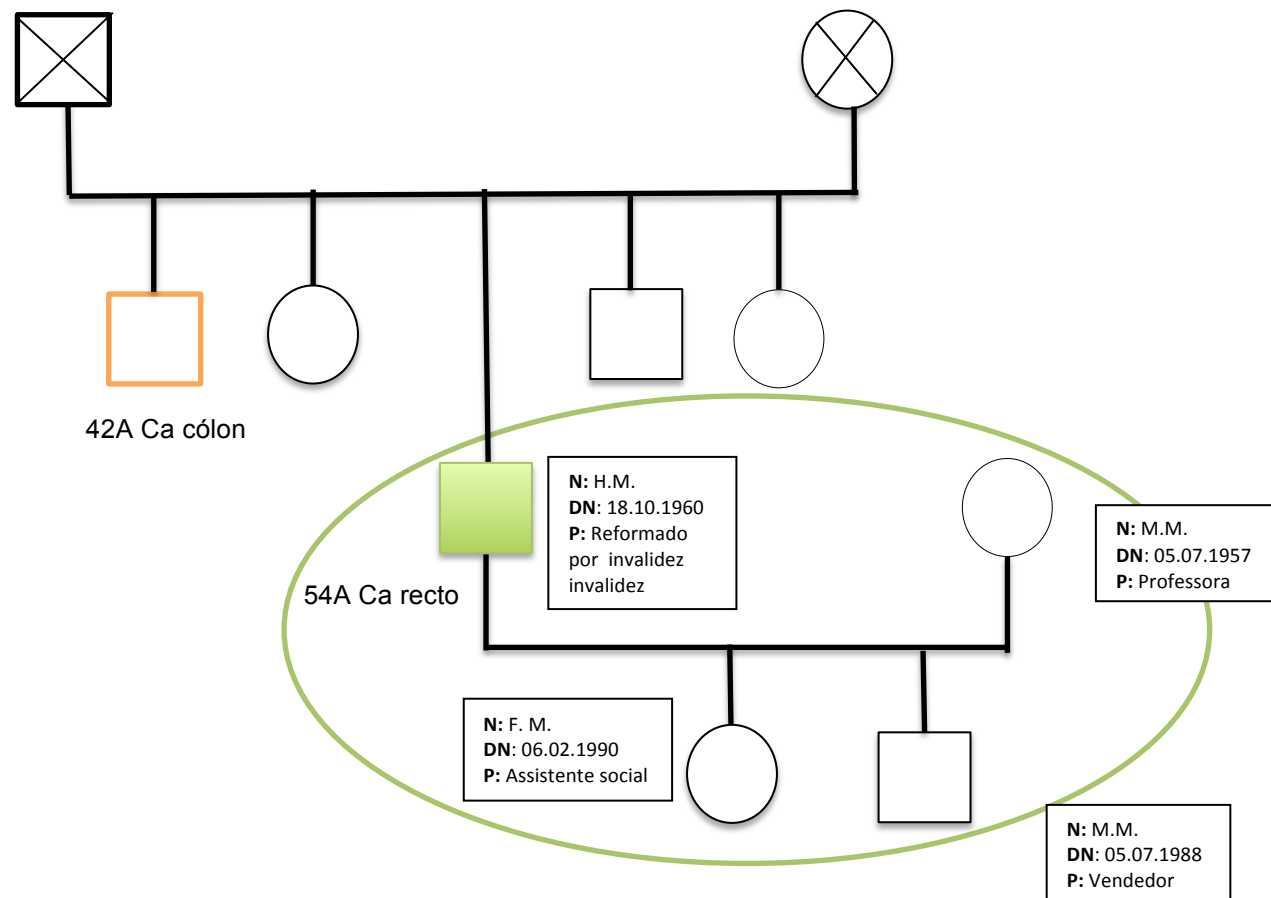
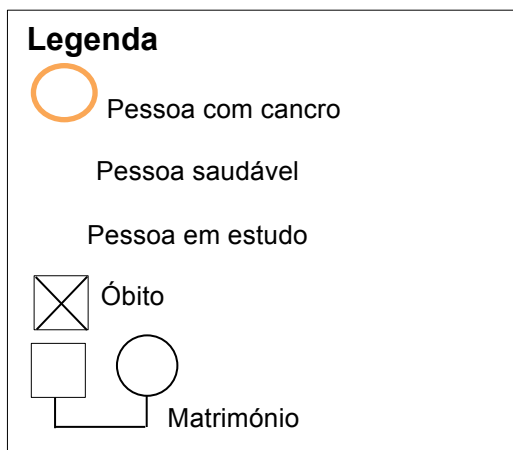
Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos \leq 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22
- com escolaridade superior a 11 anos \leq 27

APÊNDICES

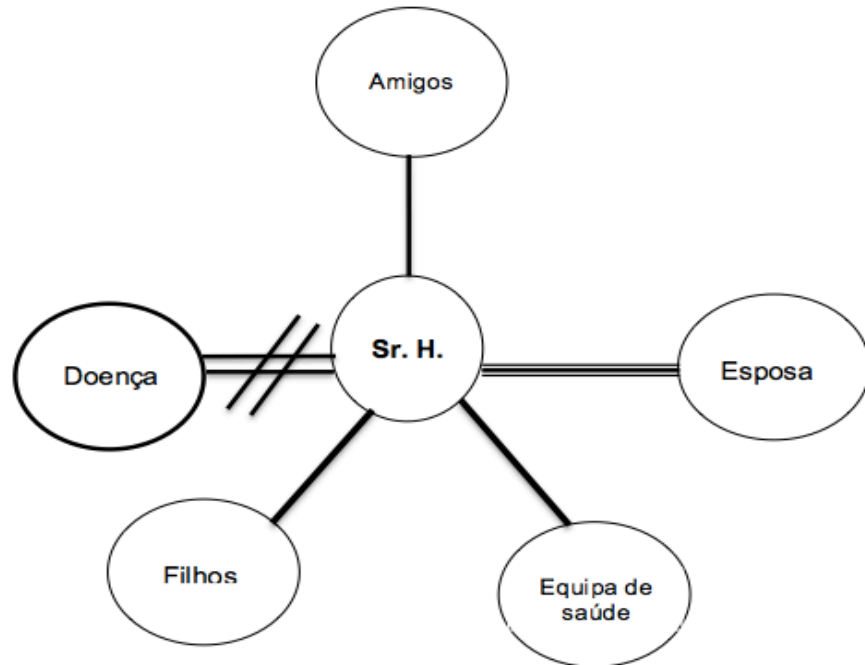
APÊNDICE I
GENOGRAMA

APÊNDICE I- GENOGRAMA





APÊNDICE II
ECOMAPA


APÊNDICE II – ECOMAPA




Legenda:

 Causador de stress

 Relação forte

 Relação fraca

 Boa Relação

APÊNDICE VII

Sessão de formação Terapêuticas Antineoplásicas Orais no HDO A



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica
Vertente Oncológica
Hospital de dia de Oncologia A

“Terapêutica oral antineoplásica no Hospital de dia de Oncologia”

Docente: Professora Eunice Sá

Aluna: Carine Lopes, nº 7396

26/10/17

Lisboa, 26 de Outubro 2017

Sumário

1. Objetivos da sessão
2. A intervenção de enfermagem na administração da terapêutica oral antineoplásica
 - 2.1 Abiraterona
 - 2.2 Capecitabina
 - 2.3 Enzulatamida
 - 2.4 Vinorelbina
3. Considerações finais- Quadro Síntese

26/10/17

Objetivos da sessão

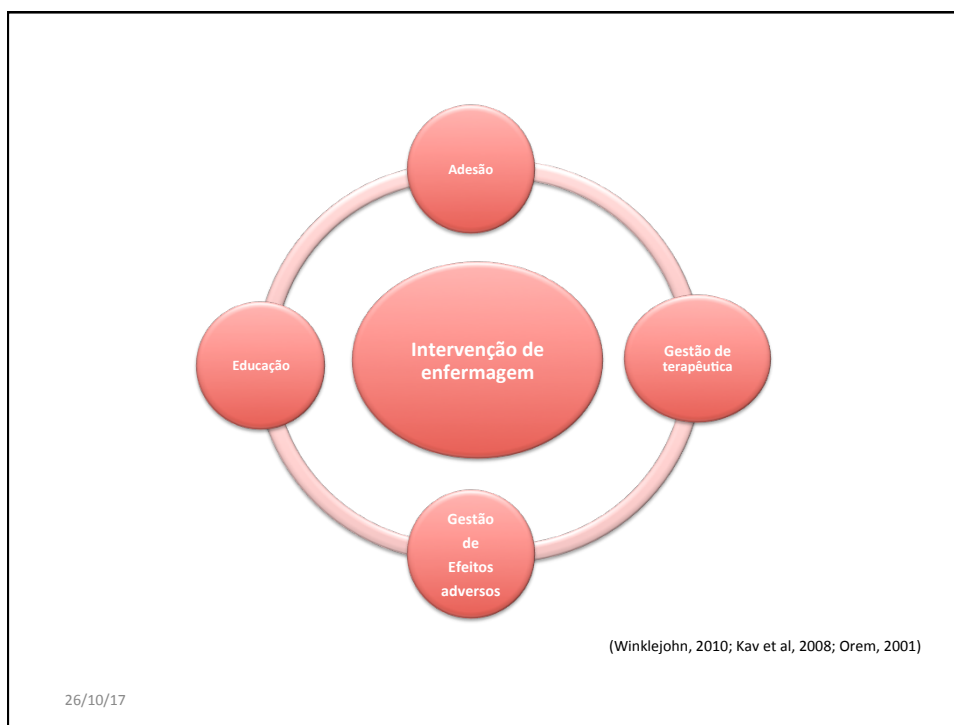
- Demonstrar conhecimentos acerca dos antineoplásicos orais (AO) mais utilizados no hospital de dia de oncologia nomeadamente Abiraterona, Capecitabina, Enzutatamida, Vinorelbina.
- Identificar a posologia e particularidades dos AO.
- Identificar os principais cuidados a ter e efeitos secundários de acordo com a especificidade de cada AO.
- Identificar quais as principais intervenções de enfermagem utilizadas para minimizar possíveis efeitos secundários dos AO.

26/10/17

Terapêutica oral antineoplásica

- ✓ Os tratamentos de cancro com antineoplásicos orais (AO) tem vindo a aumentar na última década.
(Goodin, 2007; Kav et al, 2007; Weingart et al., 2008)
- ✓ Mais de 25% de pessoas com cancro utilizam no seu tratamento os AO.
(Spolestra, Burhenn, Dekoekkoek, Schuller, 2015)
- ✓ Os antineoplásicos orais (AO) são todas as substâncias neoplásicas, citotóxicas como agentes biológicos, que podem ser administrados oralmente.
(Weingart et al., 2008)
- ✓ Os enfermeiros devem educar e ensinar de forma a melhorar a segurança do doente, adesão ao tratamento e gestão de efeitos secundários .
(Roop and Shiuann, 2014)

26/10/17



2.1. Abiraterona

- **Nome Comercial:** Zytiga
- **Indicações terapêuticas:** Tratamento no cancro da próstata metastático resistente à castração, em homens adultos assintomáticos ou ligeiramente sintomáticos ou em homens adultos em que a doença progrediu.
- **Posologia:** A dose recomendada são 4 comprimidos de 250mg de uma vez só. Tomar com água de estômago vazio.
- **Mecanismo de ação:** O acetato de abiraterona (ZYTIGA) é um inibidor da biossíntese de androgénios (actua na enzima CYP17). Bloqueia a biossíntese dos androgenios nos testículos, glândulas supra-renais e no proprio tumor.



26/10/17

Intervenções de enfermagem- Precauções a ter

Informar o doente que:

- Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.
- Se esquecer uma dose, deve tomar a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose, deve contactar o seu médico o mais rapidamente possível. Se vomitar, não volta a repetir essa toma. Nunca tome uma dose a dobrar.
- Não deve parar a medicação por iniciativa própria.
- Se o doente necessitar de ser vacinado ou de fazer algum procedimento invasivo (como cirurgia, dentista), deve informar previamente o seu médico assistente ou equipa de enfermagem do Hospital de dia de Oncologia (HDO).
- A medicação deve ser manipulada pelo próprio. Caso seja por terceiros, essa pessoa deverá utilizar luvas e lavar as mãos antes e depois da manipulação da medicação.
- Interação com medicamentos como a fenitoina, rifampicina, carbapamazina, fenobarbital (diminuem a eficácia em 55%)
- Deve usar preservativo no caso do doente ter relações sexuais.
- Deve vigiar a tensão arterial e frequência cardíaca.
- Não deve consumir Erva de S. João.
- Deve manter a medicação fora do alcance das crianças.
- Guardar a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.



26/10/17

Efeitos secundários/Intervenções de enfermagem

Efeitos secundários	Intervenções de enfermagem
Tonturas/síncope/taquicardia	Manter-se em repouso. Encaminhar para o médico assistente.
Dores articulares e musculares	Incentivar a administração de analgésicos/ encaminhar para o médico.
Afrontamentos	Incentivar a utilizar roupa confortável.
Diarreia	Incentivar a pessoa alterar dieta e aumentar ingestão hídrica.
Cansaço	Incentivar a pessoa a realizar as suas atividades de vida diária alternando com períodos de repouso. Incentivar a uma dieta equilibrada.
Edemas	Incentivar a pessoa a realizar elevação dos membros inferiores. se o edema for generalizado (face, mãos, pernas/pés) encaminhar para o médico.
Náuseas	Incentivar a pessoa a comer menos e mais vezes ao dia, a evitar cheiros intensos; Ponderar administração de antieméticos.
Neutropenia	Incentivar lavagem das mãos. Se febre superior a 37,8°C incentivar o doente a contactar a equipa de enfermagem do HDO e encaminhar para o médico.
Mucosite	Fornecer a solução de bochechos. Evitar alimentos frios, quentes, condimentados, ácidos.
Alterações na pele (nomeadamente exantema)	Utilizar produtos com pH neutro; Evitar utilizar produtos agressivos para a pele; incentivar a utilizar protetor solar.

26/10/17

2.2. Capecitabina

Nome Comercial: Xeloda

Indicações terapêuticas: Tratamento adjuvante após cirurgia dos doentes com cancro do cólon; Cancro colorectal metastático; Tratamento de primeira linha de cancro gástrico avançado; Cancro da mama localmente avançado ou metastático.

Posologia: Tomar com água após a refeição do pequeno-almoço e jantar.

Mecanismo de acção: A capecitabina bloqueia a reacção de metilação com o ácido desoxiuridílico (ARN) e síntese proteica. O ADN e ARN são essenciais para divisão celular, provocando a morte das células malignas.



Pequeno-almoço



Jantar

26/10/17

- Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.
- Se esquecer uma dose, deve tomar a dose habitual no dia seguinte. Se esquecer mais do que uma dose, deve contactar o seu médico o mais rapidamente possível. Se vomitar, não volta a repetir essa toma. Nunca tome uma dose a dobrar.

Intervenções de enfermagem- Precauções a ter

Informar o doente que:

- Não deve parar a medicação por iniciativa própria.
- Se o doente necessitar de ser vacinado ou de fazer algum procedimento invasivo (como cirurgia, dentista), deve informar previamente o seu médico assistente ou equipa de enfermagem do Hospital de dia de Oncologia (HDO).
- A medicação deve ser manipulada pelo próprio. Caso seja por terceiros, essa pessoa deverá utilizar luvas e lavar as mãos antes e depois da manipulação da medicação.
- Verificar INR se uso de varfarine
- Deve usar preservativo no caso do doente ter relações sexuais.
- Deve vigiar a tensão arterial e frequência cardíaca.
- Deve evitar produtos com Aloé Vera
- Deve manter a medicação fora do alcance das crianças.
- ^{26/10/17} Guardar a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.



Efeitos secundários/Intervenções de enfermagem

Efeitos secundários	Intervenções de enfermagem
Neutropenia	Incentivar lavagem das mãos. Se febre superior a 37,8°C incentivar o doente a contactar a equipa de enfermagem do HDO e encaminhar para o médico.
Alterações da pele	Utilizar produtos com pH neutro; Evitar utilizar produtos agressivos para a pele; incentivar a utilizar protetor solar.
Perda de apetite	Fazer refeições pequenas e aumentar o número de refeições diárias; fazer uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado; Encaminhar para nutricionista se necessário.
Diarreia	Incentivar a pessoa alterar dieta e aumentar ingestão hídrica.
Cansaço	Incentivar a pessoa a realizar as suas atividades de vida diária alternando com períodos de repouso. Incentivar a uma dieta equilibrada.
Dores abdominais	Administrar medicação analgésica ou encaminhar para o médico assistente.
Náuseas/vómitos	Incentivar a pessoa a comer menos e mais vezes ao dia, a evitar cheiros intensos; Ponderar administração de antieméticos.
Neutropenia	Incentivar lavagem das mãos. Se febre superior a 37,8°C incentivar o doente a contactar a equipa de enfermagem do HDO e encaminhar para o médico.
Mucosite	Fornecer a solução de bochechos. Evitar alimentos frios, quentes, condimentados, ácidos.
Síndrome mão-pé	Evite usar calçado apertado; quando lavar as mãos faça-o com água morna e seque-as suavemente; aplique um creme hidratante nas mãos e pés duas vezes dia; caso sintdor nas mãos ou nos pés, surjam bolhas ou fiquem muito ruborizadas (avermelhadas) contacte a equipa de enfermagem do HDO
Insónias	Evite bebidas com cafeína; evite ver televisão no quarto; use técnicas de relaxamento.

26/10/17

Toxicidades

Classificação dos efeitos secundários				
Efeitos adversos	Ligeiro Grau I	Moderado (Grau 2)	Grave (Grau 3)	Risco de vida (Grau 4)
Diarreia	Aumento de 1-3 dejeções por dia	Aumento de 4-6 dejeções/dia ou dejeções noturnas	Aumento de 7-9 dejeções/dia ou incontinência e mal-absorção	Aumento de 10 dejeções/dia ou diarreia com sangue ou necessidade de suporte parentérico
Náuseas	Sem efeito significativo no apetite	Decréscimo significativo no apetite mas capaz de comer intermitentemente	Incapaz de comer	
Vómitos	1 episódio no período de 24h.	2-5 episódios no período de 24h.	6-10 episódios no período de 24 h.	10 episódios no período de 24h ou necessidade de suporte parentérico
Síndrome mão-pé	Disestesia, parastésias, formigueiro, edema indolor ou eritema das mãos e/ou pés e/ou desconforto não impeditivo da atividade normal	Eritema doloroso e edema das mãos e/ou pés e/ou atividades que afetam a atividade diária. Desconforto ao pegar em objetos e ao caminhar.	Edema e eritema doloroso com necroses na camada superior da epiderme.	Descamação, flictenas, ulceração e dor intensa
Mucosite	Eritema sem dor	Eritema com úlceras capaz de comer normalmente	Apenas tolera líquidos	Incapaz de comer e beber
Grau de toxicidade	Manter a dose	1ª/2ª/3ª ocorrência - interromper até regresso grau 0-1 4ª ocorrência - Descontinuar definitivamente tratamento	1ª/2ª ocorrência - interromper até regresso grau 0-1 3ª ocorrência - descontinuar definitivamente tratamento	1ª ocorrência - interromper até grau 0-1 ou descontinuar definitivamente tratamento

Fonte:

Benito (2006); <https://www.oncolink.org/healthcare-professionals/o-pro-portal/articles-aboutcancer-treatment-and-medications/management-of-palmoplantarerythrodysesthesia>.

2.3 Enzalutamida

- **Nome Comercial:** Xtandi
- **Indicações terapêuticas:** Tratamento no cancro da próstata metastático resistente à castração, em homens adultos assintomáticos ou ligeiramente sintomáticos; no tratamento em homens adultos com cancro da próstata metastático resistente à castração com progressão de doença.
- **Posologia:** A dose recomendada são 160mg comprimidos de uma vez só, 1vez por dia. Pode ser tomado com ou sem alimentos.



Se um doente desenvolver **toxicidade de grau >3** ou uma reação adversa intolerável, deve **suspender-se o tratamento** durante uma semana ou até que os sintomas melhorem para um grau <2, e depois deve **retomar o tratamento com a mesma dose ou com uma dose reduzida**.

26/10/17

Intervenções de enfermagem - Precauções a ter

Informar o doente que:

- Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.
- Se esquecer uma dose, tome a dose habitual assim que se lembrar, exceto se faltar menos de 12 horas para a próxima toma. . Se esquecer mais do que uma dose, deve contactar o seu médico o mais rapidamente possível. Se vomitar, não volta a repetir essa toma. Nunca tome uma dose a dobrar.
- Não deve parar a medicação por iniciativa própria.
- Se o doente necessitar de ser vacinado ou de fazer algum procedimento invasivo (como cirurgia, dentista), deve informar previamente o seu médico assistente ou equipa de enfermagem do Hospital de dia de Oncologia (HDO).
- A medicação deve ser manipulada pelo próprio. Caso seja por terceiros, essa pessoa deverá utilizar luvas e lavar as mãos antes e depois da manipulação da medicação.
- Verificar INR se uso de varfarine
- Deve usar preservativo no caso do doente ter relações sexuais até 3 meses após o tratamento.
- Deve vigiar a tensão arterial e frequência cardíaca.
- Deve manter a medicação fora do alcance das crianças.
- Guardar a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.



26/10/17

Efeitos secundários/Intervenções de enfermagem

Efeitos secundários	Intervenções de enfermagem
Convulsões	Contactar 112 imediatamente
Alterações da pele	Utilizar produtos com pH neutro; Evitar utilizar produtos agressivos para a pele; incentivar a utilizar protetor solar.
Cansaço	Incentivar a pessoa a realizar as suas atividades de vida diária alternando com períodos de repouso. Incentivar a uma dieta equilibrada.
Cefaleias	Administrar medicação analgésica ou encaminhar para o médico assistente.
Neutropenia	Incentivar lavagem das mãos. Se febre superior a 37,8°C incentivar o doente a contactar a equipa de enfermagem do HDO e encaminhar para o médico. Alertar para evitar locais com muitas pessoas.
Hipertensão	Administrar medicação em SOS, se mantiver picos hipertensivos encaminhar para o médico assistente.
Perda de memória	Realizar exercícios para estimular a memória.

26/10/17

2.4. Vinorelbina

- **Nome Comercial:** Navelbine
- **Indicações terapêuticas:** Recidiva de cancro da mama; Cancro do pulmão de não pequenas células.
- **Posologia:** Os comprimidos são tomados uma única vez semanalmente. A dosagem e frequência de administração depende do médico.



