

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA EM PROGRAMA DE IMUNOTERAPIA**
Desenvolvimento de competências clínicas especializadas em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crónica

**SPECIALIZED CARE FOR THE PERSON WITH ONCOLOGICAL
DISEASE IN AN IMMUNOTHERAPY PROGRAM** Development of
Specialized Clinical Competencies in Medical-Surgical Nursing,
in the Field of Nursing Care for People in Chronic Situations

Autor

Carla Isabel Soares Brandão

Porto, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM PROGRAMA DE IMUNOTERAPIA Desenvolvimento de competências clínicas especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

SPECIALIZED CARE FOR THE PERSON WITH ONCOLOGICAL DISEASE IN AN IMMUNOTHERAPY PROGRAM Development of Specialized Clinical Competencies in Medical-Surgical Nursing, in the Field of Nursing Care for People in Chronic Situations

Orientador(es)

Luís Miguel Ribeiro Ferreira
Professor Adjunto, Doutor

Inês Maria da Cruz Sousa
Professor Adjunto, Mestre

Autor

Carla Isabel Soares Brandão

Porto, 2025

RESUMO

As doenças crónicas, especialmente as oncológicas, representam um desafio crescente para os sistemas de saúde, exigindo abordagens inovadoras e cuidados especializados. A imunoterapia tem-se consolidado como um avanço significativo no tratamento da doença oncológica, no entanto, pode causar efeitos adversos complexos, o que torna indispensável uma intervenção qualificada e especializada. O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental no cuidado à pessoa com doença oncológica e ao seu cuidador, sendo responsável por identificar e monitorizar possíveis reações adversas, incentivar a adesão ao tratamento e oferecer suporte contínuo. A sua atuação assegura um acompanhamento holístico e individualizado, garantindo um atendimento seguro, baseado em evidência científica e centrado na pessoa, o que contribui para melhores resultados clínicos e para a melhoria da qualidade de vida.

Este relatório apresenta os resultados da implementação de um projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, com foco no cuidado à pessoa em situação crónica, especificamente oncológica em tratamento com imunoterapia. Foi realizado no âmbito da Unidade Curricular “Estágio de Natureza Profissional, com Relatório - Módulo II”, integrada no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Neste documento expõem-se o processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, além de uma reflexão crítica fundamentada em referenciais teóricos e práticos adquiridos ao longo da formação. Tem como objetivo demonstrar a aquisição de competências especializadas no cuidado à pessoa com doença oncológica em programa de imunoterapia, baseado nas competências gerais do Enfermeiro Especialista, conforme o Regulamento das Competências Comuns e nas competências específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crónica. Para a sua elaboração, foram definidos objetivos específicos e subespecíficos e desenvolvidas atividades que possibilitaram a sua concretização.

Palavras-chave: Competências; Enfermagem; Pessoa em Situação Crónica; Oncologia; Imunoterapia.

ABSTRACT

Chronic diseases, particularly cancer, pose a growing challenge for health systems, necessitating innovative approaches and specialized care. Immunotherapy has emerged as a significant advancement in cancer treatment; however, its complex adverse effects demand a qualified and specialized intervention. The specialist nurse fulfills a fundamental role in caring for cancer patients and their caregivers by identifying and monitoring potential adverse events, fostering treatment adherence and providing continuous support. Through holistic and individualized care, these specialist nurses ensure safe, evidence-based, and person-centered interventions that enhance clinical outcomes and improve quality of life. Their expertise bridges advanced therapeutic modalities with compassionate patient care, creating a comprehensive approach that addresses both the physiological and psychosocial dimensions of cancer treatment.

This report presents the results of a project to develop specialized clinical skills in medical-surgical nursing, focusing on caring for people with chronic conditions, specifically living with cancer and undergoing immunotherapy. Carried out within the scope of the “Professional Internship Curricular Unit, with a report regarding- Module II”, integrated on the Master's Degree in Medical - Surgical Nursing in the setting of Nursing for People with Chronic Conditions, at the Escola Superior de Enfermagem do Porto.

This document documents the process of acquiring and improving specialized skills, as well as its critical reflection, and was based on theoretical and practical references acquired throughout the training. Its objective is to demonstrate the acquisition of specialized skills in the care of people living with cancer and in an immunotherapy program, based on the general skills of the Specialist Nurse, and accordingly to the Regulamento das Competências Comuns, alongside the specific skills of Medical - Surgical Nursing in the setting of People with Chronic Conditions. For its preparation, specific and subspecific objectives were defined and for its implementation several activities were developed.

Keywords: Skills; Nursing; Person with a Chronic Condition; Oncology; Immunotherapy.

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AINEs - Anti-Inflamatórios Não Esteroides

ARS Norte - Administração Regional de Saúde do Norte

ASCT - Transplante Autólogo de Células Estaminais

CAR T - Recetor de Antigénio Quimérico de células T

CCI - Comissão de Controle de Infecção

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CHD - Clorexidina

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CITO - Centro de Investigação e Terapêutica Oncológica

CRBSI - Catheter Related Bloodstream Infection

CVC - Cateter Venoso Central

DC - Doença Crónica

DGS - Direção-Geral da Saúde

EE - Enfermeiro Especialista

EMA - European Medicines Agency

EMCpscr - Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à pessoa em situação crónica

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESMO - European Society for Medical Oncology

EU - União Europeia

FRC - Fadiga Relacionada ao Cancro

GCL-PPCIRA - Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

GRC - Gestor de Risco Clínico

GRL - Gestor de Risco Local

HD - Hospital de Dia de Adultos

HTA - Hipertensão Arterial

ICE - Immune Effector Cell-Associated Encephalopathy

ICSRCVC - Infecção da Corrente Sanguínea Relacionada com o Cateter Venoso Central

IPS - International Prognostic Score

ISBAR - Identify Situation Background Assessment Recommendation

IT - Imunoterapia

LH - Linfoma de Hodgkin

LHc - Linfoma de Hodgkin clássico

LHNPL - Linfoma de Hodgkin com Predomínio de Linfócitos Nodulares

LNH - Linfoma Não Hodgkin

MAO - Monoamina Oxidase

MEMCpscro - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

NCCN - National Comprehensive Cancer Network

NHS - Salisbury National Health Service

OE - Ordem dos Enfermeiros

OH - Onco- Hematologia

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PET - Tomografia por Emissão de Positrões/EN

PNS - Plano Nacional de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos

PQCE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

QT - Quimioterapia

QV - Qualidade de Vida

RON - Registo Oncológico Nacional

SF - Soro Fisiológico

SGICM - Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento

SIADAP - Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho para a Administração Pública

SIE - Sistema de Informação em Enfermagem

TANS - Terapêuticas Antineoplásicas Sistémicas

TC - Tomografia Computorizada

UC - Unidade Curricular

UCQ - Unidade Central de Quimioterapia

ULPPCIRA - Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

VEB - Vírus do Epstein-Barr

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

WHO - World Health Organization

ÍNDICE

RESUMO	3
ABSTRACT	5
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	7
ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS	13
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	15
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	21
3. CASO CLINICO DE PESSOA COM LINFOMA DE HODGKIN EM CONTEXTO DE AMBULATÓRIO - HOSPITAL DE DIA ADULTOS	33
3.1. Enquadramento teórico	33
3.2. Clientes	47
3.3. Medicação	47
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	47
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	53
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	54
3.5. Domínios	56
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	56
3.6. Conceção de Cuidados	61
3.7. Especificação das intervenções	66
3.8. Síntese relativa ao caso	69
4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	73
5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	107
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	127

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 - Métodos de Trabalho em Enfermagem.....	23
Tabela 2 - Sistema de estadiamento de Ann Arbor para Linfoma de Hodgkin.....	37
Tabela 3 - Taxa de Catheter - Related Bloodstream Infection (CRBSI) de 2020-2023....	100

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, integrada no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (MEMCpscro) da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) durante os anos letivos 2023/2024 e 2024/2025. Este documento tem como principal finalidade apresentar o processo de desenvolvimento e aquisição de competências gerais e específicas necessárias para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com foco na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Este documento expõe os resultados da implementação de um projeto de desenvolvimento de competências intitulado “Cuidado Especializada à Pessoa com Doença Oncológica em Programa de Imunoterapia”. O projeto teve como objetivo principal o desenvolvimento de competências clínicas especializadas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica, com ênfase no acompanhamento de pessoas com doença oncológica submetidas a tratamento com imunoterapia. Para tal, foram definidos objetivos específicos e subespecíficos, assim como atividades direcionadas à sua concretização.

A prestação de cuidados de enfermagem exige sólidos conhecimentos técnico-científicos, tornando a diferenciação e especialização uma necessidade incontornável para os enfermeiros que acompanham a pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). O enfermeiro especialista é um profissional com competências científicas, técnicas e humanas reconhecidas, permitindo-lhe prestar cuidados diferenciados em áreas específicas da enfermagem, promovendo a segurança e a qualidade da assistência prestada (Regulamento n. 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2023) define as doenças crónicas (DC) como patologias de longa duração e progressão geralmente lenta, enquanto o Centers for Disease Control and Prevention (CDC, 2024) as descreve como condições que persistem por um ano ou mais, exigindo atenção clínica contínua e limitando as atividades da vida diária. As doenças crónicas, uma vez adquiridas, não têm cura e exigem adaptações físicas, emocionais, sociais e psicológicas.

A doença oncológica, incluída no grupo das doenças crónicas, é caracterizada pelo crescimento descontrolado de células anormais, com potencial invasivo e metastático (WHO, 2022). Em 2022 registaram-se, a nível global, 19,9 milhões de novos casos de cancro, dos quais 9,7 milhões resultaram em óbito. A previsão para 2040 aponta para uma duplicação desses números (Global

Cancer Observatory, 2024). Na União Europeia, o cancro é a segunda principal causa de mortalidade, sendo responsável por 2,6 milhões de novos diagnósticos e 1,2 milhões de óbitos anuais (European Union, 2022). Considerando que a Europa abriga um quarto de todos os casos de cancro, apesar de ter menos de 10% da população mundial, é evidente que este representa uma enorme ameaça para nossa sociedade. O impacto económico global do cancro na Europa é estimado em 100 mil milhões de euros anuais (European Union, 2022).

Portugal segue esta tendência, com a doença oncológica representando a segunda principal causa de morte (Sousa et al., 2020), superada apenas pelas doenças cardiovasculares. Segundo o Registo Oncológico Nacional (RON, 2023), em 2020 registaram-se aproximadamente 28 mil óbitos por cancro e, em 2019, surgiram 57.878 novos casos, com uma distribuição de 54,4% em homens e 45,6% em mulheres (RON, 2022).

Além do impacto epidemiológico, a doença oncológica devido ao seu inesperado aparecimento e à imprevisibilidade do seu prognóstico, afeta significativamente a qualidade de vida das pessoas, alterando os seus projetos de vida e exigindo uma adaptação (Sousa et al., 2020). O significado atribuído ao diagnóstico varia com fatores individuais, incluindo experiências prévias, nível de conhecimento, identidade cultural, suporte social e qualidade da informação fornecida pela equipa de saúde (Magalhães, 2022).

Atualmente, o cancro é considerado uma doença crónica controlável através de terapias prolongadas, o que reforça o papel fundamental dos enfermeiros na assistência a esta população (Pituskin et al., 2021). No entanto, os efeitos adversos dos tratamentos, o impacto emocional e os elevados custos associados à terapêutica tornam a gestão do regime terapêutico um desafio. Assim, torna-se essencial uma abordagem integrada que promova a adesão ao tratamento e a capacitação das pessoas para a autogestão da sua condição.

A complexidade dos cuidados à pessoa com doença oncológica exige que os enfermeiros desenvolvam competências específicas, visando assegurar cuidados holísticos, humanizados e de excelência, sustentados na prevenção da doença, na promoção de estilos de vida saudáveis, na facilitação dos processos de adaptação e na adesão e gestão do regime terapêutico (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Neste âmbito, a enfermagem oncológica tem evoluído para atender às necessidades crescentes impostas pelo aumento da incidência da doença, nomeadamente com o surgimento de novos tratamentos cada vez mais complexos e que exigem o domínio de funções especializadas. Estas repercutem-se não apenas na administração das terapias, mas também no acompanhamento das diferentes fases da doença, desde a prevenção até aos cuidados paliativos. Os enfermeiros desempenham um papel relevante no cuidado direto às pessoas afetadas por esta patologia, acompanhando-as em todas as suas fases e em diversos contextos ao longo do seu percurso (Drury et al., 2023).