26/10/17

Intervenções de enfermagem – precauções a ter

Informar o doente que:

- Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.
- Se esquecer uma dose, tome a dose habitual assim que se lembrar. Se esquecer mais do que uma dose, deve contactar o seu médico o mais rapidamente possível. Se vomitar, não volta a repetir essa toma. Nunca tome uma dose a dobrar.
- Não deve parar a medicação por iniciativa própria.
- Se o doente necessitar de ser vacinado ou de fazer algum procedimento invasivo (como cirurgia, dentista), deve informar previamente o seu médico assistente ou equipa de enfermagem do Hospital de dia de Oncologia (HDO).
- A medicação deve ser manipulada pelo próprio. Caso seja por terceiros, essa pessoa deverá utilizar luvas e lavar as mãos antes e depois da manipulação da medicação.
- Deve usar preservativo no caso do doente ter relações sexuais.
- Deve manter a medicação fora do alcance das crianças.
- Guardar a medicação no frigorífico à temperatura entre +2°C e 8°C.

26/10/17

Efeitos secundários/Intervenções de enfermagem

Efeitos secundários	Intervenções de enfermagem
Obstipação	Incentivar dieta rica em fibras; administrar medicação laxante
Dores articulares e musculares	Incentivar a administração de analgésicos/ encaminhar para o médico.
Perda de apetite	Incentivar a utilizar roupa confortável.
Diarreia	Incentivar a pessoa alterar dieta e aumentar ingestão hídrica.
Cansaço	Incentivar a pessoa a realizar as suas atividades de vida diária alternando com períodos de repouso. Incentivar a uma dieta equilibrada.
Alopecia	Oferecer a possibilidade de utilizar uma prótese capilar, lenços. Utilizar um champô suave e não secar o cabelo com temperaturas elevadas.
Náuseas/vómitos	Incentivar a pessoa a comer menos e mais vezes ao dia, a evitar cheiros intensos; Ponderar administração de antieméticos.
Neutropenia	Incentivar lavagem das mãos. Se febre superior a 37,8°C incentivar o doente a contactar a equipa de enfermagem do HDO e encaminhar para o médico.
Mucosite	Fornecer a solução de bochechos. Evitar alimentos frios, quentes, condimentados, ácidos.
Neuropatia periférica	Encaminhamento para o médico assistente. Incentivar a técnicas de relaxamento.
Insónias	Incentivar a usar técnicas de relaxamento. Evitar cafeína.

26/10/17

3. Considerações finais

Agente	Indicações	Considerações especiais	Efeitos secundários
Abiraterona (Zytiga)	Carcinoma próstata metastático resistente à castração	Usar com precaução em pessoas com doença cardiovascular; monitorizar TA, níveis potássio, edemas; insuficiência adrenocortical, hepatotoxicidade; alimentos aumentam absorção (deve ser tomado de estômago vazio). Evitar Erva S. João. Atenção aos indutores CYP34A (fenitoina, carbapamezina, rifampicina, fenobarbital).	Edemas, hipocaliémia, hipertensão, dor muscular, diarreia, infecções urinárias, afrontamentos, tosse, hipertensão, arritmias, noctúria, polaquiúria, dispepsia, taquicardia, exantema
Enzalutamida (Xtandi)	Cancro próstata metastático resistente à castração	Ver uso concomitante com outros medicamentos (deve evitar-se a coadministração com anticoagulantes tipo varfarina; problemas hepáticos ou renais. Usar contracepção durante e até 3 meses após o tratamento.	Cefaleias, neutropenia, ansiedade, alucinações visuais, perda de memória, hipertensão, convulsões, fadiga, hipertensão,
Capecitabina (Xeloda)	Cancro cólon (adjuvante e metastática), cancro da mama metastizada	Pode fazer-se com docetaxel, bevacizumab, oxalapatina e sorafenib; toma 2 vezes /dia (até 30 'após refeição); verificar INR regularmente se varfarina; não usar produtos aloe vera. Evitar o uso de alopurinol. Se grau 2/3 (eritrodisestesia palmo-plantar – deve interromper tratamento).	Supressão da medula óssea, dermatite, síndrome mão-pé, estomatite, náuseas, vômitos, diarreia/obstipação, fadiga, anorexia, dor abdominal.
Vinorelbina (Navelbine)	Cancro mama metastizado. Cancro pulmão não pequenas células, mesotelioma	Doentes com insuficiência hepática grave ou problemas com a absorção intestinal. Doentes com oxigenoterapia (crónica).	Supressão da medula óssea, fadiga, obstipação /diarreia, alopecia, neuropatia periférica, infertilidade, mucosite, xerostomia, mialgias/artralgias, alterações no paladar, insónias.

26/10/17

Referências bibliográficas

- Benito, A. (2006). Mucosite. In: Barbosa, A., Neto IG, editores. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética, Núcleo de Cuidados Paliativos 2006. p. 415.
- Goodin, S. (2007). Oral chemotherapeutic agents: Understanding mechanisms of action and drug interactions. *American journal of health- system pharmacy*, 64 (9), 15-24.
- Kav, S. , Johnson, J., Rittenberg, C., Fernandez-Ortega, P. , Suominen, T., ..& Clarck-Snow, R. (2007). Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. *Support Care Cancer*, 16, p. 1075-1083.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6ed St Louis: Mosby. ISBN 0-323-00864-X
- Roop, J. , Horng- Shiuann (2014). Current Practice Patterns for Oral Chemotherapy: Results of a National Survey. *Oncology Nursing Forum*, 41(2), 185-194.
- Spoelstra, S., Burhenn, P. , DeKoekkoek, T. , Schueller, M.(2015). A trial examining an advanced practice nurse intervention to promote medication adherence and symptom management in adult cancer patient prescribed oral anti-cancer agents: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2),p. 409-420.
- Thompson, C. (2012). Management of Palmar Plantar Erythrodysesthesia. Acedido a 20/05/2017. Disponível em: <https://www.oncolink.org/healthcare-professionals/o-pro-portal/articles-about-cancer-treatment-and-medications/management-of-palmar-plantar-erythrodysesthesia>
- Weingart, S. , Brown, E., Bach, P., Eng.K , Johnson, S., Kuzel, T. ..& Walter, R. (2008). NCCN Task Force Report: Oral chemotherapy. *Journal of the national comprehensive cancer network*. 6(3), 1-14.
- Winkeljohn, D. (2010). Adherence to oral cancer therapies: nursing interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 461–466.

26/10/17

APÊNDICE VIII

Folheto informativo Trifluridina/Tipiracilo HDO A

INFORMAÇÕES PARA OS DOENTES E FAMILIARES

Trifluridina + Tipiracilo

COMO É ADMINISTRADO O TRATAMENTO?

Deve seguir a dosagem prescrita pelo seu médico, que está adaptada a si. Deve tomar os comprimidos com água 1 hora após a refeição da manhã e da noite. Tomar durante 5 dias seguidos e recomeça no mesmo dia da semana seguinte em que iniciou e toma durante 5 dias. Recomeça novamente 3 semanas após no mesmo dia.

COMO TOMAR?

Dose: _____ mg = _____ comprimidos

Dia/Horas:

PRECAUÇÕES:

Informe o seu médico e enfermeiro acerca da sua história clínica e medicação que faz habitualmente (incluindo suplementos, vitaminas e medicação não sujeita a receita médica).

Os comprimidos não devem ser esmagados, mastigados e/ou partidos.

Se esquecer uma dose, não tome essa dose. Nunca tome medicação a dobrar.

Não pare a medicação por sua iniciativa.

Se necessitar de ser vacinado ou de fazer algum procedimento invasivo (como cirurgia, dentista), deve informar previamente o seu médico assistente ou equipa de enfermagem do Hospital de dia de Oncologia (HDO).

A medicação deve ser manipulada pelo próprio e deve lavar as mãos após manipulação.

Caso seja por terceiros, essa pessoa deverá utilizar luvas e lavar as mãos antes e depois da manipulação da medicação.

Deve manter uma hidratação adequada durante o tratamento.

Se tiver relações sexuais deve usar preservativo.

Mantenha a medicação fora do alcance das crianças.

Guarde a medicação à temperatura ambiente, afastada de fontes de calor, luz solar ou humidade.

POSSÍVEIS EFEITOS SECUNDÁRIOS – O QUE FAZER?

Alterações da pele

Evite usar produtos de higiene agressivos para a pele; prefira sabonetes com pH neutro; aplique creme hidratante no rosto (2x dia) e corpo; se usar maquilhagem opte por produtos não oclusivos (sem óleo); seque a pele com toalhas de algodão e sem esfregar; os homens devem barbear-se com máquina; beba água; utilize protetor solar nas zonas expostas ao sol, mesmo no Inverno

Alopecia (queda de cabelo)

A perda de cabelo é parcial mas também pode afetar as sobrancelhas, pestanas e pelos da região púbica. Pode optar por utilizar uma prótese capilar (peruca ou cabeleira), gorros, chapéus ou lenços; no Inverno é normal sentir frio no couro cabeludo, no Verão deve proteger o couro cabeludo do sol; quando o cabelo recomeçar a crescer é normal que sinta prurido (comichão); se a perda de cabelo for parcial use um champô suave e evite secar o cabelo com secador a temperaturas elevadas; não use laca, gel, espuma ou outros produtos similares

Mucosite (feridas na boca e garganta)

Lave sempre os dentes depois de comer e ao deitar, com uma escova macia; utilize um elixir (ou água das pedras) para bochechar, pelo menos uma vez ao dia; evite alimentos muito condimentados, muito ácidos, muito quentes ou muito frios; use um batom hidratante; pode fazer bochechos com os produtos fornecidos no HDO

Perda de apetite

Faça refeições pequenas e aumente o número de refeições diárias; faça uma alimentação variada e escolha alimentos do seu agrado; solicite aconselhamento nutricional ao seu médico ou equipa de enfermagem do HDO

Diarreia

Beba e coma em pequenas quantidades; evite alimentos ricos em fibras e fritos; aumente a ingestão de líquidos (p.e.: água, chá preto); evite o café, leite, álcool e doces; evite medicamentos não prescritos pelo médico; contacte a equipa de enfermagem do HDO se os episódios se tornarem frequentes

Náuseas/vómitos

Evite cheiros intensos; evite estar muito tempo sem comer: é preferível comer menos, mais vezes ao dia; mastigue bem e engula devagar; procure comer alimentos ricos em proteínas e à temperatura ambiente; informe a equipa de enfermagem do HDO ou tome a medicação que tem prescrita

para as náuseas e vômitos em SOS, se os episódios se tornarem frequentes

**Diminuição dos glóbulos
brancos/Infecção/Febre**

Lave as mãos antes e depois de utilizar a casa de banho; mantenha a sua pele e boca cuidadas; se febre superior a 37.8°C contacte a equipa de enfermagem do HDO; não tome qualquer tipo de medicação para reduzir a febre; evite o contacto com pessoas constipadas ou com outras doenças contagiosas (p.e. varicela); evite locais com muitas pessoas, sobretudo no Inverno

Cansaço

Procure ter momentos de repouso; faça uma dieta equilibrada; tente dormir o número de horas adequado; procure distrações que goste e diminuam o stress; pratique algum tipo de atividade física

Insónias

Evite bebidas com cafeína; evite ver televisão no quarto; use técnicas de relaxamento

Síndrome mão-pé

Evite usar calçado apertado; quando lavar as mãos faça-o com água morna e seque-as suavemente; aplique um creme hidratante nas mãos e pés duas vezes dia; caso sinta dor nas mãos ou nos pés, surjam bolhas ou fiquem muito ruborizadas (avermelhadas) contacte a equipa de enfermagem do HDO

APÊNDICE IX

Reflexão sobre o percurso no HDO A



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Oncológica

Unidade curricular de Estágio com relatório

REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO NO HOSPITAL DE DIA A.

Carine dos Reis Lopes, nº 7396

Lisboa,
Outubro 2017



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Oncológica

Unidade Curricular de Estágio com relatório

REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO NO HOSPITAL DE DIA A.

Carine dos Reis Lopes, nº 7396

Docente: Professora Eunice de Sá

Lisboa,
Outubro 2017

LISTA DE SIGLAS

AO - Antineoplásicos orais

HDO – Hospital de día de oncología

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	4
ESTÁGIO I – HOSPITAL DE DIA A- HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA.....	5
CONCLUSÃO.....	11
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12

INTRODUÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros (2010), refere que a reflexão é um meio que contribui para a garantia da qualidade dos cuidados. Só podemos melhorar a nossa prestação de cuidados, se refletirmos sobre aquilo que fazemos. Santos e Fernandes (2004), referem que a prática reflexiva permite a capacitação dos profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas.

Neste sentido, após a realização deste percurso no Hospital de dia de Oncologia (HDO) do Hospital A fez-me sentido elaborar uma reflexão de forma analisar o percurso realizado durante este período de estágio que foi realizado entre 28 de Setembro a 02 de Novembro 2017.

A realização do estágio é uma mais valia no sentido que me permitiu observar uma realidade distinta da minha, refletir sobre a minha prática, permitindo observar experiências que poderei futuramente utilizar para a implementação do projeto acerca da “intervenção de enfermagem na pessoa submetida a antineoplásicos orais.

Uma vez que tinha delineado vários objetivos para este estágio pensei ser pertinente mencioná-los nesta reflexão, pois foram linhas orientadoras para o desenvolvimento do meu projeto no HDO do Hospital A.

Estágio I – Hospital A – Hospital de Dia de Oncologia

O hospital de dia de oncologia A (HDO) é um serviço ambulatorio dirigido ao doentes oncológicos com um horário de funcionamento das 8h às 20h de segunda à sexta-feira. Neste serviço, realizam-se vários tratamentos nomeadamente quimioterapia endovenosa, administração de terapêutica antineoplásicos orais (AO) e hormonoterapia.

No decorrer do estágio, tive a possibilidade de observar as práticas dos enfermeiros junto das pessoas submetidas aos AO, assim como a de desenvolver os objetivos que planeei para este local de estágio sendo estes: Integrar-me na equipa multidisciplinar, na dinâmica, organização e funcionamento do HDO; Identificar estratégias/intervenções utilizadas na pessoa submetida a AO; Identificar as estratégias/intervenções de enfermagem que permitam a capacitação da pessoa submetida aos AO.

Tal como se verifica atualmente, também no HDO A se verificou um aumento de pessoas submetidas a AO. Os AO trouxeram uma mudança de paradigma, que resultou na possibilidade dos doentes receberem o tratamento em regime ambulatorio, promovendo autonomia e melhorando a qualidade de vida do doente e sobrevivência (Denois, et al. 2011).

Os AO trouxeram várias vantagens para o doente e família, no entanto este facto trouxe responsabilidades para o mesmo assim como para os enfermeiros. Spolestra, Burhenn, Dekoekkoek, Schueller (2015), refere que esta forma de tratamento leva a que haja uma maior responsabilidade na gestão do cancro. Assim, os AO tornaram-se um desafio para os profissionais de saúde e doentes e suas famílias.

No HDO onde trabalho, também verifiquei um aumento de doentes sob AO e que era necessário delinear novas estratégias a fim de melhorar a nossa intervenção junto da pessoa submetida aos mesmos. Desta forma, neste primeiro estágio defini como objetivo geral desenvolver competências acerca das intervenções de enfermagem utilizadas na pessoa submetida aos AO.

Para isso, fez-me sentido numa fase inicial integrar-me na equipa multidisciplinar com a finalidade de perceber a dinâmica, organização e funcionamento do Hospital de dia de Oncologia (HDO). Considero que este objetivo foi facilmente atingido pela forma como fui recebida e apoiada por toda a equipa de

enfermagem, principalmente pela Enfermeira orientadora que me facultou vários documentos de forma a conhecer normas/protocolos do serviço. Considerei pertinente partilhar o meu projeto com a equipa e tinha delineado como atividade apresentá-lo. Numa sessão de formação foi apresentado a equipa tendo obtido uma participação da equipa de cerca de 70%, por a mesma considerar também este projeto acerca das “Intervenções de Enfermagem na pessoa submetida a AO” como sendo pertinente.

À medida que me fui integrando na equipa do HDO, procurei atingir outros dos objetivos que era o de identificar as estratégias/intervenções utilizadas na pessoa submetida aos AO. No que diz respeito as estratégias e intervenções utilizadas pelos enfermeiros na pessoa submetida a AO planeei observar a prática dos enfermeiros peritos na pessoa submetida a AO. Observei que o utente começa o seu percurso pela consulta médica, seguidamente dirige-se à farmácia do hospital onde é entregue a terapêutica AO e posteriormente é agendada uma consulta de enfermagem. Na primeira consulta de enfermagem, realiza-se um questionário inicial antes de qualquer ensino para avaliar os conhecimentos do doente acerca dos AO nomeadamente acerca do nome da terapêutica, se sabe como tomar a terapêutica, se consegue mencionar dois efeitos secundários e cuidados a ter com a terapêutica.

Após a aplicação das várias questões, entrega-se um guia terapêutico o qual contém informação relativamente à terapêutica AO, realizam-se alguns ensinamentos correspondentes acerca da mesma. Neuss et al. (2013), refere que o enfermeiro deve educar o doente submetido a AO, acerca do armazenamento, manuseamento, administração de AO, interações alimentares/medicamentosas e o que o mesmo deve fazer no caso de omissão de dose. Nessa primeira consulta, é entregue um guia de acolhimento ao doente no qual consta o contacto telefónico do serviço. O serviço dispõe de um atendimento telefónico por parte da equipa de enfermagem que funciona após as 20h até às 8h e durante os fins-de-semana e feriados, no caso do doente ter necessidade de contactar o serviço e uma linha de atendimento ao doente oncológico (LADO) disponível 24 horas. Após esta consulta agenda-se na semana seguinte um primeiro *follow-up* que será realizado através de um contacto telefónico. Bettencourt (2014), refere que deve ser feito um *follow-up* na primeira semana após começar os AO e durante algumas semanas após o primeiro contacto.

Os registos são efetuados no processo clínico no programa Soarian e no excel para posteriormente se conseguirem obter os indicadores de resultados das intervenções de enfermagem. Nos próximos *follow-up* utiliza-se uma folha de

monitorização para registo das toxicidades e intervenções. Coloca-se novamente várias questões chave ao doente e reforça-se alguns ensinamentos. Bettencourt (2014), refere que os *follow-up* devem ser realizados para identificar efeitos secundários, reforçar ensinamentos acerca de como gerir esses efeitos secundários, assegurar adesão ao regime terapêutico e permitir o esclarecimento de dúvidas do doente ou cuidador.

Agenda-se um novo *follow-up* três semanas depois preferencialmente a meio do ciclo ou até a próxima consulta. No terceiro *follow-up* aplica-se o questionário de ganhos de conhecimentos e a escala de adesão MAT. A não-adesão ao tratamento tem implicações significativas, que incluem o aumento da morbilidade e mortalidade, redução da qualidade de vida e insatisfação dos clientes (OE, 2009).

Kav et al (2008), refere que a principal responsabilidade dos enfermeiros é a de facilitar a educação do doente, saber comunicar, gerir sintomas e manter um seguimento do doente através do *follow-up*. Após a observação da prática de enfermeiros peritos nomeadamente da enfermeira orientadora, prestei cuidados às pessoas submetidas a AO com a supervisão da Enfermeira Orientadora, inicialmente tinha planeado prestar cuidados a pelo menos cinco pessoas submetidas aos AO, no entanto, este número foi superado pois tive oportunidade de prestar cuidados a cerca de 40 doentes que se encontram sob terapêutica AO.

Durante o período de estágio, tive oportunidade de realizar cerca de nove consultas de enfermagem de primeira vez a doentes que iam iniciar AO. As consultas de primeiras vezes também são cruciais pois são o primeiro contacto que o utente vai ter com o enfermeiro e no qual vai receber um conjunto de informação. Recordo-me que um dos doentes me referiu que a informação transmitida durante a consulta de enfermagem tinha sido fulcral para ele e bastante esclarecedora. Tive oportunidade durante o estágio de realizar cerca de 40 *follow-up* telefónicos. Ao realizar os *follow-up* telefónicos apercebi-me que estes são de extrema importância, pois permitem-nos educar e capacitar a pessoa. No entanto, tive algumas situações de que recordo particularmente e que apesar de existir uma monitorização frequente nem sempre as estratégias utilizadas são suficientemente eficazes.

Nomeadamente, a Sra. S., é uma utente de 42 anos, professora de matemática que se encontra sob vinorelbina e capecitabina. Já foram realizadas várias estratégias no sentido de a capacitar para que a mesma se torne autónoma, na administração de AO, nomeadamente ligar-lhe no dia em que deve ser administrada a vinorelbina, no entanto, ao ter a terapêutica em sua posse acabou por realizar auto-administração da mesma dois dias antes. Apesar da nossa intervenção ser no

sentido de melhorar os cuidados e capacitar a pessoa nem sempre esta é eficaz. Nestes casos, e uma vez que a vinorelbina apenas é administrada duas vezes por ciclo, poderia realizar-se a toma assistida no sentido deste AO ser administrado de forma segura e correta, supervisionado por um enfermeiro.

Orem (2001), refere que os indivíduos tem capacidade para o autocuidado, necessitam apenas de apoio, orientação, instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento da atividade de autocuidado. Ou seja, a pessoa é capaz de realizar e de aprender as tarefas exigidas com terapêuticas de autocuidado orientadas mas não pode fazê-lo sem assistência. A gestão dos AO é complexa e é uma responsabilidade da pessoa e dos profissionais de saúde que devem providenciar informação clara e personalizada que permita a pessoa ser independente no seu próprio autocuidado e auto-gestão. No entanto, nem sempre é conseguido o que leva a um défice do autocuidado sendo necessário a intervenção de enfermagem.

Nos vários *follow-up* que fui realizando apercebi-me que várias foram as vezes que foi necessário reencaminhar algumas situações para o médico assistente, recordo-me de outra situação particular do Sr. J. encontrava-se sob sorafenib e num dos *follow-up* referiu ter rash cutâneo em várias zonas do corpo, sendo esta uma toxicidade associada ao sorafenib foi encaminhado para o médico assistente. No entanto, não foi valorizada e o utente acabou por recorrer ao serviço de urgência com uma toxicidade de grau 4 pelo que teve de suspender o sorafenib.

Através dos *follow-up* telefónicos, por vezes torna-se difícil de compreender se as queixas referidas pela pessoa entrevistada estão associadas ao AO pelo que para detetar essas situações requer perícia por parte dos enfermeiros. Ao longo deste percurso foram várias as situações em que foi necessário realizar articulação com a equipa médica para ajuste de analgesia, para encaminhamento para outras especialidades nomeadamente para cirurgia, para antecipar consultas por suspeita de toxicidades. Sem dúvida que a intervenção de enfermagem é imprescindível na capacitação da pessoa submetida a AO.