A complexidade nos cuidados à pessoa com doença oncológica está fortemente associada ao aumento da incidência e prevalência da doença, bem como ao desenvolvimento acelerado de novas estratégias terapêuticas, impulsionado pelo avanço do conhecimento sobre a biologia tumoral, a genómica e a genética humana. Estes progressos têm conduzido a uma maior diversidade e sofisticação das terapêuticas antineoplásicas sistémicas (TANPS), exigindo uma prática de enfermagem ainda mais qualificada e atualizada (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Entre as diversas opções terapêuticas disponíveis para o tratamento das diversas tipologias de cancro, o uso generalizado da imunoterapia (IT) tem sido alvo de um incremento exponencial. Este é um tratamento concebido para estimular o sistema imunitário do próprio organismo a combater o cancro (ASCO, 2019). Contrariamente à quimioterapia tradicional, que destrói células saudáveis e cancerígenas de forma indiscriminada, a imunoterapia é mais seletiva e direcionada para a eliminação do tumor (D'Errico et al., 2017). Na sua maioria, estes tratamentos, progressivamente mais complexos e personalizados, passam a ser administrados em regime de ambulatório, sendo notório o crescimento de serviços como os hospitais de dia, cuja atividade se tem vindo a intensificar. Esta mudança na estratégia terapêutica transforma a qualidade de vida das pessoas, reduzindo os internamentos e a permanência nas instituições hospitalares, sendo os tratamentos prolongados e as terapias sequenciais geralmente designados por ciclos programados de imunoterapia (Cusack et al., 2004; D'Errico et al., 2017). Este cenário deve-se, sobretudo, à crescente eficácia no controlo dos efeitos secundários dos tratamentos, o que permite uma maior tolerância por parte das pessoas, e, conseqüentemente, à redução ou mesmo eliminação da necessidade de internamento (Cusack et al., 2004).

Face à transição de contexto de internamento para ambulatório, o autocuidado e a autogestão do regime terapêutico representam desafios significativos. A autonomia exigida para monitorizar e administrar os tratamentos, lidar com os efeitos secundários e seguir as orientações de forma eficaz pode ser um processo difícil e complexo. A falta de apoio domiciliário, o impacto emocional da doença e as dificuldades na gestão de sintomas podem comprometer a adesão ao regime terapêutico, exigindo uma abordagem integrada de apoio, capacitação e acompanhamento regular para garantir a eficácia do tratamento e a qualidade de vida da pessoa. O enfermeiro especialista (EE) desempenha um papel fundamental nesse processo, fornecendo informações claras e personalizadas sobre o tratamento, os efeitos secundários e as estratégias de autogestão. Além disso, orienta na identificação de complicações e incentiva a adesão ao regime terapêutico, promovendo um cuidado mais eficaz. As pessoas com doença oncológica são encorajadas a assumir um papel ativo na gestão da sua saúde, tornando-se protagonistas no controlo da sua condição. Os enfermeiros, por sua vez, estão diretamente envolvidos no tratamento, bem como no suporte à família, sendo a sua intervenção essencial ao longo de todo o processo terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Neste contexto, o domínio de competências especializadas em enfermagem é essencial para responder às necessidades complexas das pessoas com doença oncológica. Os enfermeiros são

os profissionais de saúde que avaliam os sintomas relatados pelas pessoas, compreendem rapidamente as suas dificuldades e as dos seus cuidadores (Pituskin et al., 2021). Dada a classificação da doença oncológica como uma doença crónica, é fundamental refletir sobre a importância do desenvolvimento de competências específicas nesta área, bem como sobre o papel do enfermeiro especialista (EE) na prestação de cuidados diferenciados e na maximização do ambiente terapêutico. Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica são definidos como:

“(...) cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma.” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19368).

Além disso o enfermeiro especialista deve ser capaz de “(...) mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19368).

Neste contexto, as competências desenvolvidas ao longo do mestrado estão alinhadas tanto com as competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) quanto com as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Desenvolvendo atividade profissional num serviço de ambulatório de hospital de dia, considerei essencial escolher uma temática que fosse não apenas relevante para o meu desenvolvimento profissional, mas que também estivesse alinhada com as exigências do contexto clínico. Assim, optei por um tema que me permitisse aprofundar conhecimentos e competências especializadas para responder às necessidades das pessoas submetidas a tratamento com imunoterapia.

Os estágios de natureza profissional foram desenvolvidos em dois contextos oncológicos distintos: o serviço de internamento de Onco-hematologia e o Hospital de Dia - adultos. O principal objetivo foi implementar o projeto previamente delineado, permitindo, assim, a aquisição de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, com foco na assistência à pessoa em situação crónica.

Este relatório está dividido em três partes. Na primeira, é realizada a caracterização dos contextos clínicos onde os estágios de natureza profissional foram desenvolvidos. Na segunda, é apresentado o caso clínico selecionado para ilustrar a aplicação prática das competências adquiridas, tendo este sido desenvolvido no contexto de ambulatório, em hospital de dia de

adultos. Por fim, na terceira parte, é realizada uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento das competências especializadas desenvolvidas nos contextos clínicos e as experiências vivenciadas ao longo do estágio.

O caso clínico selecionado foi documentado através da plataforma académica E4Nursing, disponibilizada pela ESEP, que permite a estruturação do processo de conceção de cuidados com base na Ontologia de Enfermagem. Essa abordagem metodológica contribuiu para a consolidação do processo de tomada de decisão clínica e para a construção de um raciocínio clínico fundamentado. Com este trabalho, pretende-se demonstrar a relevância do desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, com enfoque no cuidado à pessoa com doença oncológica submetida a imunoterapia, evidenciando o impacto da atuação do enfermeiro especialista na promoção da qualidade de vida e na segurança da pessoa em tratamento.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

A realização dos estágios profissionais desenvolve-se no terceiro semestre de MEMCpscr em dois serviços hospitalares: internamento de Onco-hematologia (OH) e Hospital de Dia - adultos (HD), ambos localizados numa unidade de saúde na região norte do país direcionada e especializada no diagnóstico e tratamento da pessoa com doença oncológica. Embora as pessoas tenham liberdade de escolha no acesso à rede nacional de cuidados de saúde, esta instituição presta assistência principalmente a pessoas da região abrangida por uma das Administrações Regionais de Saúde, tendo as seguintes áreas assistenciais: consultas externas (programadas e urgentes), hospital de dia, cirurgia, cirurgia de ambulatório, internamento, cuidados paliativos, serviços de apoio domiciliários e meios complementares de diagnóstico e terapêutica médica.

Sendo serviços distintos, o internamento de OH e o HD possuem pontos comuns, quer na tipologia de tratamentos que realizam (entre os quais se inclui a imunoterapia) à pessoa com doença oncológica, quer no perfil das pessoas que tratam (pessoas com doença oncológica do foro hematológico).

Caracterização do serviço - Internamento Onco-Hematologia

A instituição onde decorreu o estágio de natureza profissional abrange a população residente na área geográfica do norte de Portugal e está organizada em diferentes áreas de especialização. Esta instituição de saúde é composta por 26 serviços e 11 clínicas.

O primeiro momento do estágio decorreu no Serviço de Internamento de Onco-hematologia (OH) entre setembro e novembro de 2024. Este serviço representa um dos 26 de que a instituição dispõe e é dedicado ao tratamento de doenças do foro onco-hematológico, ou seja, doenças malignas do sangue, em pessoas com idade superior a 18 anos.

As pessoas com doença oncológica podem ser admitidas no serviço por diversos motivos: confirmação de diagnóstico, após suspeita de doença noutra instituição hospitalar, internamento não programado por agravamento do estado clínico decorrente da progressão da doença ou dos tratamentos implementados, para controlo de sintomatologia e complicações, e, internamento programado após confirmação de diagnóstico, para realização de ciclos de tratamento com quimioterapia ou imunoterapia. Neste serviço, e de acordo com dados apurados junto da direção do mesmo, a média anual de internamentos situa-se em aproximadamente 753 episódios, englobando tanto internamentos programados como não programados. A população internada é

maioritariamente composta por adultos jovens e idosos. As patologias mais frequentemente diagnosticadas incluem o Linfoma Não Hodgkin (LNH), que apresenta a maior prevalência, seguido da Leucemia Mieloide Aguda (LMA), da Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA) e do Mieloma Múltiplo (MM).

Em relação à estrutura física, este serviço conta com 12 enfermarias, perfazendo um total de 20 camas, e uma área de consultas equipada com sete gabinetes. Das enfermarias, oito são duplas, enquanto quatro são individuais, sendo estas últimas reservadas para casos que exigem isolamento. O serviço dispõe de uma sala especialmente preparada e equipada para a colocação de cateteres venosos centrais (CVC). No decorrer do estágio, observei que a maioria das pessoas desta especialidade são portadores de CVC, tanto de curta quanto de longa duração, utilizados para a administração de tratamentos sistêmicos antineoplásicos, sendo esta a via predominante para a administração das terapêuticas. Destaca-se que a inserção do cateter é realizada durante o internamento.

O serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar que integra oito médicos, vinte e nove enfermeiros, doze assistentes operacionais, uma assistente social, uma nutricionista e uma administrativa. Sempre que necessário, é estabelecido contacto com outros profissionais de saúde, nomeadamente, psicólogo e fisiatra para suprir as necessidades da pessoa. A equipa de enfermagem do serviço de OH é constituída por 29 elementos, incluindo o enfermeiro gestor. Parte da equipa possui formação pós-graduada, nomeadamente nas seguintes especialidades: enfermagem comunitária (dois elementos), enfermagem médico-cirúrgica (dois elementos), saúde mental e psiquiátrica (três elementos), e, saúde materna e obstétrica (um elemento).

No que diz respeito às dotações seguras é sabido, que:

“a dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 128).

Neste sentido a calculadora de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, complementar ao Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, está disponível no site da OE para cálculo das dotações. Para proceder à análise comparativa das dotações seguras foram utilizados os valores de referência estabelecidos no Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro. O resultado obtido foi um total de 28 enfermeiros, em conformidade com o rácio adequado de enfermeiros para a prestação de cuidados.

De acordo com o cálculo supracitado, recomenda-se que o quadro de enfermeiros seja composto no mínimo por 11 enfermeiros especialistas, distribuídos de acordo com suas áreas de especialização e em consonância com a tipologia dos cuidados prestados. É recomendado que

nos diversos serviços de internamento de adultos, no âmbito das especialidades médicas e cirúrgicas, deva existir, pelo menos, um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em permanência, 24 horas por dia (Regulamento n.º 743/2019, da OE). Perante o exposto, pode concluir-se que esta recomendação não é cumprida, devido à existência de apenas três enfermeiros com a referida especialidade.

No que diz respeito ao método de trabalho em enfermagem, são referidos na literatura quatro métodos dominantes de organização da prestação de cuidados de enfermagem: método funcional, método individual, método de equipa, e, método de enfermeiro de referência ou também designado *Primary Nursing* (Almeida Ventura-Silva et al., 2021). Estes métodos de trabalho organizam-se conceptualmente em dois grandes grupos: métodos centrados na tarefa e métodos centrados na pessoa (Parreira et al., 2023). A Tabela 1 apresenta a categorização destes métodos, de acordo com a pesquisa de Parreira et al. (2023).

Tabela 1 - *Métodos de Trabalho em Enfermagem*

CENTRADOS NA TAREFA	CENTRADOS NO UTENTE
Método de trabalho funcional	Método individual
	Método em equipa
	Método de enfermeiro de referência

Fonte: Parreira et al., 2023, p.165

Em Portugal, verifica-se uma notória orientação concetual para os métodos centrados na pessoa (Parreira et al., 2023). Nestes métodos, os cuidados baseiam-se no método científico, identificando necessidades, definindo prioridades, planeando, executando e avaliando intervenções, assegurando, assim um acompanhamento integrado e personalizado da pessoa (Parreira et al., 2023).

O método individual, também denominado método de caso, consiste na atribuição da responsabilidade integral dos cuidados a prestar a um grupo de pessoas a um único enfermeiro, durante todo o turno (Fairbrother, Jones, & Rivas, 2010). A organização global dos cuidados face às necessidades identificadas pelo enfermeiro depende da sua perceção acerca do seu papel profissional, podendo privilegiar a pessoa ou a execução de tarefas (Marquis & Huston, 2015). Este método favorece a individualização dos cuidados, propicia a satisfação das necessidades da pessoa e beneficia a relação enfermeiro/pessoa. Do ponto de vista do enfermeiro promove a aplicação do processo de enfermagem e a consequente identificação e satisfação das necessidades imediatas da pessoa. Além disso, comporta algum potencial de envolvimento emocional com as pessoas e exige um maior nível de competências de todos os enfermeiros (Parreira et al., 2023).

Neste serviço, um enfermeiro é designado como responsável, em cada turno, enquanto os outros cinco são alocados à prestação de cuidados. Cada enfermeiro é responsável por um grupo específico de pessoas, garantindo a continuidade dos cuidados durante todo o período do

turno, adotando como metodologia de trabalho o método individual, com prestação de cuidados centrados na pessoa.