A evidência científica é fundamental para fomentar a nossa prática pelo que ao longo do estágio foi realizada pesquisa bibliográfica da melhor evidência científica. Outra das atividades planeadas era a de compilar informação acerca dos AO, como tal e uma vez que seria uma mais valia para o serviço foram revistos os guias terapêuticos tendo em conta os resumo das características dos medicamentos e reformulada uma tabela com os antineoplásicos orais já existente para se tornar

um instrumento facilitador para consulta tanto nas monitorizações presenciais e telefónicas.

No serviço, existe um projeto de melhoria continua “programa de intervenção de adesão ao regime medicamentoso”, o qual tive oportunidade de consultar.

Uma vez que temos assistido a um aumento do número de AO no contexto da apresentação do projeto, foi sugerido pela Enfermeira orientadora que seria importante para a equipa realizar uma sessão de formação para a equipa acerca dos AO mais utilizados no HDO. Desta forma, foi planeada uma sessão de formação para a equipa de enfermagem, na qual participaram cerca de 70% da equipa e a qual foi referida como tendo sido de extrema importância pela equipa de enfermagem e Enfermeira Orientadora.

Durante o estágio, foram vários os momentos em que tive oportunidade de discutir e refletir com os elementos da equipa e enfermeira orientadora acerca das intervenções de enfermagem utilizadas na pessoa submetida a AO, nomeadamente acerca da dificuldade que existe em classificar os graus de toxicidade para registo na folha de monitorização relativamente aos efeitos secundários pelo que durante a sessão de formação também foram abordados os graus de toxicidade.

Uma vez que a administração de AO se torna responsabilidade do próprio doente, os enfermeiros devem intervir no sentido de capacitar a pessoa submetida a AO, pelo que defini como objetivo identificar as estratégias/intervenções de enfermagem que permitam a capacitação da pessoa submetida aos AO.

Ao longo do estágio ao observar as práticas dos enfermeiros peritos compreendi que são utilizadas várias estratégias para capacitar a pessoa submetida a AO. Para poder capacitar a pessoa, os próprios enfermeiros devem estar capacitados para seguir os doentes submetidos a AO. Kav et al (2008), refere que é necessário capacitar os enfermeiros para acompanhar os doentes sob AO, de forma a facilitar a monitorização dos mesmos e promover a adesão terapêutica AO.

As consultas de enfermagem no HDO A, encontram-se estruturadas no sentido de capacitar o próprio doente na gestão dos AO. Realizam-se ensinamentos acerca da terapêutica AO, tais como esquema terapêutico, cuidados a ter com armazenamento e manipulação dos AO, aborda-se as possíveis interações alimentares/medicamentosas, entrega-se um guia terapêutico no qual constam possíveis efeitos secundários e como a própria pessoa pode geri-los. Na minha opinião, a utilização destes guias terapêuticos é uma mais valia para o doente, na medida em que acabam por compilar a informação que foi transmitida durante a

consulta de enfermagem. Vioral et al. (2014), referem que a educação deve ser adequada a individualidade de cada doente e deve incluir não só informação verbal como também devem ser fornecidos materiais com suporte escrito.

Winkeljohn (2010), refere que a educação do doente deve ser completa, no entanto, é importante escolher a altura adequada para realizar os ensinamentos. Pois, terá influência na retenção da informação transmitida.

Como enfermeiros devemos procurar melhorar a nossa prática adequando sempre as nossas intervenções às necessidades das pessoas das quais cuidamos, só assim será possível melhorar a qualidade dos cuidados.

CONCLUSÃO

Com o aumento das terapêuticas AO, a necessidade de envolver o próprio doente e os enfermeiros é cada vez maior. Este estágio foi importante para o meu desenvolvimento profissional, pois permitiu-me adquirir competências para melhorar a minha intervenção junto do doente submetido a AO.

Na procura de uniformizar as práticas foram vários os contributos que daqui surgiram, tais como a existência de guias terapêuticos para entregar aos doentes nos quais constam aspetos importantes relativamente ao que foi abordado na consulta de enfermagem. A existência da tabela terapêutica com resumo dos efeitos mais comuns associados a cada AO torna-se um instrumento facilitador para os enfermeiros na sua intervenção junto do doente. A existência de uma consulta de *follow-up* telefónico o qual permite após a realização dos ensinios validar se a informação foi compreendida pelo mesmo e se existe necessidade de reforçar alguns ensinios.

Dentro da equipa, verifiquei ainda que existe uniformidade na intervenção de enfermagem junto da pessoa submetida a AO. Este é um aspeto importante, pois nem sempre os ensinios acerca dos AO são realizados pelo mesmo enfermeiro, pois não existe enfermeiro de referência. No entanto, o facto de haver conformidade na informação transmitida facilita a compreensão dos ensinios por parte do doente.

Sem dúvida que este estágio foi enriquecedor para o meu desenvolvimento profissional pelas oportunidades que me proporcionou ao prestar cuidados aos doentes submetidos a AO, pela partilha de experiências com a equipa de enfermagem e pelo apoio dado pela Enfermeira orientadora, todos estes aspetos foram fundamentais para continuar a desenvolver o meu projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bettencourt, E. (2014). Oral chemotherapy what your patient need to know. Oncology issues. Disponível em: https://www.accc-cancer.org/oncology_issues/articles/ND14/ND14-Oral-Chemotherapy-What-Your-Patients-Need-to-Know.pdf.
- Denois, R., Poirson, J. , Nourissat, A., Jacquin, J., Guastalla, J. & Chauvin, F. (2011). Adherence with oral chemotherapy: results from a qualitative study of the behavior and representations of patients and oncologists. *European Journal cancer care*, 20(4), 520-7.
- Kav, S. , Johnson, J., Rittenberg, C., Fernadez-Ortega, P. , Suominen, T., ..& Clarck-Snow, R. (2008). Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. *Support Care Cancer*, 16, p. 1075-1083.
- Neuss, M., Polovich, M., McNiff, K. , Esper, P. , Gilmore, T. ..& Jacobson, J. (2013). 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the safe administration and management of oral chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. 40(3), p.225-233
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6ed St Louis: Mosby. ISBN 0-323-00864-X
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento de idoneidade formativa dos contextos da prática clínica*. Acedido 15-05-2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Rregulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Referência*, 11, p. 59-62.
- Spolestra, L., Burhenn, P., Dekoekkoek, T. & Schueller, M. (2015). A trial examining an advanced practice nurse intervention to promote medication adherence and symptom management in adult cancer patients prescribed oral anti-cancer agents: study protocol. *Journal of advanced nursing*, 72 (2), 409-420.

- Vioral, A. , Leslie, M., Best, R. & Somerville, D. (2014). Patient adherence with oral oncolytic therapies. *Seminars in Oncology nursing*, 30(3),p. 190-199.
- Winkeljohn, D. (2010). Adherence to oral cancer therapies: nursing interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 461–466.

APÉNDICE X

Norma *Follow-Up* telefónico HDO B

Norma Follow-up telefónico HDO B

INTRODUÇÃO

Atualmente continua a verificar-se um aumento de doentes submetidos a antineoplásicos orais (Arber et al., 2017). O aparecimento dos AO, veio alterar as condições de administração da quimioterapia. Com esta mudança, o próprio doente começou também ele a ser responsabilizado pela gestão da sua própria doença.

Os AO trouxeram mais autonomia para o doente oncológico e melhoria da qualidade de vida. No entanto, esta forma de administração tornou-se um verdadeiro desafio para os profissionais de saúde principalmente para os enfermeiros. Desta forma, é necessário que os enfermeiros acompanhem os doentes, monitorizando a adesão dos doentes aos AO assim como a presença de possíveis efeitos secundários e gestão dos mesmos (Bettencourt, 2014).

Nem sempre na primeira consulta, a pessoa tem a capacidade de assimilar a informação transmitida pelo que necessita que sejam reforçados os ensinamentos. Tal como na quimioterapia endovenosa, os AO tem efeitos secundários associados pelo que é importante que haja um *follow-up* dos doentes submetidos a AO.

Desta forma, faz sentido integrar o *follow-up* telefónico na intervenção de enfermagem, pois permite que sejam reforçados os ensinamentos realizados anteriormente e que os AO sejam administrados de forma segura para o doente.

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Vioral, Leslie, Best, Somerville (2014), referem que os doentes que se encontram a realizar quimioterapia endovenosa são monitorizados frequentemente o que facilita a deteção de efeitos secundários ou complicações precocemente. No entanto, as pessoas submetidas a AO, apesar de terem mais autonomia na gestão da doença, fazem-no fora de um ambiente controlado. Neste sentido, urge a necessidade de realizar um *follow-up* para tornar mais frequente esta monitorização quando o doente se encontra no seu domicílio e permitir assim que sejam detetados precocemente efeitos secundários resultante dos AO. Bettencourt (2014), refere que os *follow-up* devem ser realizados para identificar efeitos secundários, reforçar ensinamentos acerca de como gerir esses efeitos secundários, assegurar a adesão ao regime terapêutico e permitir o esclarecimento de dúvidas do doente ou cuidador.

A pessoa submetida aos antineoplásicos orais torna-se o “gestor da sua doença” sendo responsável pelo seu próprio auto-cuidado. No entanto, quando ocorre falta de adesão aos antineoplásicos orais, quando o mesmo não tem capacidade para gerir os AO e efeitos secundários ocorre um défice de autocuidado. Ou seja, as necessidades do indivíduo tornam-se superiores à capacidade do indivíduo de autocuidar-se, tornando-se necessário a intervenção de enfermagem a fim de minimizar o défice de autocuidado (Orem, 2001).

Nas consultas de enfermagem e nos *follow-up*, a pessoa tem capacidade para o autocuidado, no entanto necessita de apoio, orientação, instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento de atividades de autocuidado (Orem, 2001). O doente submetido a AO, é capaz de realizar ou pode e deve aprender as tarefas exigidas com as terapêuticas de autocuidado orientadas, mas não pode fazê-lo sem assistência.

Bettencourt (2014); Vioral et al. (2014), referem que o doente deve realizar um *follow-up* na primeira semana após começar os AO e durante algumas semanas após o primeiro contacto presencial, a fim de questionar o mesmo acerca da ocorrência de alguma toxicidade que pode ter ocorrido. Neste *follow-up* telefónico devem ser abordados os efeitos secundários, reforçados os ensinamentos, respondidas questões e prestado apoio emocional. De forma assegurar a segurança do doente, os hospitais e profissionais são responsáveis por monitorizar o doente continuamente devido aos potenciais efeitos secundários.

Burhenn & Smudde (2015), referem que nas consultas de *follow-up* as *guidelines* indicam, que devem ser colocadas questões acerca dos efeitos secundários e explorar se os mesmos podem ser geridos. Já Bettencourt (2014), refere que no *follow-up* telefónico deve questionar-se da presença de efeitos secundários, monitorizar a adesão relativamente ao esquema terapêutico, reforçar ensinamentos acerca do que já foi abordado e dar espaço para esclarecer dúvidas.

Os enfermeiros necessitam de ter um papel ativo na educação do doente e *follow-up* (Kav et al, 2008). O seguimento dos doentes através do *follow-up* permite reforçar os ensinamentos realizados previamente, educar acerca da gestão de sintomas e adesão ao regime terapêutico. Este facto permite que a quimioterapia oral seja administrada de forma segura, e que se tornam benéficos para o doente. Rudnitzki & McMahon (2015), referem ainda que a frequente monitorização das toxicidade e gestão de sintomas acompanhados são a chave para uma prática segura. Por vezes, a complexidade terapêutica no domicílio pode levar a complicações sérias

que podem ser evitadas através da educação do doente, *follow-up* regulares, observação do doente de forma assegurar a adesão e segurança no tratamento (Kav et al , 2008).

Assim, de forma a assegurar que os doentes beneficiam dos AO é necessário que os enfermeiros assumam a responsabilidade de educar, gerir sintomas e monitorizar o doente através do *follow-up* (Kav et al., 2008);

FINALIDADE

- Melhoria da qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem à pessoa submetida a terapêuticas antineoplásicas orais

OBJETIVOS

- Acompanhar a pessoa submetida a antineoplásicos orais.
- Promover o autocuidado da pessoa submetida a antineoplásicos orais.
- Reforçar ensinamentos acerca dos antineoplásicos orais
- Promover a adesão terapêutica

OPERACIONALIZAÇÃO

1º *Follow-up* telefónico

- Confirmar no SClínico que o doente continua sob terapêutica antineoplásica oral
- Agendar na semana seguinte à primeira consulta de enfermagem ou em SOS.

Questionar o doente:

- O que lhe foi dito sobre seu tratamento? (Verificar se o doente sabe que a terapêutica antineoplásica oral é para sua doença oncológica e se consegue tomar via oral.
- Que outro tipo de medicação está a tomar via oral? (Se tiver uma lista confirme com o doente, caso não tenha uma lista questione o doente se toma algum tipo de medicamento, incluindo vitaminas, suplementos alimentares, etc)
- É capaz de engolir os comprimidos inteiros?

- É capaz de ler as instruções que estão no guia fornecido na primeira consulta de enfermagem acerca da terapêutica antineoplásica oral?
- É capaz de abrir as embalagens onde se encontram os comprimidos?

Avaliar se o doente sabe responder:

- Qual é o nome dos comprimidos que está a tomar?
- Quando deve tomar os seus comprimidos?
- Pode tomar os seus comprimidos com ou sem comida?
- Onde guarda os seus comprimidos?
- Tem tido algum efeito secundário? Se sim sabe como controlá-lo?
- Em que situações deve contactar o médico ou enfermeiro?
- O que deve fazer caso se houver omissão de alguma toma? Ou no caso de vomitar?
- Quando é a sua próxima consulta?

O Enfermeiro deverá, neste contacto telefónico:

- Reforçar ensinamentos acerca do que já foi abordado (Esquema terapêutico, efeitos secundários, cuidados com o manuseamento, cuidados com o armazenamento; precauções de eliminação terapêuticas antineoplásicas orais; como proceder em caso de omissão de toma/vómito; interações alimentares/medicamentosas; gestão de sintomas).
- Monitorizar a adesão terapêutica (Aplicação da MAT).
- Registrar se existe algum défice de conhecimento por parte do doente em relação a TAO ou avaliar a necessidade de antecipar próximo follow-up.
- Incentivar o doente a colocar questões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arber, A. , Odelius, A. , Williams, P., Lemanska, A. , Faithfull, S. (2017). Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence?*European Journal of Cancer*, 26, 1-8.
- Bettencourt, E. (2014). *Oral chemotherapy what your patient need to know. Oncology issues*. Disponível em: https://www.accc-cancer.org/oncology_issues/articles/ND14/ND14-Oral-Chemotherapy-What-Your-Patients-Need-to-Know.pdf.
- Burhenn, P. & Smudde, J. (2015). Using tools and technology to promote Education and Adherence to oral agentes for cancer. *Clinical journal of oncology nursing*, 19(3), p.53-59.
- Kav, S. , Johnson, J., Rittenberg, C., Fernadez-Ortega, P. , Suominen, T., ..& Clarck-Snow, R. (2008). Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. *Support Care Cancer*, 16, p. 1075-1083.
- Rudnitzki, T. & McMahon, D. (2015). Safety challenges and recomendations. *Clinical Journal of Oncology*, 19(3), p.41-46.
- Vioral, A. , Leslie, M., Best, R. & Somerville, D. (2014). Patient adherence with oral oncolytic therapies. *Seminars in Oncology nursing*, 30(3),p. 190-199.

APÊNDICE XI

Documento orientador para os AO “Registo da intervenção de enfermagem

REGISTO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Nome :
Processo:
(Etiqueta do processo do doente)

Data: _____

Neoplasia: _____

Vem à consulta: Acompanhado/a Sozinho/a

Terapêutica antineoplásica oral _____

Data em que inicia: _____

Dose: _____ Ciclo nº _____

Capacitar a pessoa submetida a antineoplásicos orais para o autocuidado relativamente a:

1. Regime medicamentoso	
2. Medidas de segurança relativamente ao manuseamento dos AO	
3. Medidas de segurança relativamente à eliminação dos AO	
4. Medidas de segurança relativamente ao armazenamento dos AO	
5. Incentivar adesão ao regime medicamentoso/omissões do regime medicamentoso	
6. Interações alimentares/medicamentosas	
7. Gestão de sintomas	

Os ensinamentos foram realizados ao Próprio Cuidador Ambos

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Pontuação obtida na Escala MAT: _____

Presença de efeitos secundários: Sim Não

Se sim, quais?

Diarreia Obstipação Náuseas Vômitos Fadiga

Eritema/Rash Síndrome palmo-plantar Dor Outros

Grau de Toxicidade (Common Terminology Criteria for Adverse Events – CTCAE -5.0).

Grau I

Grau II

Grau III

Grau IV

Intervenções de enfermagem realizadas na capacitação da pessoa para o autocuidado

		Observações
Gerir sintomas		
Ensinar sobre medidas de segurança relativamente ao armazenamento.		
Ensinar sobre medidas de segurança relativamente ao manuseamento		
Ensinar sobre medidas de segurança relativamente às interações alimentares/medicamentosas		
Ensinar sobre regime terapêutico		
Referir para outro profissional		
Prestar apoio emocional		
Monitorizar sinais vitais		
Outras		

Data do follow-up telefónico: _____

Data próxima consulta: _____

Enfermeira/o: _____

APÊNDICE XII

Reflexão sobre o percurso no HDO B



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Oncológica

Unidade curricular de Estágio com relatório

REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO NO HOSPITAL DE DIA B.

Carine dos Reis Lopes, nº 7396

Lisboa,
Outubro 2017



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

Vertente Oncológica

Unidade Curricular de Estágio com relatório

REFLEXÃO SOBRE O PERCURSO NO HOSPITAL DE DIA B.

Carine dos Reis Lopes, nº 7396

Docente: Professora Eunice Sá

Lisboa,
Outubro 2017

LISTA DE SIGLAS

AO - Antineoplásicos orais

OE - Ordem dos Enfermeiros

HDO – Hospital de dia de oncologia

MASCC- *Multinacional Association of Suportive Care in Cancer*

MOATT- *MASCC Oral Agent Teaching Tool*

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
Estágio II – Hospital B – Hospital de Dia de Oncologia.....	5
CONCLUSÃO.....	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	12

INTRODUÇÃO

Costa e Morais (2013), referem que a reflexão sobre a prática no contexto profissional adquire importância por ser um espaço de transformação de competências profissionais. A Ordem dos Enfermeiros (2005) acrescenta que o crescimento na reflexão sobre a prática profissional permite a melhoria da qualidade dos cuidados.

Neste sentido, após a realização deste percurso no Hospital de dia de Oncologia (HDO) do Hospital B foi elaborada uma reflexão de forma espelhar o percurso realizado durante o período de estágio realizado entre 06 de Novembro 2017 e 02 de Dezembro de 2017.

Considero que o estágio realizado no HDO B foi importante para o desenvolvimento de competências e consequentemente desenvolvimento profissional pelas aprendizagens que adquirimos ao longo do mesmo durante a prestação de cuidados à pessoa submetida a AO.

Desta forma, esta reflexão pretende ser um relato das experiências vividas e práticas observadas assim como das várias atividades desenvolvidas durante a realização do estágio no HDO B.

Estágio II – Hospital B – Hospital de Dia de Oncologia

O hospital de dia de oncologia B (HDO) funciona das 8 às 20h de segunda a sexta-feira, sendo dirigido a doentes de oncologia. O HDO B é constituído por uma sala com 8 cadeirões e uma sala que contém uma cama e um cadeirão. É constituído ainda por cinco gabinetes médicos e um gabinete de enfermagem. No HDO B são administrados tratamentos de quimioterapia, incluindo fármacos biológicos e administrados terapêuticas farmacológicas necessárias ao tratamento de doentes não oncológicos seguidos pela hematologia. A administração dos AO é realizada numa sala na qual apenas são administrados tratamentos de curta duração.

Durante a realização do estágio procuramos atingir os objetivos planeados inicialmente sendo estes: Integrar-nos na equipa multidisciplinar, na dinâmica, organização e funcionamento do HDO; Identificar estratégias/intervenções utilizadas na pessoa submetida a AO; Identificar as estratégias/intervenções de enfermagem que permitam a capacitação da pessoa submetida aos AO.

Neste estágio, verifica-se algo comum a nível global, o aumento do número de pessoas submetidas a AO tal como refere Vioral, Leslie, Best & Somerville (2014). Os AO têm vantagens como o facto de permitirem a pessoa realizar o tratamento no domicílio e de promover a sua autonomia (Spolestra, Burhenn, Dekoekkoek & Schueller (2015). No entanto, este facto responsabiliza as mesmas para a necessidade de se encontrarem capacitadas para a gestão das terapêuticas AO. No HDO B, constatamos que cada vez mais existem pessoas submetidas a AO, sendo fundamental a intervenção de enfermagem perante as mesmas.

Considero que é fundamental para o enfermeiro conhecer primeiramente o local onde decorre a prática para melhor adequar a sua intervenção. Neste sentido, procuramos atingir o nosso primeiro objetivo, integrando-nos na equipa multidisciplinar a fim de perceber a dinâmica, organização e funcionamento do HDO B. Embora não tenha sido possível realizar a apresentação do projeto formalmente, este foi apresentado à Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora e aos restantes elementos da equipa de forma informal. A Enfermeira Orientadora facultou o acesso às normas do serviço/protocolos existentes, assim como projetos realizados pela mesma a fim de facilitar a nossa integração no serviço.

O facto de poder observar uma realidade distinta daquela que é a nossa

prática permite-nos refletir e analisar a mesma. Deste modo, numa fase inicial optou-se por começar a observar a intervenção e estratégias utilizadas pelos enfermeiros peritos junto da pessoa submetida a AO. No HDO B, existe um protocolo elaborado por uma Enfermeira Perita que é utilizado e seguido pelos os enfermeiros sempre que prestam cuidados às pessoas submetidas a AO.

Quando a pessoa se dirige ao HDO B, apenas lhe será entregue os AO se o tratamento for confirmado pelo médico após observação do mesmo e validação das análises. Nas situações em que a pessoa está autorizada a realizar tratamento surge a cor verde no seu nome no programa Sclinico utilizado pelos profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Desta forma, através do sistema informático, os AO são validados pelo que são enviados pela farmácia do hospital através de uma assistente operacional. Quando o enfermeiro recebe o AO, a pessoa submetida a AO é informada através de um ecrã que existe na sala de espera, dirigindo-se a um gabinete de enfermagem destinado para o efeito.