Relativamente à transição de cuidados, habitualmente conhecida como reunião de "passagem de turno", realiza-se numa sala específica, conduzida pelo enfermeiro responsável, recorrendo a uma folha padronizada, seguindo a técnica ISBAR. Esta é uma ferramenta de padronização da comunicação em saúde, amplamente reconhecida por promover a segurança da pessoa em contextos de transição de cuidados. No acrónimo ISBAR, o I refere-se à identificação (da pessoa a que diz respeito a comunicação), o S corresponde à situação atual (descrição do motivo da necessidade dos cuidados), o B corresponde ao *background*/antecedentes (descrição da história clínica), o A corresponde à avaliação (indicação do estado clínico, terapêutica instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde), e, o R corresponde às recomendações (descrição do plano terapêutico) (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2017). O *software* utilizado para registar e consultar toda a informação das pessoas na instituição é disponibilizado pela empresa Glint - Healthcare Solutions ®.

No serviço de OH a implementação de projetos de reestruturação e melhoria contínua, representa um processo em evolução, com a criação de grupos de trabalho para a estruturação de guias orientadores de boas práticas clínicas, utilizando metodologias de organização promotoras de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados, promovendo a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros.

Neste serviço existem os seguintes grupos de trabalho: Grupo de Gestão de Risco, Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL - PPCIRA), grupo das quedas, e grupo das úlceras de pressão, de forma a tentar dar resposta aos padrões de qualidade instituídos. A formação em serviço é decorrente das necessidades identificadas pelos profissionais, sendo posteriormente agendada e realizada por grupos de trabalho propostos e constituídos entre os elementos da equipa de enfermagem.

Atualmente, existe um elemento responsável pelo projeto "STOP Infeção Hospitalar 2.0", integrado no Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências a Antimicrobianos (PPCIRA). Este projeto visa reduzir quatro tipos de infeções hospitalares em 50% em três anos, adotando uma metodologia de melhoria contínua da qualidade (Despacho n.º 2757/2017, de 3 de abril), nomeadamente: infeções nosocomiais da corrente sanguínea relacionada com o CVC, infeções nosocomiais da corrente sanguínea associadas a algáliação, pneumonias associadas à intubação em unidades de cuidados intensivos, e, infeções do local cirúrgico. A participação da instituição no "STOP Infeção Hospitalar 2.0" representa um indicador do índice de qualidade do PPCIRA. No âmbito deste projeto, o elemento da equipa centra-se na definição de estratégias de prevenção, intervenção e controlo de infeção da corrente sanguínea relacionada com o cateter venoso central (IRCVC), auditando e monitorizando comportamentos e metodologias de atuação da equipa, alertando para a importância do cumprimento de protocolos instituídos de forma a

minimizar o risco de infeção, capacitando a equipa de profissionais na área da prevenção, intervenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e resistência a antimicrobianos.

O método de avaliação de desempenho dos profissionais no serviço de OH, é realizado através do Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho para a Administração Pública (SIADAP). Este método tem como objetivos: promover a qualidade dos serviços e organismos da Administração Pública, mobilizar os funcionários em torno da missão essencial do serviço, orientando a sua atividade em função de objetivos claros e critérios de avaliação transparentes, reconhecer o mérito, potenciar o trabalho em equipa, promover a comunicação entre hierarquias, e, identificar necessidades de formação (Inspeção Geral das Atividades de Saúde, 2018).

Os parâmetros de avaliação do desempenho dos enfermeiros são definidos por objetivos individuais, estabelecidos em alinhamento com os objetivos da respetiva unidade orgânica. Estes objetivos são medidos por meio de indicadores, previamente determinados pelo Conselho Coordenador da Avaliação, que estabelece os critérios e normas de atuação. Além disso, a avaliação abrange os comportamentos profissionais, com foco em competências técnicas e comportamentais adequadas ao desempenho das funções, sempre com base em normas e critérios previamente definidos por esse Conselho (Inspeção Geral das Atividades de Saúde, 2018).

Caracterização do serviço - Hospital de Dia de Adultos

O segundo momento do estágio de natureza profissional decorreu no serviço de Hospital de Dia de Adultos (HD) da mesma instituição, no período compreendido entre novembro de 2024 e janeiro de 2025. Este serviço encontra-se integrado no departamento de Oncologia Médica. O HD é especializado no tratamento em ambulatório, destinando-se à administração de terapêutica médica antineoplásica, nomeadamente quimioterapia, hormonoterapia, imunoterapia, modificadores da resposta biológica (anticorpos monoclonais, fatores de crescimento hematopoiético, e imunomoduladores), bem como citoprotetores, bifosfonatos, terapêutica de suporte e outras terapêuticas em estudo, integradas na unidade de investigação clínica, atualmente em fase de transição para um novo serviço destinado exclusivamente a estas terapêuticas - o Centro de Investigação e Terapêutica Oncológica (CITO). A referenciação para frequência do HD decorre da consulta de oncologia médica, das diferentes especialidades existentes na instituição, das consultas de grupo ou do internamento.

No que reporta à estrutura física, o serviço contempla: uma sala de tratamento com oito camas (Sala 1), três salas de tratamento com 15 cadeirões (Salas 2, 4 e 5), um gabinete para administração de hormonoterapia, um gabinete médico (funciona uma vez por semana da parte da manhã, para administração de hormonoterapia), um gabinete de enfermagem, um gabinete

de secretariado administrativo, uma sala de observação médica, com três cadeirões (Sala 3), onde se encontra também o armário para armazenamento da terapêutica antineoplásica, e áreas de apoio. O serviço funciona de segunda a sexta-feira, sendo dia útil ou não, entre as 08h00 e as 20h00.

De realçar que nos últimos anos, se tem vindo a notar um aumento no número de tratamentos realizados, situando-se entre cerca de 320 e 350 tratamentos por dia, o que perfaz um total máximo aproximado de 7700 tratamentos mensais, ou seja, 92400 por ano. As pessoas com doença oncológica a realizar tratamento no HD têm acesso a apoio psicológico, apoio social, apoio de voluntariado e apoio hoteleiro. O acesso ao apoio psicológico e social pode ser realizado de duas formas: através da requisição por parte do clínico assistente, com base nas necessidades apuradas durante a consulta de oncologia médica, ou por iniciativa da equipa de enfermagem, neste contexto de ambulatório, mediante a deteção das necessidades das pessoas a realizar tratamento. De referir que é permitida a presença de um acompanhante durante todo o período do tratamento.