Os enfermeiros, em colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde, desempenham um papel importante na optimização da adesão ao tratamento ao nível do indivíduo, da família, da comunidade e do sistema de saúde (OE, 2009). Assim, o enfermeiro procura entender o conhecimento da pessoa doente sobre o AO, recorrendo ao protocolo instituído no HDO B e a sua atitude face à adesão terapêutica.

Relativamente à adesão terapêutica, tem-se verificado que o facto dos AO serem auto-administrados a incidência de não adesão aumentado(Kav et al, 2008). A adesão à terapêutica está relacionada com a sua eficácia, como tal é fundamental monitorizar a mesma e reforçar a sua importância junto dos doentes. Assim, no HDO B, sempre que o doente recorre à consulta de enfermagem é utilizada a escala MAT, verificando-se a percentagem de adesão ao AO. Esta escala é importante, no entanto, nem sempre se consegue assegurar que a adesão ao tratamento é feita tal como descrita pelas pessoas submetidas à mesma. Delgado & Lima (2001), mencionam que o desejo dos doentes em agradar, ou que ocorra desaprovação por parte do profissional de saúde, leva ao a que os doentes se demonstrem mais aderentes do que na realidade são. Spolestra et al. (2015), mencionam que esta falta de adesão aos AO pode resultar em falhas de tratamento, hospitalização e, em alguns casos, reduzir a longevidade. No HDO B, os enfermeiros entregam o AO, contabilizam e registam o número de AO entregue ao doente ou prestador de cuidados para desta forma perceber se ocorreu sobredosagem ou omissão de

tomas. Na nossa opinião, esta é uma estratégia eficaz, na medida em que existe um controlo do número exato de comprimidos entregues. Esta estratégia é vantajosa uma vez que nos permite ter uma noção mais precisa da adesão. Considero que o método utilizado pela equipa de enfermagem do HDO B é facilitador para o doente e cuidador, pois permite visualizar a cor, aspeto, tamanho e dosagem da terapêutica que irá levar para o domicílio. As *guidelines* da ASCO/ONS (Neuss et al, 2013) indicam que os enfermeiros ao ensinarem os doentes devem fornecer informação acerca da dosagem e aparência do mesmo.

Ainda na mesma consulta, o enfermeiro questiona a pessoa acerca do seu conhecimento sobre o esquema terapêutico, como e quando faz o mesmo, cuidados no manuseamento e armazenamento, cuidados na eliminação, possíveis efeitos secundários ou presença dos mesmos. LeFebvre & Felice (2016) acrescentam que a educação do doente deve incluir informação para além da supracitada, informação acerca das terapêuticas de suporte para controlo de efeitos secundários, as interações alimentares e medicamentosas possíveis e o que fazer quando ocorrem omissões de tomas.

A avaliação dos conhecimentos do doente sobre o AO permite ao enfermeiro dirigir os ensinamentos. Orem (2001), refere que orientar e dirigir são métodos de ajuda que proporcionam o desenvolvimento pessoal e os ensinamentos.

No HDO B, quando a pessoa inicia tratamento com AO é-lhe entregue um folheto que contém informações relativas ao AO ao qual se encontra submetido. Os autores Moody & Jackowski (2010) referem que a utilização de folhetos contém a informação necessária e que permite ao doente obter a informação de forma rápida. Neste local, não existe um folheto individual para cada terapêutica, no entanto, este contempla os aspetos acerca do manuseamento e armazenamento comuns a todos os AO. Este modelo de folheto permite ao enfermeiro personalizar a informação completando os espaços existentes no mesmo com informação específica do AO. Consideramos a utilização de um folheto geral, uma estratégia eficaz pelo facto de tornar possível adaptar a informação transmitida à individualidade de cada pessoa. No entanto, existem terapêuticas com especificidades tais como a vinorelbina que é necessário guardar no frio ao contrário da maior parte das terapêuticas AO (Infarmed, 2016). Nestes casos, o folheto geral necessita de ser adaptado, pois os cuidados de armazenamento diferem da maioria dos AO que devem ser conservados na embalagem num lugar seco, com proteção da luz e humidade. Assim, devemos sempre ter em conta não só a individualidade de cada pessoa mas

também a especificidade de cada AO.

Sabemos que os AO, tal como a quimioterapia endovenosa provocam efeitos secundários que vem alterar a capacidade da pessoa em autocuidar-se, ocorrendo um défice de autocuidado. Orem (2001), refere que a teoria do défice do autocuidado exprime e desenvolve a razão pela qual os indivíduos necessitam de cuidados de enfermagem (Orem, 2001). Assim, o enfermeiro tem um papel fundamental na capacitação da pessoa na promoção do seu autocuidado. Arber, Odelius, Williams, Lemanska & Faithfull (2017) mencionam que é importante que a pessoa saiba reconhecer os sintomas associados aos AO e que saibam onde se devem dirigir e a quem recorrer, prevenindo complicações dos efeitos secundários. Neste sentido, os enfermeiros do HDO B, questionam a pessoa sobre a presença de efeitos secundários, reforçando os ensinamentos acerca dos mesmos sempre que necessário. Importa ainda, realizar ensinamentos sobre a terapêutica de suporte (Metoclopramida, loperamida, nistatina), pois ao capacitar as pessoas para intervir atempadamente, podemos evitar complicações.

Após observar as práticas realizadas pelos enfermeiros peritos, durante o estágio tivemos oportunidade de prestar cuidados a doentes submetidos a AO, ultrapassando o número planeado de cinco para quinze pessoas. No decorrer das consultas de enfermagem foram prestados cuidados a doentes oncológicos que se encontravam numa fase inicial do tratamento em que eram realizados os ensinamentos acerca de todos os aspetos essenciais para a gestão de AO e outras consultas nas quais era apenas necessário reforçar os ensinamentos já realizados previamente. Consideramos que educar nem sempre é fácil e por vezes torna-se um verdadeiro desafio. Recordamos uma situação em particular de uma utente de 75 anos que tinha dificuldade na compreensão do esquema terapêutico da capecitabina, isto porque a mesma já se encontrava polimedicada. Maloney & Kagan (2011), referem que a polimedicação bem como a idade dificultam a aprendizagem da pessoa colocando em risco a adesão à terapêutica. Neste sentido, repetiu-se a informação, utilizando os comprimidos de capecitabina e a figura de sol e lua para representar a hora do pequeno almoço e jantar até que a mesma percebesse o esquema terapêutico. Nesta situação, foi necessário delinear estratégias para que a mesma para que a sua aprendizagem fosse facilitada.

Deste modo, cabe nos a nós enfermeiros estabelecer uma relação de parceria com o doente, a fim de encontrar as melhores estratégias para promover a sua aprendizagem e “ajudar os cidadãos a alcançar o potencial máximo de saúde”

(Ordem dos Enfermeiros, 2001). Seguindo esta linha de pensamento e na procura de excelência nos cuidados de enfermagem, durante o estágio, foi refletido em conjunto com a enfermeira orientadora acerca da necessidade de elaborar uma norma de *follow-up* telefónico para que fosse instituída no HDO B. Acreditamos que a realização de um contacto telefónico durante a realização do tratamento seria uma mais valia para o próprio doente e seus cuidadores. Esta norma consistia em realizar um *follow-up* telefónico, uma semana após a primeira consulta de enfermagem e em SOS. Ao realizar o *follow-up* questionava-se a pessoa acerca da informação que tinha sido transmitida na primeira consulta e avaliava-se a sua capacidade de gerir os AO. As questões foram baseadas no instrumento da *Multinacional Association of Supportive Care in Cancer (MASCC)* - elaborado pelo grupo da MASCC. Os autores Burhenn & Smudde (2015), referem que as consultas de *follow-up* as *guidelines* indicam, que devem ser colocadas questões acerca dos efeitos secundários e explorar se os mesmos podem ser geridos. Pelo que é importante que os enfermeiros tenham uma atitude proactiva no cuidar do doente oncológico.

Na nossa opinião e por experiências em estágios realizados anteriormente, o *follow-up* telefónico é de extrema importância uma vez que permite ao doente esclarecer dúvidas e orientar o mesmo na prevenção e controlo de efeitos secundários. Orem (2001), refere que os enfermeiros podem através da orientação assistir a pessoa para realizar uma ação, supervisionando a mesma. Os autores Rudnitzki & McMahon (2015), referem ainda que a frequente monitorização das toxicidade e gestão de sintomas acompanhados são a chave para uma prática segura. Deste modo, acreditamos na importância de implementar o *follow-up* telefónico, pois o mesmo permite-nos reforçar ensinamentos, monitorizar a adesão à terapêutica, controlar efeitos secundários ou em algumas situações encaminhar a pessoa para recorrer ao hospital em situações que sejam consideradas mais graves.

O tempo de estágio foi limitado pelo que, infelizmente, não foi possível aplicar a norma de *follow-up* elaborada. Esta norma tem como finalidade melhorar a qualidade dos cuidados às pessoas submetidas a AO tendo como objetivo promover o autocuidado da pessoa submetida a AO, a adesão terapêutica e reforçar os ensinamentos acerca dos AO.

Neste encadeamento, podemos afirmar que os enfermeiros tem um papel imprescindível na educação ao doente submetido a AO, na promoção da adesão terapêutica e na gestão de efeitos secundários dos AO. No entanto, é necessário

adequar as estratégias de forma individual e tendo em conta a capacidade de cada pessoa para o seu autocuidado.

Acrescento que o facto dos registos serem efetuados no sistema informático SClinico, desenvolvido pelos Serviços partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), através do qual são identificados os focos de enfermagem, nos despertou para a possibilidade e necessidade de adoptar esta estratégia no serviço onde desempenhamos funções, pois consideramos que este facto permite a uniformização de práticas de todos os elementos da equipa de enfermagem, contribuindo para melhoria da qualidade dos cuidados.

CONCLUSÃO

Os AO vieram responsabilizaram a pessoa e os seus cuidadores na gestão de AO. Contrariamente ao que acontece com a quimioterapia endovenosa, no tratamento com AO, a pessoa realiza o tratamento no domicílio num ambiente não controlado por profissionais de saúde. Neste sentido, também os enfermeiros são responsáveis por assegurar a eficácia dos ensinamentos e promover a capacitação da pessoa e sua autonomia.

Este estágio no HDO B, revelou-se como tendo sido um percurso positivo para o meu desenvolvimento profissional pelas aprendizagens adquiridas ao longo da realização do mesmo. A equipa de enfermagem do HDO B é constituída por vários enfermeiros peritos com os quais tive oportunidade de refletir e discutir sobre a prática de cuidados na pessoa submetida a AO aliado a evidência científica acerca desta temática. Acredito que para que seja possível capacitar as pessoas é necessário que os enfermeiros também eles se encontrem capacitados. Na minha opinião, o facto de existirem enfermeiros experientes com conhecimentos facilita a capacitação da pessoa, tal como pude verificar durante a realização do estágio. Apesar de não ter sido implementada, a realização da norma de *follow-up* foi importante para futura utilização. Isto porque, o *follow-up* é essencial uma vez que tal como define a evidência científica permite à pessoa recorrer à equipa sempre que surgem dúvidas/questões, reforçar ensinamentos acerca do que já foi abordado anteriormente, monitorizar a adesão à terapêutica e se existe algum défice de conhecimento relativamente ao que foi transmitido. Como já foi referido, no HDO B, existe um documento de registo de enfermagem instituído utilizado por toda a equipa, uniformizando os ensinamentos realizados. Este documento é uma mais valia pois permite que os enfermeiros eduquem os doentes submetidos a AO, seguindo a mesma linha orientadora, evitando confusão na informação transmitida aos doentes. A evidência científica remete-nos para a importância de existir um enfermeiro de referência, pois estes têm um papel fundamental no apoio da pessoa e seus cuidadores, na monitorização da adesão terapêutica, no reconhecimento precoce de efeitos secundários e na promoção da segurança na administração. Posto isto, só é possível melhorar as nossas práticas, quando refletimos e analisamos as nossas ações. Desta forma, na procura de melhoria contínua das nossas práticas poderemos aumentar a satisfação daqueles de quem cuidamos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arber, A., Odellius, A., Williams, P., Lemanska, A., Faithfull, S. (2017). Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence? *European Journal of Cancer*, 26, 1-8.
- Costa, A., Morais, S. (2013). Supervisão clínica em Enfermagem: a importância da relação supervisiva na partilha e construção do conhecimento. *Sinais Vitais*, nº 111, 12-21.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 2(2), 81–100. Doi:10.1590/S0103-166X2004000200007.
- Infarmed (2016). *Resumo das características do medicamento*. Acedido a 23-06-2017. Disponível em http://app7.infarmed.pt/infomed/download_ficheiro.php?med_id=30995&tipo_doc=fi.
- Kav, S., Johnson, J., Rittenberg, C., Fernandez-Ortega, P., Suominen, T., ..& Clarck-Snow, R. (2008). Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. *Support Care Cancer*, 16, p. 1075-1083.
- Maloney, K. & Kagan S. (2011). Adherence and oral agents with older patients. *Seminars in oncology*, 27(2), 154-160
- Moody, M. & Jackowski, J. (2010). Are patients on oral chemotherapy in your practice setting safe? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 339-346.
- Neuss, M., Polovich, M., McNiff, K., Esper, P., Gilmore, T. ..& Jacobson, J. (2013). 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the safe administration and management of oral chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. 40(3), p.225-233
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6ed St Louis: Mosby. ISBN 0-323-00864-X
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Acedido em 07-05-2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cipe_adesaotr_atamento.pdf

- Rudnitzki, T. & McMahon, D. (2015). Safety challenges and recommendations. *Clinical Journal of Oncology*, 19(3), 41-46.
- Schneider, S., Adams, D. & Gosselin, T. (2014). A tailored nurse coaching intervention for oral chemotherapy adherence. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 5 (3), 163-172.
- Spolestra, L., Burhenn, P., Dekoekkoek, T., Schueller, M. (2015). A trial examining an advanced practice nurse intervention to promote medication adherence and symptom management in adult cancer patients prescribed oral anti-cancer agents: study protocol. *Journal of advanced nursing*, 72 (2), 409-420.
- Vioral, A. , Leslie, M., Best, R. & Somerville, D. (2014). Patient adherence with oral oncolytic therapies. *Seminars in Oncology nursing*, 30(3),p. 190-199.

APÊNDICE XIII

Sessão de formação à equipa de enfermagem do HDO D (I)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica
Vertente Oncológica

Hospital de dia de Oncologia D

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**Intervenção de enfermagem na pessoa submetida
a antineoplásicos orais: capacitação para o
autocuidado**

Docente: Professora Eunice Sá

Carine Lopes Lisboa, 12 de Janeiro 2018

Sumário

- Justificação da problemática
- Revisão da literatura
- Sondagem de opinião
- Objetivos
- Atividades
- Resultados expetáveis
- Bibliografia

Justificação da problemática

- Ausência de estrutura que permita uniformizar as intervenções de enfermagem na pessoa submetida aos antineoplásicos orais;
- Menor valorização dos antineoplásicos orais;
- Ausência de follow-up/atendimento telefónico que permita um acompanhamento mais frequente dos doentes;
- Existência de novas terapêuticas antineoplásicas que exigem atualização dos conhecimentos dos enfermeiros;
- Rotatividade dos elementos de enfermagem para os quais existem poucos documentos de apoio/suporte/integração o que dificulta a capacitação do próprio enfermeiro e consequentemente do doente.

Revisão da literatura

- Os tratamentos de cancro com antineoplásicos orais (AO) tem vindo a aumentar na última década pelo que novas estratégias são necessárias para assegurar a segurança do cliente.

(LeFebvre, Felice, 2016)

- Mais de 25% de pessoas com cancro utilizam no seu tratamento os AO.

(Spolestra, Burhenn, Dekoekkoek, Schuller, 2015)

- Os antineoplásicos orais (AO) são todas as substâncias neoplásicas, citotóxicas como agentes biológicos, que podem ser administrados oralmente.

(Weingart et al., 2008)

○

- Os AO trouxeram uma mudança de paradigma, que resultou na possibilidade dos doentes receberem o tratamento em regime ambulatorio, promovendo autonomia e melhorando a qualidade de vida do doente e sobrevivência.
(Arber, Odelius, Williams, Lemanska and Faithfull, 2017)

Desafio para os profissionais de saúde e doente

➔

Dificuldades em gerir o processo de doença desde a adesão ao controlo de efeitos adversos

- A administração da quimioterapia oral responsabilizou o próprio doente para a gestão dos efeitos secundários, monitorização e gestão de sintomas.
(Chunlan, Yao, Fang, Changrong, 2017)
- Os enfermeiros devem educar e ensinar de forma a melhorar a segurança do doente, adesão ao tratamento e gestão de efeitos secundários .
(Roop and Shiuann, 2014)

○

- A toxicidade dos antineoplásicos orais é equivalente à da quimioterapia endovenosa.
(Schneider et al., 2011)
- Os doentes têm a crença que tomar um comprimido é menos agressivo que a quimioterapia endovenosa.
(Weingart et al., 2008)

Desvalorização

- A evidência científica demonstra que os erros relacionados com a dosagem, auto-administração, monitorização, efeitos adversos, não são comunicados aos profissionais de saúde.
(Oakley & Johnson, 2008)

Adesão

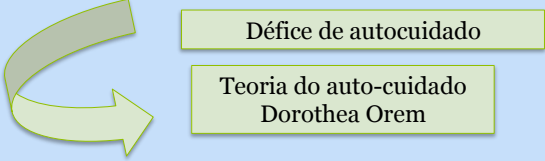
- **Adesão** define-se como a “medida em que o comportamento da pessoa corresponde as recomendações acordadas pelo prestador de cuidados”.
(Ordem dos enfermeiros, 2009)
- A organização mundial de saúde definiu a não-adesão nos tratamentos nas doenças crónicas como um problema “mundial de amplitude impressionante”.
(OE, 2009)
- A taxa de não adesão nos doentes submetidos aos antineoplásicos orais é elevada, pois a terapêutica é auto-administrada.
(Kav et al, 2008)
- Os enfermeiros, em colaboração com outros prestadores de cuidados de saúde, desempenham um papel importante na otimização da adesão ao tratamento ao nível do indivíduo, da família, da comunidade e do sistema de saúde.
(OE, 2009)

Educação

- Ao cuidar de doentes oncológicos submetidos aos AO a principal responsabilidade do enfermeiro é de educar, saber comunicar e manter um seguimento do doente.
(Hartigan, 2003)
- A educação é necessária para a auto-gestão e para melhorar a adesão, uma vez que a maioria dos cuidados prestados nas doenças crónicas exigem que os doentes estejam envolvidos no seu próprio autocuidado.
(Ordem dos enfermeiros, 2009)

○

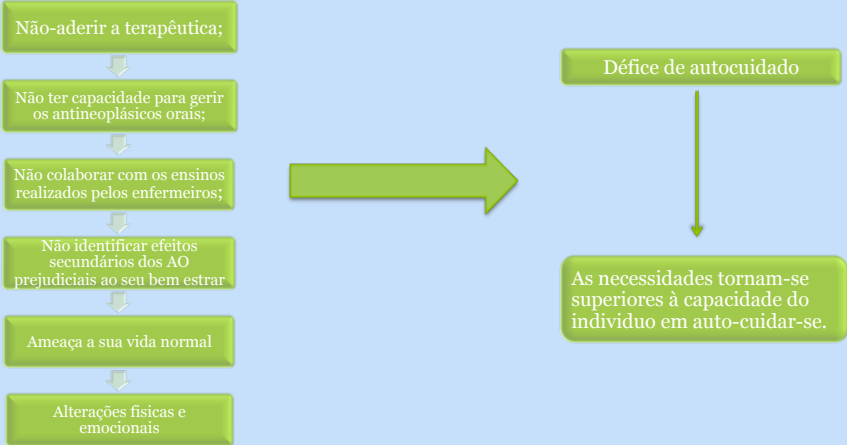
- A eficácia da quimioterapia está diretamente relacionada com uma maior ou menor adesão ao tratamento.
(Hartigan,2003)
- A pessoa submetida aos antineoplásicos orais torna-se o “gestor da sua doença”, responsável pelo próprio auto-cuidado.
- A falta de adesão aos AO pode resultar em falhas de tratamento, hospitalização e em alguns casos reduzir a longevidade.
(Spolestra, Burhenn, Dekoekkoek, Schuller, 2015)



○

Nos doentes submetidos aos AO, verifica-se que o individuo deixa de ser capaz de se **autocuidar** por:

- Não-aderir a terapêutica;
- Não ter capacidade para gerir os antineoplásicos orais;
- Não colaborar com os ensinamentos realizados pelos enfermeiros;
- Não identificar efeitos secundários dos AO prejudiciais ao seu bem-estar;
- Ameaça a sua vida normal;
- Alterações físicas e emocionais.



Teoria dos sistemas de enfermagem

Determinam de que forma os enfermeiros, doentes ou ambos, dão resposta as necessidades de autocuidado do doente.

(Orem, 2001)

- **Sistema totalmente compensatório**- situações em que o indivíduo não consegue envolver-se no autocuidado e fica dependente de outros para sobrevivência e bem-estar.
- **Sistema parcialmente compensatório** - situações em que o enfermeiro ou outros realizam tarefas de cuidados para compensar algumas limitações.
- **Sistema de apoio-educação – o indivíduo tem capacidade para o autocuidado, necessita apenas de apoio, orientação, instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento de atividade de autocuidado.**



Este sistema é mais utilizado na intervenção junto do doente submetido aos AO, uma vez que o indivíduo é capaz de realizar ou pode e deve aprender as tarefas exigidas com terapêuticas de autocuidado orientadas, mas não pode fazê-lo sem assistência.

Intervenção de enfermagem na pessoa submetida a antineoplásicos orais

Os enfermeiros necessitam de ser os principais intervenientes quando a pessoa inicia o tratamento com antineoplásicos orais pela primeira vez.