A equipa de enfermagem é constituída por 43 elementos, incluindo o enfermeiro gestor. Parte da equipa possui formação pós-graduada, nomeadamente, especialidade em enfermagem comunitária (nove elementos), especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (sete elementos), especialidade em enfermagem materna e obstétrica (um elemento, que não exerce funções como especialista), e especialidade em saúde mental (dois elementos). Existe ainda um elemento que exerce a função de elo de ligação da gestão de risco e um elemento de elo de ligação do controlo de infeção. Este último, articula com o Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL - PPCIRA).

A dotação adequada de enfermeiros é essencial para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, tanto para as pessoas com doença, quanto para as organizações. O nível de qualificação e o conjunto de competências dos profissionais de enfermagem são fatores determinantes para atingir esses objetivos. Para que os recursos humanos sejam ajustados às reais necessidades da população, é necessário utilizar metodologias e critérios específicos que permitam dimensionar adequadamente o número de enfermeiros e suas competências (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A calculadora de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, complementar ao Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, está disponível no site da OE. Para efetuar a análise comparativa referida, recorreram-se aos valores de referência previamente estabelecidos no Regulamento. O resultado obtido foi um total de 45 enfermeiros, o que demonstra uma aproximação ao rácio ideal de enfermeiros para a prestação eficiente e qualificada de cuidados de saúde, não estando, no entanto, cumprido o critério para as dotações seguras.

Com base no cálculo anteriormente mencionado, recomenda-se que no quadro de enfermeiros esteja incluído um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. No entanto, poderão igualmente integrar a equipa enfermeiros especialistas ou profissionais com competências acrescidas em outras áreas, conforme as exigências e necessidades das pessoas com doença oncológica (Regulamento n.º 743/2019, da OE). Perante o exposto, pode concluir-se que esta recomendação pode ser considerada como cumprida, com a existência de sete enfermeiros com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, embora esta não seja especificamente na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Correlacionado com o método de trabalho, é sabido que a conquista da autonomia e a procura por níveis cada vez mais elevados da qualidade no desempenho profissional e nos cuidados prestados, aliados aos problemas quotidianos decorrentes da escassez de recursos humanos e financeiros, afetam os enfermeiros em todo o mundo e têm motivado a exploração de vias alternativas, surgindo novas conceções de cuidados de enfermagem e novos modelos de organização da prestação dos mesmos (Parreira et al., 2023).

Esta preocupação tem-se manifestado ao longo dos anos, preocupação esta que também partilho, pelo que considere importante uma reflexão sobre o método de trabalho realizado neste contexto. Desta forma, espero ter a capacidade de intervir de forma diferenciada, enquanto futura enfermeira especialista, sempre com foco na pessoa, na família ou cuidador e no enfermeiro que cuida.

No contexto do HD, o método de trabalho é centrado na pessoa, aproximando-se do modelo do método individual. Como já explanado anteriormente, este método baseia-se numa abordagem onde um único enfermeiro é responsável por planear e prestar cuidados completos a uma ou mais pessoas com doença, com o objetivo de satisfazer todas as necessidades dessas pessoas (Almeida Ventura-Silva et al., 2021).

Como desvantagens/limitações para a pessoa, este método apresenta a ausência de uma figura a quem possa recorrer e que se identifique como o “seu” enfermeiro de referência. Devido às diferenças na competência individual dos profissionais que prestam cuidados, e que apresentam diferentes níveis de conhecimento, poderá ocorrer uma assimetria nos cuidados prestados, resultando numa heterogeneidade na prestação de cuidados, com diferentes níveis de assistência entre os turnos (Parreira et al., 2023).

O modelo do enfermeiro de referência poderia ser uma opção a considerar neste contexto, embora as limitações relacionadas com o volume de pessoas com doença e a consequente dificuldade administrativa na atribuição “daquela” pessoa a um enfermeiro de referência nas suas visitas, não possam ser dificuldades descuradas. Este modelo baseia-se na premissa de que um enfermeiro assume a responsabilidade pelo planeamento, prestação e avaliação dos cuidados a uma ou mais pessoas, desde o momento de admissão até à alta (Marquis & Huston,

2015).

O método do enfermeiro de referência comporta diversas vantagens e potencialidades. Para a pessoa, permite identificar o enfermeiro que será a sua referência durante todo o internamento ou tratamentos, garantindo a continuidade de cuidados (Nadeau et al., 2016), reduzindo o número de enfermeiros na prestação de cuidados e diminuindo a probabilidade de erros (Parreira et al., 2023). Entre outras vantagens descritas na literatura, este método favorece significativamente a relação entre o enfermeiro e a pessoa, permitindo a personalização dos cuidados e originando níveis de satisfação crescentes (Sellick, Russellb, & Beckmannb, 2003 citado por Parreira et al., 2023). Do ponto de vista do enfermeiro, este método favorece a relação com a pessoa, maximizando a identificação de necessidades (pelo conhecimento profundo da condição da pessoa cuidada) e a capacidade de avaliação. O conhecimento mais profundo da pessoa por parte do enfermeiro conduz a uma maior satisfação e a um menor esforço, pelo estabelecimento de uma relação terapêutica intencional, bem como à promoção de uma maior autonomia na prestação de cuidados. Além disso, permite identificar o resultado do trabalho do enfermeiro em termos de ganhos em saúde, como, por exemplo, a redução de infeções (Dal Molin et al., 2018).

No contexto do HD, em cada turno, um enfermeiro é designado como responsável pela coordenação do serviço. Trata-se de um enfermeiro especialista, ou, na sua ausência, um enfermeiro sénior, que assume a função de substituir o enfermeiro gestor sempre que necessário. Devido à natureza específica deste serviço, os enfermeiros envolvidos na gestão e prestação de cuidados são responsáveis diretamente por um número variável de pessoas, determinado com base no plano de trabalho elaborado diariamente pelo gestor/responsável de serviço. Cada enfermeiro assume a responsabilidade por um grupo específico de pessoas, mediante a atribuição de listas de trabalho que indicam o número de pessoas atribuídas àquele setor naquele dia, (oscilando entre 15 e 22 pessoas) assegurando a continuidade dos cuidados ao longo de todo o turno.

No que concerne à transição de cuidados, habitualmente denominada “passagem de turno”, a transmissão de informação decorre de forma estruturada e sistemática, garantindo a continuidade, segurança e qualidade da assistência prestada às pessoas com doença oncológica. É realizada nas salas de tratamentos, seguindo a técnica ISBAR já esplanada no contexto anterior.