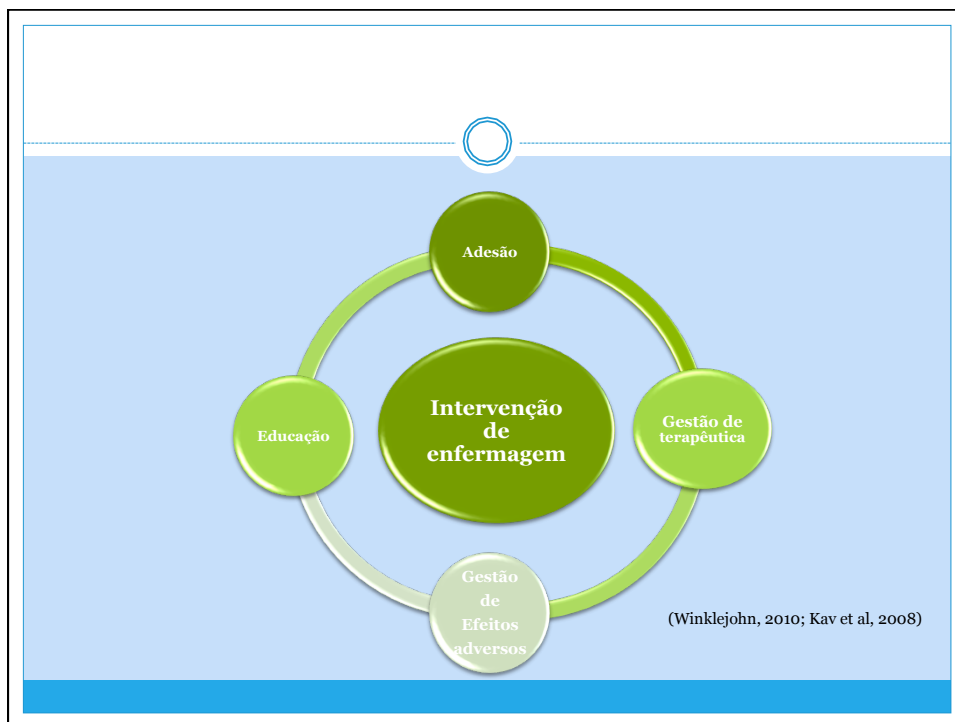
(Winkeljohn, 2010).

A presença de enfermeiros é emergente na administração da quimioterapia oral.

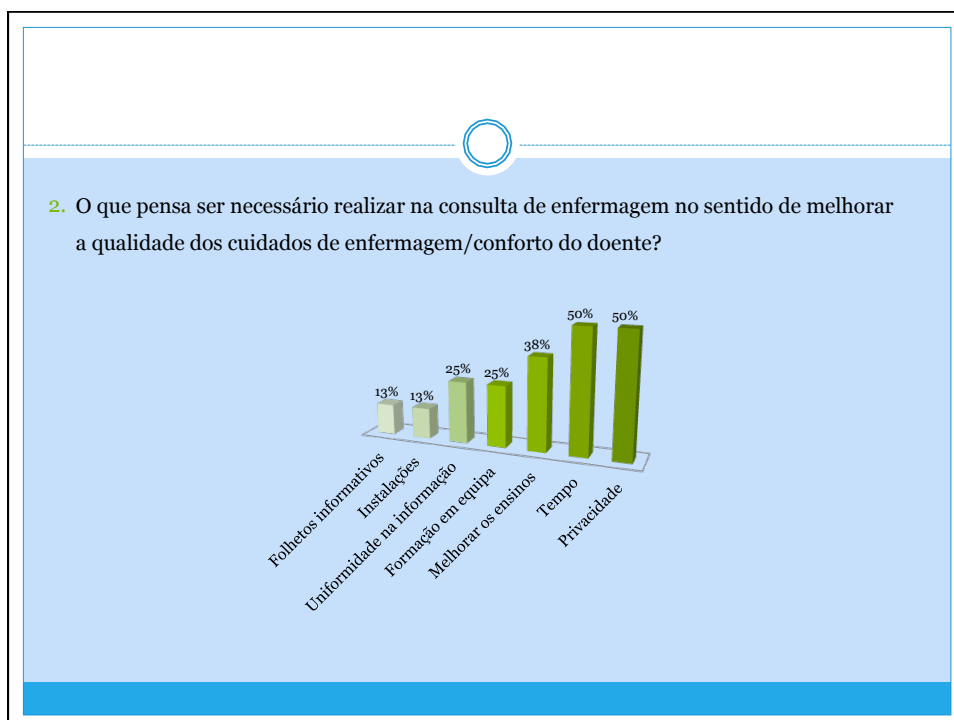
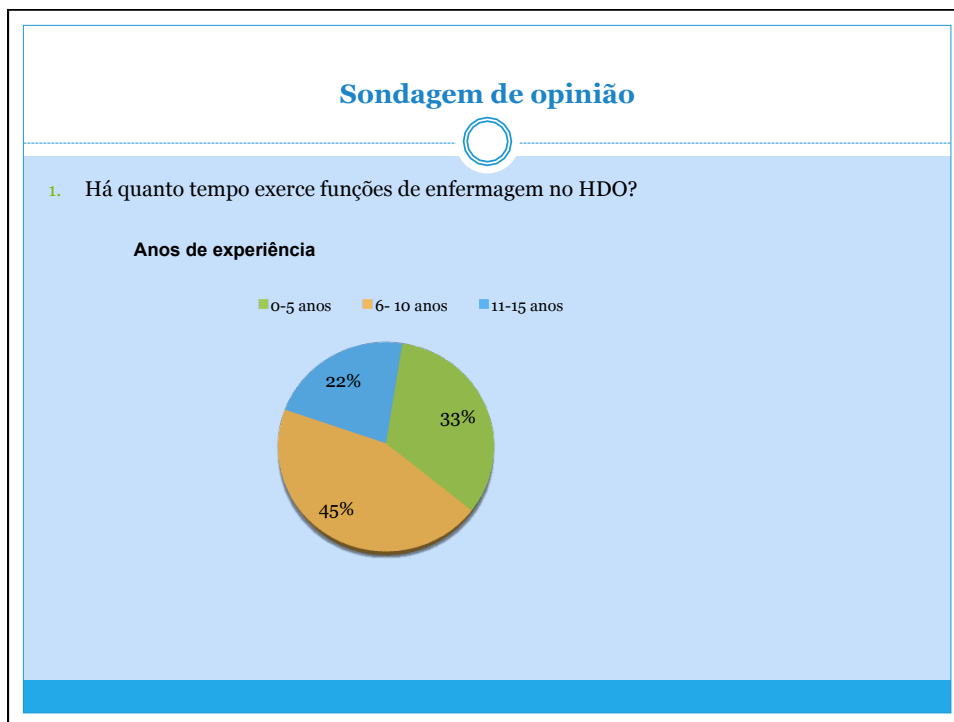
(Yagasaki, Komastu, 2013).

Os enfermeiros necessitam de focar a sua atenção na educação do doente assegurando que o mesmo compreendeu o esquema terapêutico e a importância da adesão ao tratamento para que o mesmo seja eficaz .

(Spolestra, Given, Grant, Sikorskii, You, Decker, 2013)

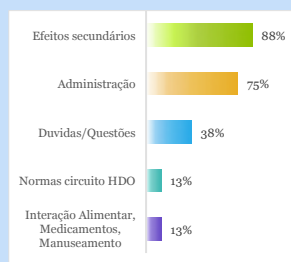


SONDAGEM DE OPINIÃO

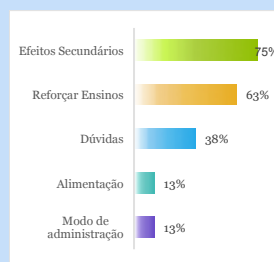


3. Que assuntos considera importantes abordar acerca dos AO na consulta de enfermagem?

1. Na consulta 1ª vez:



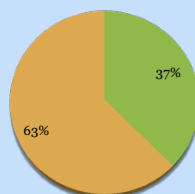
2. Nas seguintes:



4. Como avalia os resultados dos ensinos que efetuam acerca dos AO?

Resultados dos Ensinos

■ Médios ■ Não Eficazes



Desenvolvimento de competências



Competências comuns do Enfermeiro Especialista

- A1. Integra-se e participa nas tomadas de decisão ética e resolução de problemas do doente oncológico com a restante equipa nas várias situações, recorre à consulta de documentos/normas para sustentar as tomadas de decisões, analisando e avaliando as mesmas.
- A2- Promove o respeito pelos direitos dos clientes assegurando a privacidade da pessoa e respeitando os valores, costumes e crenças do próprio. Identifica e previne práticas de risco prejudiciais aos seu bem-estar.
- B.2- Observa e avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de processo estrutura e resultado, incorporando, conhecimento e identificando oportunidades na melhoria da qualidade dos cuidados.
- B.1- Desenvolve o projeto com objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem na pessoa submetida aos AO.
- B.2. Planeia programas de melhoria continua como a elaboração de guias orientadores de boa prática.
- B3. Promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural gerador de segurança, promovendo a adesão aos AO, capacitando a pessoa para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares.
- D.1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade tem consciência de si enquanto pessoa e profissional reconhecendo os seus recursos e limites pessoais e profissionais.
- D.2. Baseia a sua praxis clínica especializada responsabilizando-se por ser facilitador da aprendizagem atuando como formadora e avaliando o impacto das for-mações realizadas acerca dos AO.

Desenvolvimento de competências



Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em Situação Paliativa e Crónica

- L.5 Identifica as necessidades da pessoa submetida a AO, avalia e identifica sintomas descontrolados de forma minimizá-los envolvendo o doente e cuidadores nos cuidados, promovendo a satisfação dos mesmos.
- L.6- Estabelece uma relação de parceria com o doente se sua família, respeitando a singularidade e autonomia individual do mesmo, apoiando-o no processo de doença e negociação com o mesmo acerca de metas e objetivos de cuidados a atingir necessários ao seu bem-estar.

Competências da EONS (2013)

- Demonstra uma atitude holística, tolerante, sem juízo de valores, promove os direitos, crenças e desejos individuais do doente com doença oncológica e sua família.
- Demonstra sensibilidade perante os doentes e suas famílias em todas as fases da doença oncológica.
- Proporciona um ambiente de suporte no qual promove a partilha de preocupações do doente e sua família.
- Trabalha em parceria com doente na gestão de sintomas e consequências do tratamento de cancro.
- Presta cuidados individualizados baseados nas necessidades e preferências do doente.

Objetivos

Estágio 3- Hospital de dia de Oncologia D

Objetivo geral

- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem na pessoa submetida a antineoplásicos orais.

Objetivo específico

1. Dar a conhecer à equipa a importância da intervenção de enfermagem na pessoa submetida aos AO;
2. Implementar um documento orientador para utilização nas consultas de enfermagem para uniformizar as práticas relativamente às intervenções de enfermagem.
3. Capacitar a equipa de enfermagem relativamente aos AO, através de documentos orientadores (póster e guia de boas práticas).
4. Desenvolver estratégias que permitam a capacitação do doente para o autocuidado e promovam a sua autonomia na gestão dos AO e prevenção dos efeitos adversos.

Atividades

- Apresentação do projeto.
- Apresentação do documento orientador à equipa de enfermagem.
- Aplicação do documento orientador nas consultas de enfermagem.
- Elaboração de um poster no qual conste os antineoplásicos mais utilizados e principais efeitos secundários.
- Elaboração de um guia de boas práticas.
- Elaboração de guias terapêuticos dos antineoplásicos mais utilizados no Hospital de dia de Oncologia.
- Utilização da escala Medida de Adesão Terapêutica (MAT) para avaliação da adesão aos antineoplásicos orais.
- Sinalização das pessoas submetidas a antineoplásicos orais que recorrem à consulta não programada.
- Realização de consultas de enfermagem através do follow-up telefónico.

Resultados expectáveis

- Melhoria das intervenções de enfermagem na pessoa submetida aos antineoplásicos orais;
- Obter uma prática uniforme das intervenções de enfermagem dentro da mesma equipa;
- Obter uma maior vigilância (Follow-up) junto do doente submetido aos antineoplásicos orais.
- Melhorar a taxa de adesão dos doentes aos antineoplásicos orais;
- Capacitar a pessoa para uma melhor gestão do seu processo de doença;
- Capacitar a pessoa para identificar eventuais toxicidades dos antineoplásicos orais;
- Capacitar o doente para compreender em que situações deve recorrer ao profissional de saúde.
- Demonstrar indicadores de resultados da intervenção de enfermagem.
- Obter ganhos em saúde.

Referências bibliográficas

- Arber, A., Odellius, A., Williams, P., Lemanska, A., Faithfull, S. (2017). Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence? *European Journal of Cancer*, 26, p. 1-8.
- Hartigan, K. (2003). *Patient Education: The cornerstone of successful oral chemotherapy treatment*. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(6), p. 21-24.
- Gassman, C., Kolbe, N., Brenner, A. (2016) Experiences and coping strategies of oncology patients undergoing oral chemotherapy: First steps of a grounded theory study. *European Journal of oncology nursing*, 23, p.106-114.
- Griffin, E. (2003). Safety considerations and safe handling of oral chemotherapy agents. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 7(6), p. 25-29
- Kav, S., Johnson, J., Rittenberg, C., Fernandez-Ortega, P., Suominen, T., & Clark-Snow, R. (2008). Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. *Support Care Cancer*, 16, p. 1075-1083.
- Moody, M. & Jackowski, J. (2010). Are patients on oral chemotherapy in your practice setting safe? *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 14(3), p. 339-346
- Neuss, M., Polovich, M., McNiff, K., Esper, P., Gilmore, T. & Jacobson, J. (2013). 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the safe administration and management of oral chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. 40(3), p.225-233.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6ed St Louis: Mosby. ISBN 0-323-00864-X
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento. Acedido em 07-05-2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/cipe_adesaoao tratamento.pdf
- Siden, R., Kem, R., Ostrenga, A., Nicksy, D., Bernhardt, B., Bartholomew, J. (2014). Templates of patient brochures for the preparation, administration and safe-handling of oral chemotherapy. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*. 20(3), p. 217-224.
- Spoelstra, S., Burhenn, P., DeKoekkoek, T., Schueller, M. (2015). A trial examining an advanced practice nurse intervention to promote medication adherence and symptom management in adult cancer patient prescribed oral anti-cancer agents: study protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), p. 409-420.
- Weingart, S., Brown, E., Bach, P., Eng, K., Johnson, S., Kuzel, T., & Walter, R. (2008). NCCN Task Force Report: Oral chemotherapy. *Journal of the national comprehensive cancer network*. 6(3), 1-14.
- Winkeljohn, D. (2010). Adherence to oral cancer therapies: nursing interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 461-466.

APÊNDICE XIV

Questionário acerca da avaliação de conhecimentos da pessoa para auto-administração de AO

**Questionário “Avaliação de conhecimentos sobre
Antineoplásicos Orais”**

Questões	SIM	NÃO
Sabe qual o nome dos comprimidos que está a tomar?		
Sabe quando deve tomar os seus comprimidos?		
Sabe se pode tomar os seus comprimidos com ou sem comida?		
Sabe onde deve guardar os seus comprimidos?		
Sabe os cuidados a ter com o manuseamento dos seus comprimidos?		
Sabe quais são os efeitos secundários que podem surgir?		
Sabe em que situações deve contactar o médico ou enfermeiro?		
Sabe o que deve fazer se houver omissão de alguma toma? Ou no caso de vomitar?		
Sabe quando é a sua próxima consulta?		

Quando foi aplicado o questionário?

1ª vez Seguintes

Presencial Telefónica

Data:

Enfermeira/o:

APÊNDICE XV

Resultados após aplicação do Questionário acerca da avaliação de conhecimentos da pessoa para auto-administração de AO

Resultados após aplicação do questionário

Gráfico 1: População por Género

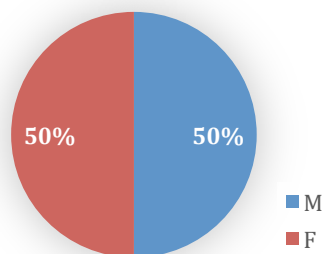


Gráfico 2: Perguntas corretas após aplicação do questionário acerca da avaliação de conhecimentos da pessoa para auto-administração de AO

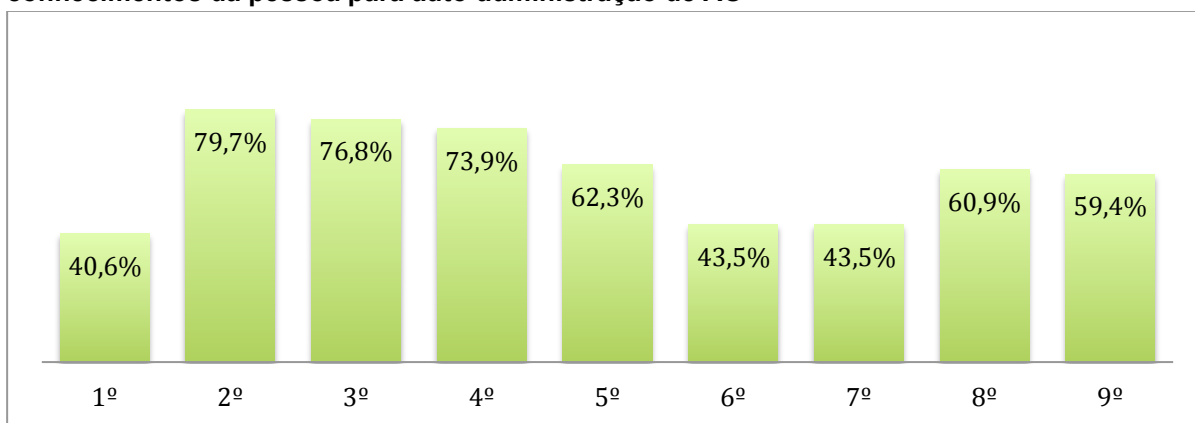
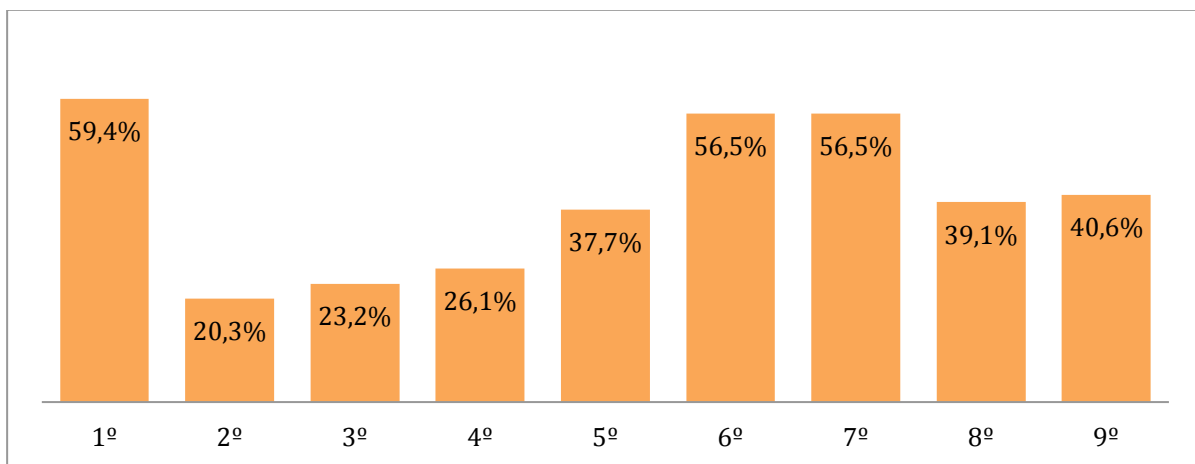


Gráfico 3: Perguntas erradas após aplicação do questionário acerca da avaliação de conhecimentos da pessoa para auto-administração de AO



APÊNDICE XVI

Sessão de formação à equipa de enfermagem do HDO D (II)

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica
Vertente Oncológica
Hospital de dia de Oncologia D

PROJETO DE INTERVENÇÃO

**Intervenção de enfermagem na pessoa submetida
a antineoplásicos orais: capacitação para o
autocuidado (2)**

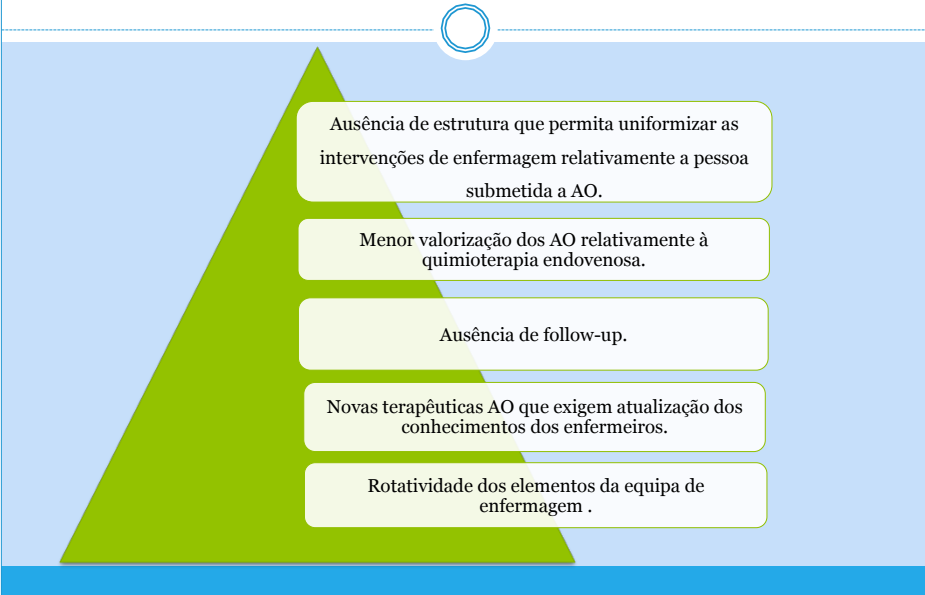
Docente: Professora Eunice Sá

Carine Lopes Lisboa, 06 de Fevereiro de 2018

Sumário

- Problemática
- Finalidade do projeto
- Intervenções de enfermagem
- Consulta de Primeira Vez
- Follow-up telefónico
- Resultados expectáveis
- Referências bibliográficas

Problemática



Ausência de estrutura que permita uniformizar as intervenções de enfermagem relativamente a pessoa submetida a AO.

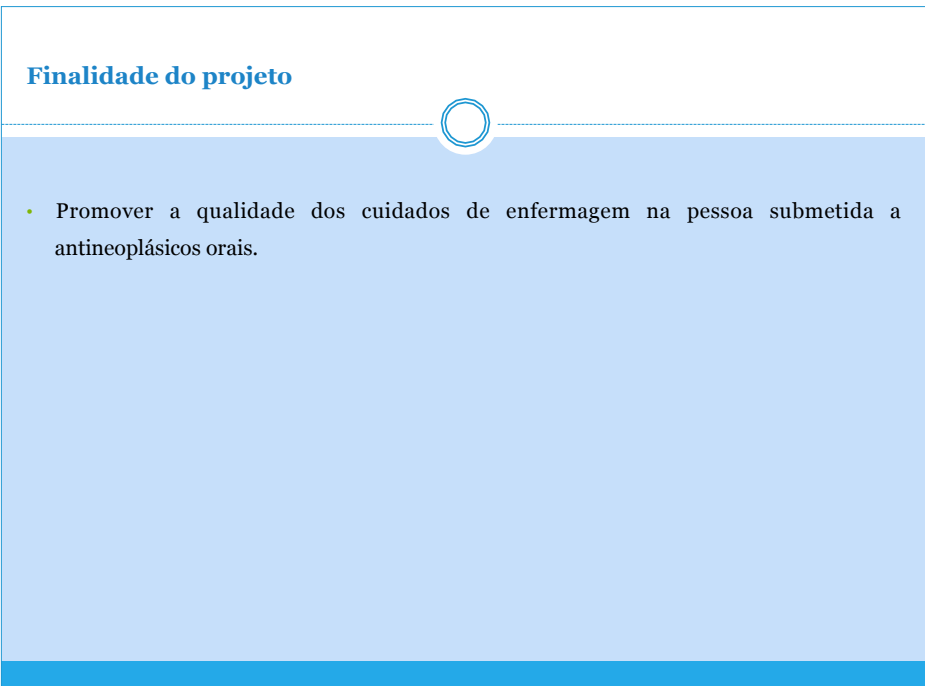
Menor valorização dos AO relativamente à quimioterapia endovenosa.