O sistema de informação em uso na instituição é um software informático fornecido pela empresa Glintt - Healthcare Solutions®. Este software permite a consulta em simultâneo de várias informações relativas às pessoas em tratamento, uma vez que dentro do mesmo programa é possível a abertura de várias janelas e dentro destas várias “tabs”, que permitem a consulta de diferentes itens de informação. De destacar o Mural M, que é um aplicativo para documentar todas as consultas médicas das diferentes especialidades realizadas na instituição,

assim como os registos de enfermagem. Também permite a consulta dos exames auxiliares de diagnóstico, e os resultados analíticos. Em paralelo, existe o Mural D, um aplicativo para documentar os diagnósticos, as intervenções, e os resultados de enfermagem. Estas categorias são essenciais a um Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) para a produção de indicadores de qualidade e resumos mínimos de dados. Os registos, são assim realizados neste SIE, integrado no processo individual da pessoa. O sistema baseia-se nos focos de atenção mais frequentemente encontrados em contexto oncológico, permitindo, contudo a utilização integral dos focos constantes da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) versão Beta 2, sobre a qual foi construído o sistema. Neste aplicativo estão apresentados os focos de atenção/domínios mais frequentes, organizados na lógica do sistema de informação em uso, unidos em agrupamentos denominados "*standards*", seguido das atividades de diagnóstico, dos diagnósticos e das intervenções de enfermagem, bem como as opções de registos nas atividades do âmbito do "observar", que permitem a avaliação dos resultados de enfermagem.

Relacionado com a medicação, o sistema informático adotado é o Sistema Circuito do Medicamento (SGICM), fornecido também pela Glintt - Healthcare Solutions®. Este sistema permite a participação conjunta dos vários profissionais (médicos, farmacêuticos, enfermeiros, técnicos, administrativos e gestores) que trabalham de uma forma interligada na realização das mais variadas tarefas que envolvem o medicamento. Permite realizar, entre outros, prescrições e registos terapêuticos. Algumas das vantagens deste *software* são, a validação das prescrições eletrónicas com grande rapidez e de uma forma sistemática da Unidade Central de Quimioterapia (UCQ), que prepara a terapêutica tanto para o HD, quanto para o internamento. Após conferir a prescrição, o enfermeiro valida-a junto da UCQ, iniciando-se assim o processo de preparação da terapêutica antineoplásica. O transporte é realizado em mala própria, ou através do sistema de vácuo hospitalar que permite comunicação entre serviços.

A terapêutica antineoplásica é rececionada e guardada num armário próprio, da sala 3, ficando distribuída por grupo de citotóxicos. Cada enfermeiro é responsável por transportar a terapêutica para a sua sala de tratamento e unidade de trabalho referente às pessoas da lista de trabalho que lhe está atribuída. Antes de iniciar o tratamento, o enfermeiro, é responsável pela verificação da terapêutica, implementando o procedimento de dupla verificação, no contexto da segurança na administração do medicamento (DGS, 2015), e cumprindo os cinco "certos" preconizados pela Direção-Geral da Saúde (2023): identificação da pessoa, nome do medicamento, dose do medicamento, via de administração e hora de administração. A literatura refere a importância de um consenso e o alargamento dos "certos" para nove, acrescentando: alergias conhecidas; conhecimento; educação e registo. A inclusão das alergias conhecidas emerge da necessidade de despiste precoce das mesmas, servindo como um reforço das medidas de promoção da segurança da pessoa (Teixeira et al, 2024).

A realização de terapêuticas de suporte, como transfusões de componentes sanguíneos ou reposição de iões, ocorre no HD de forma pontual e excepcional, uma vez que existem serviços

institucionais específicos para esse efeito. Essas intervenções são realizadas apenas após o encerramento desses serviços ou em situações de agravamento do estado geral da pessoa, sendo sempre precedidas da validação médica dos resultados analíticos que comprovem a necessidade de reposição.

Considerando a necessidade de um acesso venoso para a realização dos tratamentos no serviço de HD, nas pessoas que possuem acessos centrais, no final do tratamento é realizada a otimização do CVC, prática implementada em todas as pessoas portadoras deste dispositivo, de acordo com a norma institucional em vigor. Após a conclusão do esquema terapêutico previsto e a alta do HD, as manutenções do CVC são programadas na central de colheitas da instituição, garantindo a continuidade dos cuidados.

A OE (2012) no Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, refere que o enfermeiro deve manter uma postura crítica e reflexiva sobre sua atuação, identificando constantemente as áreas onde necessita aprimorar os conhecimentos. Dessa forma, a procura de formação contínua permite garantir a melhor qualidade possível nos cuidados de saúde, permitindo ao enfermeiro evoluir constantemente no exercício da profissão. No serviço de HD, todas as sextas-feiras, no início da manhã, são realizadas formações/reflexões sobre temas relacionados com a prática, com duração aproximada de 30 minutos, apresentadas por grupos de dois elementos da equipa. Estas formações/reflexões têm como principal objetivo atualizar os conhecimentos da equipa, esclarecer dúvidas e, sustentar a prática profissional na melhor evidência disponível. Os grupos de trabalho são autopropostos, com base numa programação e planificação anual, na qual constam os grupos, as datas e os temas propostos para a formação em serviço, com o conhecimento e aprovação da equipa de gestão e da direção de enfermagem da instituição.

De destacar que no HD se encontra a decorrer o processo de acreditação para a idoneidade formativa, a qual reconhece, a nível nacional, os contextos que proporcionam um ambiente favorável ao desenvolvimento de processos formativos em enfermagem, organizados e supervisionados pela Ordem dos Enfermeiros, garantindo a qualidade e a adequação das condições de aprendizagem (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A implementação de projetos de reestruturação e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem configura um processo dinâmico e em constante evolução no HD. Estes projetos constituem um dos pontos integrantes para a acreditação da idoneidade formativa. Neste momento, estão a ser constituídos grupos de trabalho para o desenvolvimento de guias orientadores de boas práticas clínicas, que irão sugerir temas para a implementação dos respetivos projetos. Estas iniciativas utilizam metodologias eficazes na organização dos cuidados de enfermagem especializados, com foco na promoção da qualidade, reforçando a importância de uma política de formação contínua para os enfermeiros, garantindo o aperfeiçoamento constante das suas competências e a excelência na prestação de cuidados.

Sendo este o meu contexto profissional, devo referir que me encontro a elaborar uma proposta de projeto de melhoria continua, juntamente com o elemento responsável pelos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (PQCE), relacionada com a prevenção do extravasamento de drogas citotóxicas, constituindo esta uma mais-valia como futura enfermeira especialista.