Ausência de follow-up.

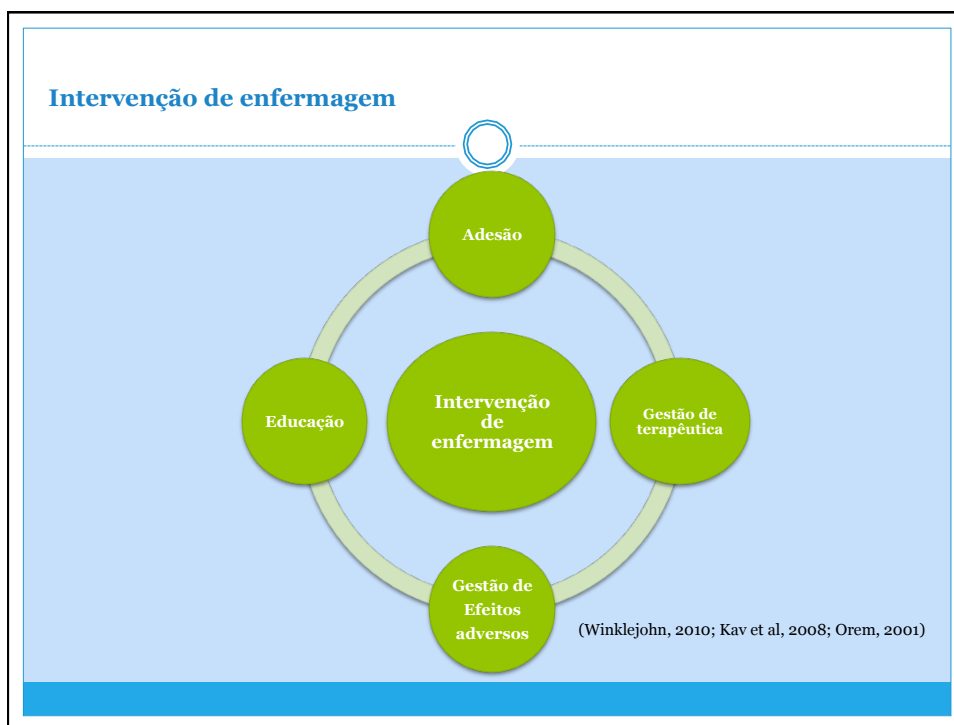
Novas terapêuticas AO que exigem atualização dos conhecimentos dos enfermeiros.

Rotatividade dos elementos da equipa de enfermagem .

Finalidade do projeto



- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem na pessoa submetida a antineoplásicos orais.



Intervenção de enfermagem na pessoa submetida a antineoplásicos orais

Segundo as **guidelines ASCO/ONS (2013)**, os enfermeiros devem incluir no seu ensino à pessoa submetida a AO:

- ✓ Diagnóstico, objetivo e duração do tratamento;
- ✓ Nome do AO;
- ✓ Informação sobre o AO (incluindo aparência e armazenamento);
- ✓ Onde vai obter o AO;
- ✓ Possíveis efeitos secundários e como gerir os mesmos a curto e longo prazo, incluindo questões de fertilidade e de reprodução;
- ✓ Armazenamento e manuseamento da terapêutica;
- ✓ O que fazer com os AO não utilizados;
- ✓ Esquema terapêutico do AO;
- ✓ Interações alimentares/medicamentos;
- ✓ Omissões da dose de AO;
- ✓ Próxima consulta;
- ✓ Como, quando, quem contactar caso ocorram efeitos secundários e colocar questões;
- ✓ Quando deve voltar para adquirir nova terapêutica AO.

(Neuss et al, 2013; Bettencourt, 2014)

Consulta Primeira Vez Antineoplásicos orais



- Realizar acolhimento da pessoa na consulta de enfermagem segundo Norma de Primeiro acolhimento .
- Confirmar dados do doente (Nome, Processo, Terapêutica e dose);
- Antes de iniciar o tratamento com AO, avaliar os seguintes fatores que poderão interferir na adesão:
 - Psicossociais
 - Crenças acerca do seu estado de saúde e regime terapêutico
 - Estilo de vida
 - Tratamento
- Aplicar questionário de avaliação da capacidade da pessoa na auto-administração de AO.
- Preencher documento orientador segundos os ensinamentos realizados e registar as intervenções de enfermagem.

Consulta Primeira Vez Antineoplásicos orais



- Realizar ensinamentos para capacitar a pessoa para o auto-cuidado relativamente ao:
 - Regime terapêutico;
 - Medidas de segurança relativamente ao manuseamento de AO;
 - Medidas de segurança relativamente à eliminação de AO;
 - Medidas de segurança relativamente ao armazenamento de AO;
 - Incentivar adesão ao regime medicamentoso/omissões do regime medicamentoso.
 - Interações alimentares/medicamentosas
 - Gestão de sintomas.
- Entrega de folheto informativo acerca da terapêutica.
- Agendar data de follow-up telefónico e próxima consulta presencial.

Documento orientador Antineoplásicos orais

Nome : _____
 Processo: _____
 (Etiqueta do processo do doente)

Data: _____
 Neoplasia: _____

Vem à consulta: Acompanhada/a Sozinha/a

Terapêutica antineoplásica oral _____

Data em que inicia: _____

Dose: _____ Ciclo nº _____

Capacitar a pessoa submetida a antineoplásicos orais para o autocuidado relativamente a:

1. Esquema terapêutico	
2. Medidas de segurança relativamente ao manuseamento dos AO	
3. Medidas de segurança relativamente a eliminação dos AO	
4. Medidas de segurança relativamente ao armazenamento dos AO	
5. Incentivar adesão ao regime medicamentoso/omissões do regime medicamentoso	
6. Interações alimentares/medicamentosas	
7. Gestão de sintomas	

Os ensinamentos foram realizados ao Próprio Cuidador Ambos

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Pontuação obtida na Escala MAT: _____

Presença de efeitos secundários: Sim Não

Se sim, quais?

Diarreia Obstipação Náuseas Vômitos Fadiga
 Eritema/Rash Síndrome palmo-plantar Dor Mucosite

Grau de Toxicidade (Common Terminology Criteria for Adverse Events - CTCAE - 4.03)

Grau I
 Grau II
 Grau III
 Grau IV

Intervenções de enfermagem realizadas na capacitação da pessoa para o autocuidado

	Observações
Gest. sintomas	
Ensinar sobre medidas de segurança relativamente ao armazenamento	
Ensinar sobre medidas de segurança relativamente a eliminação	
Ensinar sobre medidas de segurança relativamente ao manuseamento	
Ensinar sobre medidas de segurança relativamente as interações alimentares/medicamentosas	
Ensinar sobre regime terapêutico	
Referir para outro profissional	
Fornecer apoio emocional	
Monitorizar sinais vitais	
Outras	
Data do follow-up telefónico: _____	Data próxima consulta: _____
Enfermeiro: _____	

Questionário

Questões	SIM	NÃO
Sabe qual o nome dos comprimidos que está a tomar?		
Sabe quando deve tomar os seus comprimidos?		
Sabe se pode tomar os seus comprimidos com ou sem comida?		
Sabe onde deve guardar os seus comprimidos?		
Sabe os cuidados a ter com o manuseamento dos seus comprimidos?		
Sabe quais são os efeitos secundários que poderão surgir?		
Sabe em que situações deve contactar o médico ou enfermeiro?		
Sabe o que deve fazer se houver omissão de alguma toma? Ou no caso de vomitar?		
Sabe quando é a sua próxima consulta?		

Tabela Antineoplásicas Orais

Hospital de dia de Oncologia

Agente	Indicações aprovadas (FDA)	Terapêutica antineoplásica oral	
		Considerações especiais	Efeitos secundários
Abraterona (Zytiga)	Carcinoma próstata metastático resistente à castração	Usar com precaução em pessoas com doença cardiovascular; monitorizar TA, níveis potássio, insuficiência adrenocortical, hepatotoxicidade; alimentos aumentam absorção. Não ingerir alimentos 2 horas antes da ingestão da abiraterona e 1 hora após. Evitar Erva S. João. Atenção aos indutores CYP3A4 (feniltoína, carbamazepina, rifampicina, fenobarbital).	Edemas, hipocalcemia, hipertensão, dor muscular, diarreia, infecções urinárias, afrotamentos, tosse, hipertensão, arritmias, nocturia, polaciúria, dispepsia, taquicardia, exantema
Afatínb (Giotrif)	Câncer do pulmão de não pequenas células avançado ou metastático	Não ingerir alimentos menos 3 horas antes da ingestão do afatínb e 1h após. Se esquecer uma toma pode tomar quando se lembrar exceto até falarem 3 horas para a toma seguinte. Pode ser dispersível em 100 ml de água. Evitar erva de São João.	Diarreia, erupção cutânea, afecções oculares (inflamação ocular, visão turva), diminuição do apetite, epistaxis, mucosite.
Capecitabina (Xeloda)	Câncer cólon (adjuvante e metastático), câncer da mama metastizada	Pode fazer-se com docetaxel, levocozumab, oxaliplatina e sorafenib; toma 2 vezes idia (até 30' após refeição); verificar INR regularmente se varfarina; não usar produtos aloe vera. Evitar o uso de alopurinol; Se grau 2/3 (entrediestesia palmo-plantar - deve interromper tratamento).	Supressão da medula óssea, dermatite, síndrome mão-pé, estomatite, náuseas, vômitos, diarreia/obstipação, fadiga, anorexia, dor abdominal.
Ciclofosfamida (Citoxan)	Gama muito ampla de malignidades sólidas e hemoligias	Dose oral entre os 14mg/kg/dia; pode ser usada como terapia de manutenção; hidratação contínua é essencial para evitar cistite hemorrágica; vigiar cardiomiopatia.	Náuseas, vômitos, leucopenia, amenorreia, alopecia, cardiomiopatia, cistite hemorrágica, infertilidade.
Enzalutamida (Xtandi)	Câncer próstata metastático resistente à castração	Ver uso concomitante com outros medicamentos (deve evitar-se a coadministração com anticoagulantes tipo varfarina; problemas hepáticos ou renais. Usar contracepção durante e até 3 meses após o tratamento).	Cefaleias, neutropenia, ansiedade, alucinações visuais, perda de memória, hipertensão, convulsões, fadiga, hipertensão.
Eriofinib (Tarceva)	Câncer do pâncreas, câncer do pulmão de não pequenas células	Aconselhar a deixar de fumar; alimentos aumentam absorção. Tomar Tarceva 1h antes da ingestão de alimentos ou 2 horas após. Evitar sumo de toranja + erva de S. João. Evitar inibidores CYP3A4.	Rash, edemas, dor abdominal, fadiga, diarreia, dores osteoarticulares, mialgias, alopecia, ansiedade, AVC, trombose veias profundas, perfuração gastrointestinal.
Everolimus (Afinitor)	Câncer células renais e câncer da mama avançado	Usar protetor solar; evitar sumo de toranja e hipercóleria S. João. Usar contracepção durante e até 2 meses após tratamento; alimentos reduzem absorção; não esmagar ou mastigar; tomar com um copo de água.	Hiperlipcemia, aumento do colesterol e triglicéridos, rash, fadiga/astenia, fôbre, diarreia, náuseas, vômitos, anorexia, mucosite, aumento creatinina e função hepática, edemas periféricos, hipertensão, derrame pleural, cefaleia
Imatínb (Glivec)	Leucemia mieloide crónica, Leucemia linfocítica aguda, tumores estroma gastrointestinal, síndrome mielodisplásico	Vigiar inibidores CYP2D6 (paroxetina, fluoxetina); não esmagar; pode dissolver em água ou sumo de maçã; tomar durante a refeição e com bastante água; necessária contracepção; monitorar transaminases; evitar sumo de toranja + erva de S. João. Atenção ao uso de levotiroxina, fluconazol.	Rash, edemas periorbitais e periféricos, diarreia, náuseas, vômitos, fadiga, supressão da medula óssea, artalgias/mialgias, cólicas, dor musculoesquelética, cefaleias, tonturas, insónias, tosse, calafrios, neutropenia, dispneia, tosse.
Lapatinib (Tyverb)	Câncer da mama avançado e metastático	Evitar sumo de toranja; atenção aos inibidores CYP3A4; alimentos aumentam exposição sistémica; tomar 1 hora antes/após refeições; se prescrito com capecitabina, esta é tomada com a refeição (reforçar o ensino das tomas).	Reação pele mão-pé, rash, parestesias, diarreia, náuseas, vômitos, anemia, fadiga, indigestão, dor nas extremidades, cefaleias, dores dorsolombares, diminuição função ventrículo esquerdo, erupções cutâneas com vesículas
Lenalidomida (Revlimid)	Mieloma múltiplo, síndrome mielodisplásico	Contracepção (não doar esperma até 4 semanas após tratamento); tomar com água; não esmagar/mastigar ou abrir cápsulas; excreção renal; menor ligação às proteínas.	Edemas periféricos, rash, prurido, trombocitopenia, hipocucasia, infecções, neutropenia, afecções oculares, mucosite, diarreia, alopecia, erupções cutâneas, fadiga, náuseas, vômitos
Pabeciclib (Ibrance)	Câncer da mama avançado ou metastático	Tomar durante 71 dias + 7 dias de pausa. Tomar com alimentos. Evitar sumo de toranja.	

Guias terapêuticos - Capecitabina

FUNIONAMENTO

UNIDADE A

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00

Sábado das 8h00 às 14h00

UNIDADE B

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 19h00

CONTACTOS TELEFÓNICOS

T:

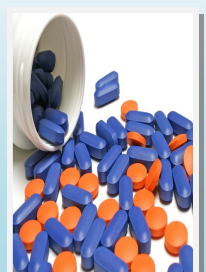
Extensão do Hospital de Dia Unidade A

T:

Extensão do Hospital de Dia Unidade B

Vou iniciar tratamento com CAPECITABINA...

O que devo saber?



Guias terapêuticos - Capecitabina

da doença oncológica.

Quando devo tomar?

A capecitabina deve ser tomada duas vezes por dia 30 minutos após o pequeno-almoço e jantar com um copo de água.

	Pequeno-almoço	Jantar
500 mg		
150mg		

Que precauções devo ter?

- Não deve partir, esmagar ou triturar os comprimidos.
- Deve abrir os comprimidos para dentro de um copo ou se manipular os comprimidos deve lavar sempre bem as mãos.
- Se vomitar, não repete a toma e anota o episódio.
- Se sobram comprimidos, deve devolver a farmácia do hospital.
- Guarde os comprimidos num lugar protegido da luz, calor, humidade.

Durante o seu tratamento, podem surgir alguns efeitos secundários pelo que deve estar atento caso ocorra:

- **Náuseas/vômitos:** Evite cheiros intensos. Se ocorrerem deve informar a equipa de enfermagem e/ou tomar a medicação prescrita pelo seu médico. Poderá iniciar a metoclopramida (Primperam) 15 minutos antes do pequeno-almoço e jantar. Se não melhorar deve vir à consulta não programada.
- **Diarreia:** Não ingira alimentos ricos em fibras. Ex: Evite café, sumo de laranja. Faça pequenas refeições várias vezes ao dia. Se tiver mais de 4 dejeções por dia deve iniciar a loperamida (modium) 2 mg de acordo com a prescrição médica. Se não melhorar deve vir à consulta não programada. Máximo 6 comprimidos por dia.
- **Aftas e feridas na boca:** Mantenha uma boa higiene oral. Evite alimentos ácidos, picantes, salgados e secos. Se tiver aftas ou feridas na boca informe a equipa de enfermagem/

evite expor as mãos e pés ao sol entre as 10h e as 16h. Use chapéu de sol. Utilize um creme hidratante sem perfume e sabão neutro sem cheiro. Se sentir uma sensação de calor ou ardor deve informar a equipa de enfermagem/médico.

- **Síndrome mão-pé:** Pode surgir, dor e bolhas nas mãos e pés. Para controlar estes sintomas deve hidratar a sua pele de manhã e à noite 2x/dia com creme gordo. Utilize calçado confortável e meias de algodão. Lave as mãos e pés com água morna.
- **Cansaço:** Poderá sentir-se mais cansado, falta de ar. Altere períodos de actividade com períodos de repouso. Utilize terapias de relaxamento.
- **Diminuição do apetite:** Faça cerca de 5 a 6 refeições por dia.
- **Febre:** Vigie a sua temperatura caso verifique temperatura de 38°C, deve vir à consulta não programada.
- **Dor abdominal:** Se a dor persistir contacte a equipa de enfermagem/

Graus de Toxicidade (Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v4.0.)

Efeitos secundários	Grau I	Grau II	Grau III	Grau IV
Alopecia	Parcial	Total		
Anorexia	Perda de apetite sem alterar os hábitos alimentares	Ingestão oral diminuída sem perda significativa de peso ou desnutrição.	Associada com perda significativa de peso ou desnutrição.	Requer intervenção hospitalar urgente.
Ascite	Assintomático; requer observação clínica. Não requer nenhuma intervenção.	Sintomático. Requer intervenção médica.	Síntomas severos. Requer intervenção médica invasiva.	Requer intervenção hospitalar urgente. Intervenção cirúrgica.
Desidratação	Secura das mucosas. Diminuição do turgor cutâneo.	Requer reposição de fluidos < 24 horas.	Requer reposição de fluidos ou hospitalização.	Requer intervenção hospitalar urgente.
Diarreia	Aumento de <4 dejeções por dia	Aumento de 4-6 dejeções por dia	Aumento de >7 dejeções por dia. Requer hospitalização.	Requer intervenção hospitalar urgente.
Dysfagia	Sintomático mas consegue alimentar-se normalmente	Sintomático com alterações ao comer/engolir	Alterações severas em comer/engolir; necessidade de recorrer a SNG/via parentérica ou hospitalização.	Requer intervenção hospitalar urgente.
Dispepsia	Leve	Moderada	Severa	
Dor abdominal	Dor leve	Dor moderada. Limita atividades de vida diária	Dor severa. Limita o próprio autocuidado	
Edema	Edema ligeiro.	Edema moderado. Limita as atividades de vida diária	Edema severo. Limita a capacidade de autocuidar-se nas AVD.	
Epistaxix	Síntomas leves.	Síntomas moderados. Requer intervenção médica.	Requer transfusão ou intervenção cirúrgica	Requer intervenção hospitalar urgente
Fadiga	Fadiga aliviada com repouso.	Fadiga não aliviada com períodos de repouso. Limita as AVD.	Fadiga não aliviada com períodos de repouso. Limita a capacidade de autocuidar-se nas AVD.	
Febre	Temperatura entre 38-39°C	Temperatura > 39°C – 40°C.	Temperatura > 40°C em menos de 24 horas	Temperatura >40°C em mais de 24 horas
Mucosite	Assintomático ou sintomas leves. Não requer intervenção.	Dor moderada. Não interfere com a ingestão de alimentos. Alterar dieta.	Dor severa. Interfere com a ingestão de alimentos.	Requer intervenção hospitalar.
Náusea	Diminuição do apetite sem alterar hábitos alimentares.	Diminuição da ingestão de alimentos sem perda significativa de peso, desidratação ou malnutrição.	Inadequada ingestão calórica ou de fluidos. Requer fluidos IV ou hospitalização.	
Síndrome palmo-plantar	Alterações mínimas na pele ou dermatite sem dor.	Alterações na pele com dor, limita as AVD	Alterações severas na pele com dor, incapacidade de realizar AVD.	
Vômitos	1 ou 2 episódios em 24 h.	3-5 episódios em 24 horas	> 6 episódios em 24 horas. Requer hospitalização.	Requer intervenção hospitalar urgente.

Nacional Cancer Institute (2010)

1º Follow-up telefónico



- Realizar uma semana após o início da terapêutica antineoplásica oral.
- Aplicar novamente questionário acerca dos AO.
- Reforçar ensinamentos acerca do que já foi abordado (Esquema terapêutico, efeitos secundários, manuseamento, armazenamento, gestão de sintomas).
- Registrar se existe algum défice de conhecimento por parte do doente em relação a TAO ou avaliar a necessidade de antecipar próximo follow-up.
- Registrar no documento orientador as intervenções de enfermagem.
- Agendar novo follow-up uma semana após a consulta de enfermagem e marcar na agenda.

Follow-up Telefónico

- ✓ O follow-up deve ser realizado na primeira semana após começar os AO e durante algumas semanas após o primeiro contacto, para questionar o doente acerca da ocorrência de alguma toxicidade que pode ter ocorrido .

Bettencourt; Vioral, Leslie, Best, Somerville (2014)

- ✓ Por vezes, a complexidade terapêutica no domicílio pode levar a complicações sérias que podem ser evitadas através da educação do doente, follow-up regulares, observação do doente de forma assegurar a adesão e segurança.

(Kav et al , 2008).

Próximas consultas de enfermagem

- Realizada cerca de 3 ou 4 semanas após o início do AO.
- Verificar se existem dúvidas em relação ao AO.
- Reforçar ensinamentos acerca dos conhecimentos já transmitidos previamente.
- Registrar as intervenções de enfermagem realizadas.
- Monitorizar a adesão relativamente ao esquema terapêutico (Aplicação da MAT) e registar o valor.
- Agendar nova consulta de enfermagem e posterior follow-up telefónico.

Escala de Medida de Adesão Terapêutica

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
1. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
1. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
1. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
1. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
1. Alguma vez interrompeu a terapêutica para sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
1. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

Se o score total for superior >5, significa que existe adesão terapêutica.

(Delgado & Lima, 2001)

Resultados expectáveis

- Obter uma prática uniforme das intervenções de enfermagem dentro da mesma equipa;
- Obter uma maior vigilância (Follow-up) junto do doente submetido aos antineoplásicos orais.
- Melhorar as intervenções de enfermagem na pessoa submetida aos antineoplásicos orais;
- Melhorar a taxa de adesão dos doentes aos antineoplásicos orais.
- Capacitar a pessoa para uma melhor gestão do seu processo de doença tornando-a a mais autónoma após aquisição de conhecimentos.
- Capacitar a pessoa para identificar eventuais toxicidades dos antineoplásicos orais;
- Capacitar o doente para compreender em que situações deve recorrer ao profissional de saúde.
- Reduzir o número de pessoas submetidas a AO que recorrem à consulta não programada melhorando a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Referências bibliográficas

- Bettencourt, E. (2014). Oral chemotherapy what your patient need to know. Oncology issues. Disponível em: https://www.acec-cancer.org/oncology_issues/articles/ND14/ND14-Oral-Chemotherapy-What-Your-Patients-Need-to-Know.pdf.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 2(2), 81–100. doi:10.1590/S0103-166X2004000200007
- Kav, S. , Johnson, J., Rittenberg, C., Fernandez-Ortega, P. , Suominen, T., ..& Clark-Snow, R. (2008). Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. *Support Care Cancer*, 16, p. 1075-1083.
- Neuss, M., Polovich, M., McNiff, K. , Esper, P. , Gilmore, T. ..& Jacobson, J. (2013). 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the safe administration and management of oral chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. 40(3), p.225-233.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice*. 6ed St Louis: Mosby. ISBN 0-323-00864-X.
- Vioral, A. , Leslie, M., Best, R. , Somerville, D. (2014). Patient adherence with oral oncolytic therapies. *Seminars in Oncology nursing*, 30(3).p. 190-199.
- Winkeljohn, D. (2010). Adherence to oral cancer therapies: nursing interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 461–466.

APÊNDICE XVII

Quadro Terapêuticas Antineoplásicas Orais

Hospital de dia de Oncologia

Terapêutica antineoplásica oral			
Agente	Indicações aprovadas (FDA)	Considerações especiais	Efeitos secundários
Abiraterona (Zytiga)	Carcinoma próstata metastático resistente à castração	Usar com precaução em pessoas com doença cardiovascular; monitorizar TA, níveis potássio, insuficiência adrenocortical, hepatotoxicidade; alimentos aumentam absorção. Não ingerir alimentos 2 horas antes da ingestão da abiraterona e 1 hora após. Evitar Erva S. João. Atenção aos indutores CYP3A4 (fenitoina, carbapamezina, rifampicina, fenobarbital).	Edemas, hipocaliémia, hipertensão, dor muscular, diarreia, infecções urinárias, afrontamentos, tosse, hipertensão, arritmias, nocturia, polaquiúria, dispepsia, taquicardia, exantema
Afatinib (Giotrif)	Cancro do pulmão de não pequenas células avançado ou metastático	Não ingerir alimentos menos 3 horas antes da ingestão do afatinib e 1h após. Se esquecer uma toma pode tomar quando se lembrar excepto até faltarem 8 horas para a toma seguinte. Pode ser dispersível em 100 ml de água. Evitar erva de São João.	Diarreia, erupção cutânea, afecções oculares (inflamação ocular, visão turva), diminuição do apetite, epistaxis, mucosite.
Capecitabina (Xeloda)	Cancro cólon (adjuvante e metastática), cancro da mama metastizada	Pode fazer-se com docexatel, bevacizumab, oxalapatina e sorafenib; toma 2 vezes /dia (até 30' após refeição); verificar INR regularmente se varfarina; não usar produtos aloe vera. Evitar o uso de alopurinol. Se grau 2/3 (eritrosesestesia palmo-plantar – deve interromper tratamento).	Supressão da medula óssea, dermatite, síndrome mão-pé, estomatite, náuseas, vômitos, diarreia/obstipação, fadiga, anorexia, dor abdominal.
Ciclofosfamida (Citoxan)	Gama muito ampla de malignidades sólidas e hematológicas	Dose oral entre os 1-5mg/kg/dia; pode ser usada como terapia de manutenção; hidratação continua é essencial para evitar cistite hemorrágica; vigiar cardiomiopatas.	Náuseas, vômitos, leucopenia, amenorreia, alopecia, cardiomiopatia, cistite hemorrágica, infertilidade.
Enzalutamida (Xtandi)	Cancro próstata metastático resistente à castração	Ver uso concomitante com outros medicamentos (deve evitar-se a coadministração com anticoagulantes tipo varfarina; problemas hepáticos ou renais. Usar contracepção durante e até 3 meses após o tratamento.	Cefaleias, neutropenia, ansiedade, alucinações visuais, perda de memória, hipertensão, convulsões, fadiga, hipertensão,
Erlotinib (Tarceva)	Cancro do pâncreas, cancro do pulmão de não pequenas células	Aconselhar a deixar de fumar; alimentos aumentam absorção. Tomar Tarceva 1h antes da ingestão de alimentos ou 2 horas após. Evitar sumo de toranja+ erva de S. João. Evitar inibidores CYP3A4.	Rash, edemas, dor abdominal, fadiga, diarreia, dores osteoarticulares, mialgias, alopecia, ansiedade, AVC, trombose veias profundas, perfuração gastrointestinal.
Everolimus (Afinitor)	Cancro células renais e cancro da mama avançado	Usar protetor solar; evitar sumo de toranja e hipericão/erva S. João. Usar contracepção durante e até 2 meses após tratamento; alimentos reduzem absorção; não esmagar ou mastigar; tomar com um copo de água.	Hiperglicemia, aumento do colesterol e triglicerídeos, rash, fadiga/astenia, febre, diarreia, náuseas, vômitos, anorexia, mucosite, aumento creatinina e função hepática, edemas periféricos, hipertensão, derrame pleural, cefaleia
Imatinib (Glivec)	Leucemia mieloide crónica. Leucemia linfocítica aguda, tumores estroma gastrointestinal, síndrome mielodisplásico	Vigiar inibidores CYP2D6 (paroxetina, fluoxetina); não esmagar; pode dissolver em água ou sumo de maçã; tomar durante a refeição e com bastante água; necessária contracepção; monitorizar transaminases; evitar sumo de toranja + erva de S. João. Atenção ao uso de levotiroxina, fluconazol.	Rash, edemas periorbitais e periféricos, diarreia, náuseas, vômitos, fadiga, supressão da medula óssea, artalgias/mialgias, cólicas, dor músculo-esquelética, cefaleias, tonturas, insónias, tosse, calafrios, neutropenia, dispneia, tosse.
Lapatinib (Tyverb)	Cancro da mama avançado e metastático	Evitar sumo de toranja; atenção aos inibidores CYP3A4; alimentos aumentam exposição sistémica; tomar 1 hora antes/após refeições: se prescrito com capecitabina, esta é tomada com a refeição (reforçar o ensino das tomas).	Reação pele mão-pé, rash, parestesias, diarreia, náuseas, vômitos, anemia, fadiga, indigestão, dor nas extremidades, cefaleias, dores dorsolombares, diminuição função ventrículo esquerdo, erupções cutâneas com vesículas.
Lenalidomida (Revlimid)	Mieloma múltiplo, síndrome mielodisplásico	Contracepção (não doar esperma até 4 semanas após tratamento); tomar com água; não esmagar/mastigar ou abrir cápsulas; excreção renal; menor ligação as proteínas.	Edemas periféricos, rash, prurido, trombocitopenia, hipocausia neutropenia, obstipação/diarreia, náuseas, artalgias, cólicas, fadiga, tonturas, insónias, cefaleias, pneumonia, trombose,

Hospital de dia de Oncologia

			supressão medula óssea.
Palbociclib (Ibrance)	Cancro da mama avançado ou metastático	Toma durante 21 dias + 7 dias de pausa. Tomar com alimentos. Evitar sumo de toranja.	Infecções, neutropénia, afecções oculares, mucosite, diarreia, alopecia, erupções cutâneas, fadiga, náuseas, vômitos
Pazopanib (Votrient)	Cancro células renais avançado. Sarcoma.	Evitar sumo de toranja; alimentos aumentam absorção (tomar 1 hora antes ou 2 horas depois da refeição); não esmagar. Alterações hepáticas. Monitorizar tensão arterial. Evitar uso de esomeprazol.	Hipertensão, hiperglicemia, diminuição fósforo e magnésio, diarreia, náuseas, vômitos, fadiga, supressão da medula óssea, hipotiroidismo, cefaleias, distúrbios na visão, alteração da cor de cabelo.
Regorafenib (Stivarga)	Cancro coloretal metastático. Tumores do estroma gastrointestinal	Tomar 3 semanas+ pausa 1 semana. Tomar com água após refeição ligeira no mesmo horário todos os dias. Monitorizar TA.	Rash, síndrome mão-pé, hipertensão, diminuição do peso/apetite, cefaleias, diarreia, mucosite, náuseas,cansaço, neutropénia.
Sorafenib (Nexavar)	Carcinoma hepatocelular irressecável, cancro células renais avançado	Risco hemorrágico em concomitância com varfarina; alimentos com alta teor de gordura reduzem biodisponibilidade; tomar de estômago vazio, monitorizar TA; evitar sumo de toranja.	Alopecia, alterações pele mão-pé, rash, perda de peso, dor abdominal, diarreia, anorexia, náuseas, fadiga, aumento amilase/lipase, hipertensão, cefaleias, insuficiência cardíaca congestiva, hemorragia, diminuição fósforo.
Sunitinib (Sutent)	Carcinoma células renais avançado, tumores estroma gastrointestinais (intolorantes ao imatinib)	Evitar hipericão/erva S. João; monitorizar insuficiência adrenal pós-stress; semivida de 40 a 60 horas; monitorizar TA e função tiroideia; evitar sumo toranja. Tomar 4 semanas + pausa 2 semanas.	Hipertensão, alterações na pele, supressão da medula óssea, hipotiroidismo, astenia/fadiga, diarreia, anorexia, náuseas, vômitos, alterações no paladar, mucosite, embolia pulmonar, perfuração gastrointestinal, disfunção ventricular esquerda, alteração da cor do cabelo.
TAS 102 (Lonsurf)	Cancro colo-retal metastizado	Administrar dia 1 a 5 e de dia 8 a 12 (ciclo 28 dias). Tomar 1 hora após a refeição da manhã e da noite.	Alopecia, mucosite, diarreia, náuseas/vômitos, fadiga, insónias, síndrome mão-pé, neutropénia, infecções respiratórias, cefaleias, rash, dispneia
Temozolamida (Temodal)	Astrocitoma anaplásico refratário, glioblastoma	Recomendado tomar de estômago vazio ou ao deitar com copo de água cheio: é usado com a terapia de radiação para glioblastoma multiforme ou como terapia de manutenção.	Obstipação, náuseas, vômitos, cefaleias, convulsões, fadiga, malignidade secundária, pneumonia, alterações hepáticas, alterações na visão, dipopia, edemas, alopecia, dores nas articulações
Vinorelbina (Navelbine)	Cancro mama metastizado. Cancro pulmão não pequenas células,mesotelioma	Doentes com insuficiência hepática grave ou problemas com a absorção intestinal. Doentes com oxigenoterapia (crónica). Guardar no frio.	Supressão da medula óssea, fadiga, obstipação /diarreia, alopecia, neuropatia periférica, infertilidade, mucosite, xerostomia, mialgias/artralgias, alterações no paladar, insónias.
Vismodegib (Erivedge)	Carcinoma basocelular metastático sintomático ou localmente avançado	Pode ser tomado com ou sem alimentos. Evitar a erva de São João. Utilizar contracepção até 24 meses após ultima toma.	Diminuição apetite, disguesia,nauseas, diarreia, vômitos, alopecia, prurido, erupção cutânea, diminuição de peso, fadiga, dor.

APÊNDICE XVIII

Norma “intervenções de enfermagem na pessoa submetida a antineoplásicos orais”

	NORMA DE PROCEDIMENTOS DE ENFERMAGEM	NP: Data	Página 1/6
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA SUBMETIDA A TERAPÊUTICA ORAL ANTINEOPLÁSICA		Elaborada por: Enfª Carine Lopes Validado por:	
Divulgação:		Aprovado:	

I – POLÍTICA E DEFINIÇÃO

Esta norma foi elaborada para todos os enfermeiros que desempenham funções no Hospital de dia de Oncologia D.

As terapêuticas antineoplásicas orais são todas as substâncias neoplásicas, citotóxicas como agentes biológicos, que podem ser administrados oralmente⁷.

Os Antineoplásicos Orais (AO) trouxeram vantagens para a pessoa com doença oncológica. No entanto, esta forma de administração é um verdadeiro desafio não só para os doentes como para os profissionais de saúde nomeadamente para os enfermeiros¹.

A educação do doente e sua família são o fator mais importante no sucesso dos doentes submetidos a AO. Os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada que lhes permite oferecer suporte, sendo este fundamental na educação ao doente e sua família e na gestão de efeitos secundários⁴ e para que seja mantida a segurança na administração de AO.

Embora os AO possuam toxicidades, tal como a quimioterapia endovenosa e apesar de existir uma desvalorização relativamente aos mesmos⁵, estes são fundamentais para o tratamento da doença oncológica.

É importante que os enfermeiros avaliem os fatores que possam interferir com a adesão ao regime terapêutico tais como fatores psicossociais e pessoais, crenças acerca do seu estado de saúde e regime terapêutico, estilo de vida, pessoais tratamento (complexidade do regime terapêutico, interações com outras terapêuticas/alimentos e duração do tratamento⁶.

As áreas de atuação de enfermagem na pessoa submetida a AO são na gestão dos efeitos secundários, na promoção da adesão e gestão do regime terapêutico, no suporte e educação do doente e cuidador e no *follow-up* telefónico.^{2,4}

II – OBJECTIVOS.

- Uniformizar a intervenção de enfermagem junto da pessoa submetida às terapêuticas antineoplásicas orais.
- Ensinar e oferecer suporte à pessoa submetida a AO e cuidadores.
- Educar a pessoa acerca da gestão da terapêutica e efeitos secundários
- Promover a adesão terapêutica aos AO

III– INFORMAÇÕES GERAIS

A – Quem executa

- O enfermeiro do serviço do Hospital de dia de Oncologia Médica destacado apenas para a prestação de cuidados à pessoa submetida a AO.

B – Horário

- Após a consulta médica, a pessoa é encaminhada para a sala de enfermagem onde é realizada a consulta de enfermagem direcionada para as terapêuticas antineoplásicas orais.
- Durante o horário de funcionamento do serviço (8h - 20h).

C – Orientações quanto à execução

Os enfermeiros devem saber que:

- Os AO trouxeram mais autonomia para o doente oncológico e melhoria da qualidade de vida¹.
- Necessitam de ser os principais intervenientes quando a pessoa inicia o tratamento com AO pela primeira vez.
- Precisam de focar a sua atenção na educação do doente assegurando que o mesmo compreendeu o esquema terapêutico e a importância da adesão ao tratamento promovendo a sua capacitação.
- Devem avaliar os fatores que possam interferir com o cumprimento do regime terapêutico dos AO.

IV-Procedimento

Consulta de Primeira Vez:

1. Acolher a pessoa no hospital de dia de oncologia;
2. Criar uma relação empática com a pessoa doente/cuidador;
3. Promover a segurança da pessoa doente através da confirmação do nome, número do processo, nome do AO e dosagem;
4. Comunicar eficazmente com a pessoa/cuidador;
5. Avaliar os fatores que possam interferir com comportamentos de adesão da pessoa face ao tratamento com AO tais como fatores psicossociais e pessoais, crenças do seu estado de saúde, regime terapêutico, estilo de vida e tipo de tratamento.
6. Validar através do questionário “Questionário acerca da avaliação de conhecimentos da pessoa para auto-administração de AO” se existem conhecimentos prévios acerca do AO a que está submetida (1ª aplicação).
7. Ensinar a pessoa/cuidador para a capacitar para o autocuidado e promover a sua autonomia na gestão dos AO.
8. Realizar ensinamentos acerca:
 - a) Nome da TAO e duração do tratamento
 - b) Esquema terapêutico
 - c) Cuidados de manuseamento do AO
 - c) Cuidados no armazenamento do AO
 - e) Interações alimentares/medicamentos com os AO
 - f) Gestão de sintomas/efeitos secundários
 - g) Como obter a TAO
 - h) Como atuar em caso de omissão de dose
 - i) Como, quando e quem deve contactar se tiver efeitos secundários/dúvidas.
9. Entregar folheto informativo relativamente ao AO.
10. Validar com a pessoa os ensinamentos realizados acerca do AO.
11. Reforçar os ensinamentos sempre que necessário
12. Agendar com a pessoa a próxima consulta
13. Articular sempre que se justifique com outros serviços (Laboratório, farmácia ambulatório).
14. Incentivar a verbalização de dúvidas
15. Agendar *follow-up* uma semana após a primeira consulta de enfermagem ou em SOS

16. Encaminhar a pessoa doente/cuidador para a farmácia ambulatoria para obtenção do AO.
17. Realizar registos de enfermagem

Consultas de *follow-up* telefónico:

1. Realizar uma semana após o início da terapêutica antineoplásica oral.
2. Aplicar questionário sobre avaliação de conhecimentos sobre para auto-administração dos AO (2ª aplicação).
3. Reforçar ensinamentos acerca do que já foi abordado (esquema terapêutico, efeitos secundários, manuseamento, armazenamento, gestão de sintomas de AO).
4. Avaliar a presença de efeitos secundários. Se presentes, registar quais e grau de toxicidade através da escala *Common Terminology Criteria of Adverse Events* (v.5.0)
5. Registar as intervenções de enfermagem realizadas no documento orientador.
6. Avaliar a necessidade de realizar *follow-up* em SOS. Se for necessário, agendar com a pessoa doente/cuidador o dia do *follow-up* telefónico.

Consulta de seguimento:

1. Reforçar ensinamentos acerca do que já foi abordado (Esquema terapêutico, efeitos secundários, manuseamento, armazenamento, gestão de sintomas de AO).
2. Monitorizar a adesão relativamente ao esquema terapêutico (Aplicação da MAT) e registar o valor obtido na escala.
3. Avaliar a presença de efeitos secundários. Se presentes, registar quais e grau de toxicidade segundo a CTCAE (V.5.0).
4. Registar as intervenções de enfermagem realizadas no documento orientador.
5. Avaliar a necessidade de realizar *follow-up* em SOS. Se for necessário, agendar com a pessoa doente/cuidador o dia do *follow-up* telefónico.

V – REGISTOS DE ENFERMAGEM

Consulta de Primeira Vez

1. Preencher o questionário acerca da avaliação de conhecimentos da pessoa para auto-administração de AO inserido no documento orientador.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PESSOA SUBMETIDA A TERAPÊUTICA ORAL ANTINEOPLÁSICA	NP: Data	Página 5/6
---	-------------	---------------

2. Efetuar registos de enfermagem no documento orientador para os AO, completando-o com :
 - a) Nome do antineoplásico oral
 - b) Dose da terapêutica oral
 - c) Data de início da terapêutica
 - d) Registrar se os ensinamentos foram realizados apenas à pessoa ou pessoa/prestador de cuidados
3. Efetuar registos de enfermagem acerca dos ensinamentos realizados acerca do:
 - a) Esquema terapêutico
 - b) Cuidados de manuseamento do AO
 - c) Cuidados no armazenamento do AO
 - d) Interações alimentares/medicamentos com os AO
 - e) Gestão de efeitos secundários dos AO
 - f) Como atuar em caso de omissão de dose
 - g) Como, quando e quem deve contactar se tiver efeitos secundários/dúvidas
4. Data de agendamento do *Follow-up telefónico*
5. Data da próxima consulta de enfermagem presencial

Follow-up telefónico:

1. Preencher questionário de avaliação de conhecimentos para autoadministração de AO.
2. Registrar as intervenções de enfermagem realizadas no documento “Registo de intervenção de enfermagem”.
3. Agendar *follow-up* em SOS se necessário

Consulta de seguimento:

1. Registrar presença de efeitos secundários e respetivo grau no documento “Registo de intervenção de enfermagem”
2. Registrar o valor obtido na escala Medida de Adesão Terapêutica
3. Registrar as intervenções de enfermagem realizadas no “Registo de intervenção de enfermagem”

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arber, A., Odelius, A., Williams, P., Lemanska, A. & Faithfull, S. (2017). Do patients on oral chemotherapy have sufficient knowledge for optimal adherence? *European Journal of Cancer*, 26, 1-8.
- Bettencourt, E. (2014). Oral chemotherapy what your patient need to know. *Oncology issues*. Disponível em: https://www.accccancer.org/oncology_issues/articles/ND14/ND14-Oral-Chemotherapy-What-Your-Patients-Need-to-Know.pdf.
- Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 2(2), 81–100. Doi:10.1590/S0103-166X2004000200007.
- Kav, S., Johnson, J., Rittenberg, C., Fernandez-Ortega, P. , Suominen, T., ..& Clarck-Snow, R. (2008). Role of the nurse in the patient education and follow-up of people receiving oral chemotherapy treatment: an International survey. *Support Care Cancer*, 16, p. 1075-1083.
- Moody, M. & Jackowski, J. (2010). Are patients on oral chemotherapy in your practice setting safe? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(3), 339-346.
- NCI (2017). *Common Terminology Criteria for Adverse Adverts (versão 5)*. Acedido em 15-01-2018. Disponível em https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_5x7.pdf
- Neuss Neuss, M., Polovich, M., McNiff, K. , Esper, P., Gilmore, T. ..& Jacobson, J. (2013). 2013 Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards Including Standards for the safe administration and management of oral chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*. 40(3), p.225-233.
- Weingart, S.N., Brown, E., Bach, P.B., Eng, K., Johnson, S.A., Kuzel, T.M., Walters, R.S., 2008. NCCN task force report: oral chemotherapy. *J. Natl. Compr. Cancer Netw*. 6 (Suppl.3)

APÊNDICE XIX

Folheto Informativo Erlotinib

Sempre que necessário contacte a equipa de enfermagem/médico ou desloque-se ao Hospital de dia de Oncologia.

FUNCIONAMENTO

UNIDADE A

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00

Sábado das 8h00 às 14h00

UNIDADE B

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 19h00

CONTACTOS TELEFÓNICOS

T:

Extensão do Hospital de Dia
Unidade A

T:

Extensão do Hospital de Dia
Unidade B

SERVIÇO DE ONCOLOGIA HOSPITAL DE DIA

Vou iniciar tratamento com
ERLOTINIB...

O que devo saber?



O que é o Erlotinib?

É um antineoplásico utilizado no tratamento da doença oncológica.

Quando devo tomar?

O erlotinib deve ser tomado uma hora antes da refeição ou duas horas após.

Que precauções deve ter?

- Não deve partir, esmagar ou triturar os comprimidos.
- Deve abrir os comprimidos para dentro de um copo ou se os manipular, deve lavar sempre bem as mãos.
- Se vomitar, não repete a toma e anote o episódio.
- Se sobrarem comprimidos, deve devolver à farmácia do hospital.
- Evite sumo de toranja.
- Evite usar lentes de contacto durante o tratamento e até 14 dias após terminar o tratamento.
- Guarde os comprimidos num lugar protegido da luz, calor, humidade.

Quais são os efeitos secundários que posso ter?

Durante o seu tratamento, podem surgir alguns efeitos secundários pelo que deve estar atento caso ocorra:

- **Náuseas/vómitos:** Evite cheiros intensos. Se ocorrer deve informar a equipa de enfermagem e/ou tomar a medicação prescrita pelo seu médico. Poderá iniciar a metoclopramida (Primperam) 15 minutos antes do pequeno-almoço e jantar. Se não melhorar deve vir à consulta não programada.
- **Diarreia:** Não ingira alimentos ricos em fibras. Ex: Evite café, sumo de laranja. Faça pequenas refeições várias vezes ao dia. Se tiver mais de 4 dejetões por dia deve iniciar a loperamida 2 mg (imodium) de acordo com a prescrição médica. Se não melhorar deve vir à consulta não programada. Máximo até 6 comprimidos por dia.
- **Aftas e feridas na boca:** Mantenha uma boa higiene oral. Evite alimentos ácidos, picantes, salgados e secos. Se tiver aftas ou feridas na boca informe a equipa de enfermagem/médico.

- **Alterações na pele:** Evite exposição solar entre às 10h e às 16h. Use chapéu de sol. Deve utilizar um creme hidratante sem perfume e sabão neutro sem cheiro. Utilize um protetor com fator 50. Se sentir uma sensação de calor ou ardor deve informar a equipa de enfermagem/médico.
- **Cansaço:** Poderá sentir-se mais cansado, falta de ar. Altere períodos de atividade com períodos de repouso. Utilize terapias de relaxamento.
- **Dores articulares e musculares:** Se a dor persistir e interferir com a suas actividades diárias contacte a equipa de enfermagem/médico.
- **Queda de cabelo:** Utilize um shampoo suave. Não lave o cabelo todos os dias. Pode utilizar chapéus, lenços. Não deve pintar o cabelo.
- **Inchaços:** Evite estar por grandes períodos em pé ou sentado. Durante o dia, faça elevação das pernas. Se não melhorar deve vir à consulta não programada.
- **Febre:** Vigie a sua temperatura caso verifique temperatura de 38°C, deve vir à consulta não programada.

APÊNDICE XX

Folheto informativo Capecitabina

Sempre que necessário contacte a equipa de enfermagem/médico ou desloque-se ao Hospital de dia de Oncologia.

FUNCIONAMENTO

UNIDADE A

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00

Sábado das 8h00 às 14h00

UNIDADE B

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 19h00

CONTACTOS TELEFÓNICOS

T:

Extensão do Hospital de Dia
Unidade A

T:

Extensão do Hospital de Dia
Unidade B

SERVIÇO DE ONCOLOGIA HOSPITAL DE DIA

Vou iniciar tratamento com
CAPECITABINA...

O que devo saber?





O que é a capecitabina?

É um antineoplásico utilizado no tratamento da doença oncológica.

Quando devo tomar?

A capecitabina deve ser tomada duas vezes por dia 30 minutos após o pequeno-almoço e jantar com um copo de água.

	Pequeno-almoço 	Jantar 
500 mg		
150mg		

Que precauções devo ter?

- Não deve partir, esmagar ou triturar os comprimidos.
- Deve abrir os comprimidos para dentro de um copo ou se manipular os comprimidos deve lavar sempre bem as mãos.
- Se vomitar, não repete a toma e anota o episódio.
- Se sobrarem comprimidos, deve devolver a farmácia do hospital.
- Guarde os comprimidos num lugar protegido da luz, calor, humidade.

Quais são os efeitos secundários que posso ter?

Durante o seu tratamento, podem surgir alguns efeitos secundários pelo que deve estar atento caso ocorra:

- **Náuseas/vómitos:** Evite cheiros intensos. Se ocorrerem deve informar a equipa de enfermagem e/ou tomar a medicação prescrita pelo seu médico. Poderá iniciar a metoclopramida (Primperam) 15 minutos antes do pequeno-almoço e jantar. Se não melhorar deve vir à consulta não programada.
- **Diarreia:** Não ingira alimentos ricos em fibras. Ex: Evite café, sumo de laranja. Faça pequenas refeições várias vezes ao dia. Se tiver mais de 4 dejecções por dia deve iniciar a loperamida (imodium) 2 mg de acordo com a prescrição médica. Se não melhorar deve vir à consulta não programada. Máximo 6 comprimidos por dia.
- **Aftas e feridas na boca:** Mantenha uma boa higiene oral. Evite alimentos ácidos, picantes, salgados e secos. Se tiver aftas ou feridas na boca informe a equipa de enfermagem/médico e deve vir à consulta não

programada.

- **Alterações na pele:** Evite exposição solar entre as 10h e as 16h. Use chapéu de sol. Utilize um creme hidratante sem perfume e sabão neutro sem cheiro. Se sentir uma sensação de calor ou ardor deve informar a equipa de enfermagem/médico.
- **Síndrome mão-pé:** Pode surgir, dor e bolhas nas mãos e pés. Para controlar estes sintomas deve hidratar a sua pele de manhã e à noite 2x/dia com creme gordo. Utilize calçado confortável e meias de algodão. Lave as mãos e pés com água morna.
- **Cansaço:** Poderá sentir-se mais cansado, falta de ar. Altere períodos de actividade com períodos de repouso. Utilize terapias de relaxamento.
- **Diminuição do apetite:** Faça cerca de 5 a 6 refeições por dia.
- **Febre:** Vigie a sua temperatura caso verifique temperatura de 38°C, deve vir à consulta não programada.
- **Dor abdominal:** Se a dor persistir contacte a equipa de enfermagem/médico.

APÊNDICE XXI

Folheto informativo Palbociclib

Sempre que necessário contacte a equipa de enfermagem/médico ou desloque-se ao Hospital de dia de Oncologia.

FUNCIONAMENTO

UNIDADE A

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00

Sábado das 8h00 às 14h00

UNIDADE B

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 19h00

CONTACTOS TELEFÓNICOS

T:

Extensão do Hospital de Dia
Unidade A

T:

Extensão do Hospital de Dia
Unidade B

SERVIÇO DE ONCOLOGIA HOSPITAL DE DIA

Vou iniciar tratamento com
PALBOCICLIB...

O que devo saber?



O que é o Palbociclib?

É um antineoplásico utilizado no tratamento da doença oncológica.

Quando devo tomar?

O palbociclib deve ser tomado com água sempre à mesma hora durante 21 dias seguido de uma pausa de 7 dias.

Hora: _____

Dose: _____

Que precauções devo ter?

- Não deve partir, esmagar ou triturar os comprimidos.
- Deve abrir os comprimidos para dentro de um copo ou se manipular os comprimidos deve lavar sempre bem as mãos.
- Se vomitar, não repete a toma e anota o episódio.
- Se sobrarem comprimidos, deve devolver a farmácia do hospital.
- Guarde os comprimidos num lugar protegido da luz, calor, humidade.
- Evitar sumo de toranja.

Quais são os efeitos secundários que posso ter?

Durante o seu tratamento, podem surgir alguns efeitos secundários pelo que deve estar atento caso ocorra:

- **Náuseas/vómitos:** Evite cheiros intensos. Se ocorrer deve informar a equipa de enfermagem e/ou tomar a medicação prescrita pelo seu médico. Poderá iniciar a metoclopramida (Primperam) 15 minutos antes do pequeno-almoço e jantar. Se não melhorar deve vir à consulta não programada.
- **Diarreia:** Não ingira alimentos ricos em fibras. Ex: Evite café, sumo de laranja. Faça pequenas refeições várias vezes ao dia. Se tiver mais de 4 dejectões por dia deve iniciar a loperamida (imodium) 2 mg de acordo com a prescrição médica. Pode tomar máximo 6 comprimidos por dia. Se não melhorar deve vir à consulta não programada.
- **Aftas e feridas na boca:** Mantenha uma boa higiene oral. Evite alimentos ácidos, picantes, salgados e secos. Se tiver aftas ou feridas na boca informe a equipa de enfermagem/médico e deve vir à

consulta não programada.

- **Alterações na pele:** Evite exposição solar entre as 10h e as 16h. Use chapéu de sol. Deve utilizar um creme hidratante sem perfume e sabão neutro sem cheiro. Utilize um protector com fator 50. Se sentir uma sensação de calor ou ardor deve informar a equipa de enfermagem/médico.
- **Cansaço:** Poderá sentir-se mais cansado, falta de ar. Altere períodos de actividade com períodos de repouso. Utilize terapias de relaxamento.
- **Queda de cabelo:** Utilize um shampoo suave. Não lave o cabelo todos os dias. Pode utilizar chapéus, lenços. Não deve pintar o cabelo.
- **Alterações nos olhos:** Em caso de alterações nos olhos, deve informar a equipa de enfermagem/médico.
- **Febre:** Vigie a sua temperatura caso verifique temperatura de 38°C, deve vir à consulta não programada.

APÊNDICE XXII

Folheto informativo Abiraterona

Sempre que necessário contacte a equipa de enfermagem/médico ou desloque-se ao Hospital de dia de Oncologia.

FUNCIONAMENTO

UNIDADE A

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00

Sábado das 8h00 às 14h00

UNIDADE B

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 19h00

CONTACTOS TELEFÓNICOS

T:

Extensão do Hospital de Dia
Unidade A

T:

Extensão do Hospital de Dia
Unidade B

SERVIÇO DE ONCOLOGIA HOSPITAL DE DIA

Vou iniciar tratamento com
ABIRATERONA...

O que devo saber?



O que é a abiretarona?

A abiretarona é um antineoplásico utilizado no tratamento da doença oncológica.

Quando devo tomar?

A abiretarona deve ser tomada com água 2 horas após a refeição. Só deve comer 1 hora após a toma dos comprimidos. Deve tomar os 4 comprimidos juntos.

Hora: _____

4cp x 250mg= 1000mg

Que precauções devo ter?

- Não deve partir, esmagar ou triturar os comprimidos.
- Deve abrir os comprimidos para dentro de um copo ou se os manipular, deve lavar sempre bem as mãos.
- Se vomitar, não repete a toma e anote o episódio.
- Se sobrarem comprimidos, deve devolvê-los à farmácia do hospital.
- Guarde os comprimidos num lugar protegido da luz, calor, humidade.
- Vigie a sua Tensão Arterial

Quais são os efeitos secundários que posso ter?

Durante o seu tratamento, podem surgir alguns efeitos secundários pelo que deve estar atento caso ocorra:

- **Náuseas/vómitos:** Evite cheiros intensos. Se ocorrerem deve informar a equipa de enfermagem e/ou tomar a medicação prescrita pelo seu médico. Poderá iniciar a metoclopramida (Primperam) 15 minutos antes do pequeno-almoço e jantar. Se não melhorar deve vir à consulta não programada.
- **Diarreia:** Não ingira alimentos ricos em fibras. Ex: Evite café, sumo de laranja. Faça pequenas refeições várias vezes ao dia. Se tiver mais de 4 dejectões por dia deve iniciar a loperamida (imodium) 2 mg de acordo com a prescrição médica. Se não melhorar deve vir à consulta não programada. Máximo 6 comprimidos por dia.
- **Aftas e feridas na boca:** Mantenha uma boa higiene oral. Evite alimentos ácidos, picantes, salgados e secos. Se tiver aftas ou feridas na boca informe a

a equipa de enfermagem/médico e deve vir à consulta não Programada.

- **Cansaço:** Poderá sentir-se mais cansado, falta de ar. Altere períodos de actividade com períodos de repouso. Utilize terapias de relaxamento.
- **Diminuição do apetite:** Faça cerca de 5 a 6 refeições por dia.
- **Hipertensão arterial:** Avalie a sua tensão arterial. Se tiver valores fora do seu habitual registre e informe a equipa de enfermagem. Se necessário recorra à consulta não programada ou contacte o seu médico de família.
- **Dores articulares e musculares:** Se a dor persistir e interferir com as suas atividades diárias informe a equipa de enfermagem/médico.
- **Febre:** Vigie a sua temperatura, caso verifique temperatura de 38°C ou mais, deve vir à consulta não programada.

APÊNDICE XXIII

Folheto informativo Trifluridina/Tipiracilo

Sempre que necessário contacte a equipa de enfermagem/médico ou desloque-se ao Hospital de dia de Oncologia.

FUNCIONAMENTO

UNIDADE A

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 20h00

Sábado das 8h00 às 14h00

UNIDADE B

De 2ª a 6ª feira das 8h00 às 19h00

CONTACTOS TELEFÓNICOS

T:

Extensão do Hospital de Dia
Unidade A

T:

Extensão do Hospital de Dia
Unidade B

SERVIÇO DE ONCOLOGIA HOSPITAL DE DIA

Vou iniciar tratamento com
TRIFLURIDINA/TIPIRACILO...

O que devo saber?



O que é o Trifluridina/tipiracilo?

É um antineoplásico utilizado no tratamento da doença oncológica.

Quando devo tomar?

Deve tomar os comprimidos com água 1 hora após a refeição da manhã e da noite. Tomar durante 5 dias seguidos e recomeça no mesmo dia da semana seguinte em que iniciou e toma durante 5 dias.

2a	3a	4a	5a	6a	Sá	Do

X- Assinale os dias em que deve tomar a terapêutica

Que precauções devo ter?

- Não deve partir, esmagar ou triturar os comprimidos.
- Deve abrir os comprimidos para dentro de um copo ou se os manipular, deve lavar sempre bem as mãos.
- Se vomitar, não repete a toma e anote o episódio.
- Se sobrarem comprimidos, deve devolvê-los à farmácia do hospital.
- Guarde os comprimidos num lugar protegido da luz, calor, humidade.

Quais são os efeitos secundários que posso ter?

Durante o seu tratamento, podem surgir alguns efeitos secundários pelo que deve estar atento caso ocorra:

- **Náuseas/vómitos:** Evite cheiros intensos. Se ocorrer deve informar a equipa de enfermagem e/ou tomar a medicação prescrita pelo seu médico. Poderá iniciar a metoclopramida (Primperam) 15 minutos antes do pequeno-almoço e jantar. Se não melhorar deve vir à consulta não programada.
- **Diarreia:** Não ingira alimentos ricos em fibras. Ex: Evite café, sumo de laranja. Faça pequenas refeições várias vezes ao dia. Se tiver mais de 4 dejectões por dia deve iniciar a loperamida (imodium) 2 mg de acordo com a prescrição médica. Máximo 6 comprimidos por dia. Se não melhorar deve vir à consulta não programada.
- **Aftas e feridas na boca:** Mantenha uma boa higiene oral. Evite alimentos ácidos, picantes, salgados e secos. Se tiver aftas ou feridas na boca informe a equipa de enfermagem/médico.

- **Alterações na pele:** Evite exposição solar entre as 10h e as 16h. Use chapéu de sol. Utilize um creme hidratante sem perfume e sabão neutro sem cheiro. Utilize um protetor com fator 50. Se sentir uma sensação de calor ou ardor deve informar a equipa de enfermagem/médico.
- **Síndrome mão-pé:** Pode surgir, dor e bolhas nas mãos e pés. Para controlar estes sintomas deve hidratar a sua pele de manhã e à noite 2x/dia com creme gordo. Utilize calçado confortável e meias de algodão. Lave as mãos e pés com água morna.
- **Cansaço:** Poderá sentir-se mais cansado, falta de ar. Altere períodos de actividade com períodos de repouso. Utilize terapias de relaxamento.
- **Diminuição do apetite:** Faça cerca de 5 a 6 refeições por dia.
- **Queda de cabelo:** Utilize um shampoo suave. Não lave o cabelo todos os dias. Pode utilizar chapéus, lenços. Não deve pintar o cabelo.
- **Febre:** Vigie a sua temperatura caso verifique temperatura de 38°C, deve vir à consulta não programada.

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de formação “Terapêuticas Antineoplásicas Orais do HDO A”



Certificado

Carine dos Reis Lopes

Foi Formador(a) no Curso
Terapêutica Oral Antineoplástica no HDO

(26 de Outubro de 2017)

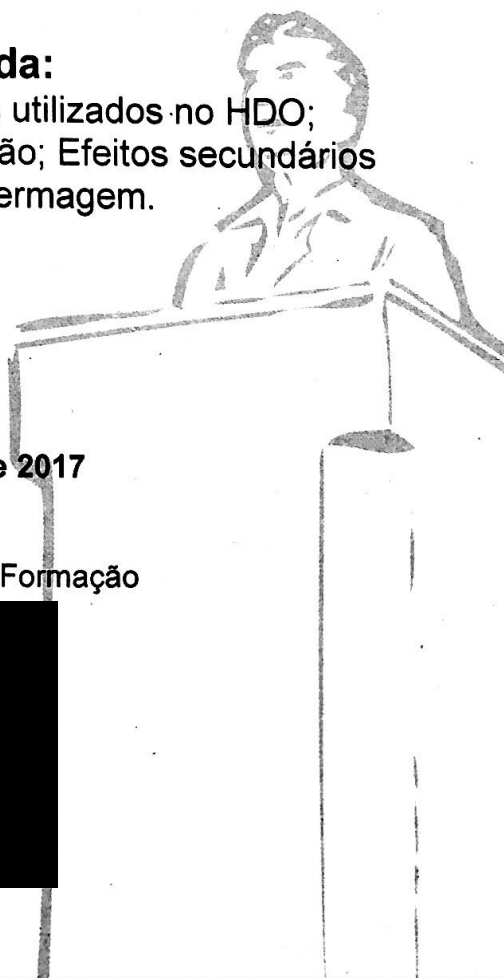
Formação Leccionada:

Principais agentes antineoplásticos orais utilizados no HDO;
Posiologia e particularidades na administração; Efeitos secundários
possíveis; intervenções de enfermagem.

Num total de
1 (uma) hora

Amadora, 14 de dezembro de 2017

A Coordenadora do Centro de Formação



ANEXO II

Escala De Medida De Adesão Terapêutica

Escala de Medida de Adesão Terapêutica¹

Avaliação da adesão ao regime terapêutico

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, após se ter sentido pior?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6
7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?					
Sempre 1	Quase sempre 2	Com frequência 3	Por vezes 4	Raramente 5	Nunca 6

Adaptado de Delgado, A. B., & Lima, M. L. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde E Doenças*, 2(2), 81–100. doi:10.1590/S0103-166X2004000200007

ANEXO III

Registo de avaliações dos locais de estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio



Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Enf. Caroline conduziu este estágio com sucesso. Desde cedo demonstrou boa humildade para aprender, possuir conhecimentos teóricos e juízo crítico para questionar a prática e proactividade para trabalhar no projecto. Demonstra possuir conhecimentos fundamentais na área da oncologia para a realização do projecto de seguimento dos doentes submetidos a TDA, tendo, no seu estágio ficado responsável pela vigilância destes doentes e utilizada diversos conselhos de 1ª vez de TDA. Contribuiu também para a revisão dos folhetos informativos de informação ao doente, com base no RCM. Desenvolveu uma acção de formação onde analisou os tratamentos mais utilizados, efeitos secundários mais frequentes e intervenções de enfermagem para o controlo e capacitação do doente. Salienta ainda a relação que cria com doentes e equipa multidisciplinar. Foi indubitavelmente uma mais-valia para o serviço, pelo que lhe atribuo a nota de Muito Bom.

Data:

7/11/2017

Orientador:

Caroline
Estudante (topel conhecimento) Carine

Orientador:

Docente: Alicia

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)



REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Sr. En^{fe} Carinei após abastecer, no decurso de todo o estágio, interesse e motivação para a aprendizagem e desenvolvimento de competências. Excede por cima os seus papéis e cumpre os deites, numa relação de proximidade e empatia. Possui conhecimentos básicos - científicos sobre as estratégias de seguimento da pessoa submetida a terapêuticas anti-neoplásicas orais, que pôde implementar na prestação de cuidados a doentes em Consulta de Especialidade, quer de acolhimento, quer de follow up. Consideramos que os objetivos a que se propôs foram alcançados. Consideramos que existe ainda um percurso a realizar no que diz respeito ao desenvolvimento de competências que permitam à En^{fe} Carinei definir estratégias objetivas para a implementação do seu projeto esse contexto profissional, nomeadamente no que respeita à elaboração de instrumentos de suporte à prática especializada de especialidade neste âmbito, processo de liderança junto da equipa para condução do projeto e avaliação dos resultados de intervenção. Rescalpamos o contributo deixado no serviço, no que diz respeito à elaboração de guias de boas práticas relativas ao follow up telefónico, a implementar posteriormente.

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)

Data: 13.12.2017

Orientador: Beleza
Estudante (torrei conhecimento): Carine

Orientador: _____
Docente: Beleza



REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Aluna muito interessada e com iniciativa. Apesar de ser um estágio de curta duração, a aluna não teve dificuldades em integrar-se e em colaborar com a equipa, no desempenho das actividades que lhe foram solicitadas, pelo que iniciou alguns projectos. Os objectivos por atingir foram de:

- e.g. e.g. em follow-up telefónico,
- Políticas e Procedimentos e Instruções de trabalho (doc. escrita)

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)

Data: 12.12.2017 Orientador: Dom Regalhas
Estudante (tomei conhecimento): Carine

Orientador: _____
Docente: [assinatura]



REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

No geral considero que a aluna teve uma avaliação de Muito Bom pois soube superá-la no serviço e cumprir os seus objetivos, apesar da adversidade.

Data: 12.12.2017 Orientador: Dom Regalhuas
Estudante (tomei conhecimento): Carine

Orientador: _____
Docente: Francis



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica: O estágio da Carine surgiu como uma mais valia para o serviço de oncologia (H. Drc). A equipa foi adequadamente informada e sensibilizada relativamente ao âmbito do projeto / intervenção a que se juntou ~~o~~ que se fez ao estágio. O modo como se identificou e envolveu a equipa motivou o que não sabiam, mas sobretudo o reconhecer a necessidade de mudar algumas atitudes / comentários relativamente à capacitação da pessoa submetida a T.A.O.

- As reuniões informais e posteriormente as atividades formativas deram a conhecer de forma clara e objetiva o propósito de sua intervenção / plano estratégico.
- Os documentos orientadores elaborados e apresentados foram aceites, ficando patente o compromisso na sua implementação.
- A 'check-list' é reconhecida como elemento essencial e facilitador

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)

VS FF →

Data: _____
Orientador: Adriana
Estudante (tomei conhecimento) Carine

Orientador: _____
Docente: Teófilo