O método de avaliação de desempenho dos profissionais no HD é realizado pelo Sistema Integrado de Avaliação do Desempenho na Administração Pública (SIADAP), seguindo as linhas orientadoras, já explanadas na caracterização do contexto de internamento de OH.

3. CASO CLINICO DE PESSOA COM LINFOMA DE HODGKIN EM CONTEXTO DE AMBULATÓRIO - HOSPITAL DE DIA ADULTOS

Pessoa do sexo feminino, 72 anos de idade, com diagnóstico de Linfoma de Hodgkin estadio IV. Vai iniciar tratamento de terceira linha com Pembrolizumab em contexto de Hospital de Dia.

3.1. Enquadramento teórico

Antes de se proceder ao enquadramento teórico, apresenta-se uma breve contextualização do caso clínico, com o objetivo de facilitar a sua compreensão.

Contextualização

O caso reporta-se a uma pessoa com Linfoma de Hodgkin clássico, estadio IV, International Prognostic Score (IPS) 2, diagnosticado em setembro de 2023, tendo iniciado quimioterapia em outubro de 2023. Após cinco ciclos de quimioterapia, apresentou progressão de doença, tendo iniciado segunda linha de quimioterapia em julho de 2024, que suspendeu após três ciclos por toxicidade hematológica. Devido a nova progressão da doença foi proposta em outubro de 2024 para tratamento de terceira linha com Pembrolizumab. Apresenta cateter venoso central totalmente implantado (CVC) tipo Implantofix®, inserido em 10/2023 para realização de quimioterapia.

Como antecedentes pessoais apresenta hipertensão arterial (HTA), que se encontra controlada. É autónoma nas atividades de vida diária.

Vive com o marido e dois filhos, que não prestam apoio familiar, sendo acompanhada por outra filha que reside numa habitação próxima. É trabalhadora agrícola, para consumo próprio. Pouco comunicativa e reservada.

O primeiro contacto com a cliente ocorreu durante o primeiro tratamento, especificamente no primeiro dia de infusão de Pembrolizumab. O segundo contacto ocorreu seis semanas depois, durante o segundo ciclo de tratamento.

Linfoma Hodgkin - Definição e Classificação

O linfoma de Hodgkin (LH) é uma neoplasia maligna originária das células B do centro germinativo, caracterizando-se, do ponto de vista histopatológico, pela presença de células

gigantes multinucleadas (células de Reed-Sternberg (HRS)), imersas num infiltrado inflamatório heterogéneo. Esta patologia representa cerca de 10% de todos os linfomas diagnosticados anualmente (Ferri, 2019).

Macroscopicamente, o LH é geralmente encontrado nos gânglios linfáticos, baço e fígado. Embora seja raro, pode ocorrer infiltração dos pulmões, ossos, medula, pele ou sistema nervoso central. Normalmente as adenopatias são relativamente moles e uniformemente ampliadas. Microscopicamente, a característica diagnóstica da doença é a presença de células binucleadas, as denominadas células de Reed-Sternberg. Além disso, uma grande diversidade de outras células, incluindo linfócitos, neutrófilos, células plasmáticas, eosinófilos, histiócitos e fibroblastos são encontrados no gânglio ou no órgão afetado (Hoskin & Neal, 2009).

Normalmente, existe um envolvimento gradual das áreas adjacentes dos gânglios, sendo os mais comuns os do pescoço. Nesta situação, a difusão ocorre para os gânglios supraclaviculares, axilares e do mediastino, antes de envolver nódulos para-aórticos e infradiafragmáticos (Hoskin & Neal, 2009).

A maioria dos casos diagnosticados de LH corresponde ao subtipo clássico (LHc), sendo que existe, contudo, um segundo subtipo, designadamente linfoma de Hodgkin com predomínio de linfócitos nodulares (LHNPL) (Loscalzo et al., 2022).

O LHNPL é atualmente reconhecido como uma condição distinta do LHc. Previamente, os sistemas de classificação sugeriam que alguns casos de LH apresentavam predominância de pequenos linfócitos e poucas células semelhantes às Reed-Sternberg, associadas a um padrão de crescimento mais nodular. Esses casos foram identificados como LHNPL, uma forma rara de linfoma de Hodgkin que é descrita como uma entidade clínica separada, representando menos de 5% dos casos (Loscalzo et al., 2022).

Este linfoma tende a ter um curso crónico e recorrente, e em alguns casos pode transformar-se num linfoma difuso de grandes células B. A história natural do LHNPL é mais semelhante à dos linfomas não-Hodgkin indolentes de células B, que são menos agressivos do que o LHc (Loscalzo et al., 2022). A maioria das pessoas é diagnosticada com a doença em estadios I ou II (75%), com apenas uma minoria diagnosticada em estadios mais avançados. Os sintomas "B" (febre, suores noturnos e perda de peso) são pouco comuns nesse tipo de linfoma (Hoskin & Neal, 2009; Loscalzo et al., 2022). No que diz respeito ao LHc este subdivide-se em quatro subtipos (Ferri, 2019; Hoskin & Neal, 2009; Loscalzo et al., 2022), diferenciados com base nas suas características histopatológicas, nomeadamente o número de linfócitos, a quantidade de células Reed-Sternberg e a presença de tecido fibroso. Estes subtipos são:

- Subtipo esclerose nodular (60% a 80%) - gânglio dividido por faixas fibrosas. As células podem ser ricas em linfócitos (tipo 1), com bom prognóstico, ou ser do tipo misto (tipo 2) com prognóstico moderado;
- Subtipo celularidade mista (15% a 30%) - população mista de células, apresentando bom

prognóstico;

- Subtipo rico em linfócitos (2% a 7%) - infiltrado de muitos linfócitos pequenos, apresentando bom prognóstico;
- Subtipo com depleção de linfócitos (1% a 6%) - gânglio fibroso com células de Reed-Sternberg, mas poucas outras células observadas, apresentando mau prognóstico.

Epidemiologia

Todos os anos, são identificados aproximadamente 17.000 novos casos de linfoma em Portugal, sendo que 83% correspondem ao linfoma não-Hodgkin (LNH) e 17% ao linfoma de Hodgkin (LH). Em 2022 os dados apontam para uma incidência de cerca 2.9 novos casos por 100.000 habitantes, estimando -se que surjam cerca de 290 novos casos por ano. Estes números indicam que os linfomas representam menos de 1% do total de novos diagnósticos de cancro (Global Cancer Observatory, 2024).

O LH é uma doença rara, com uma incidência mundial anual que varia consoante a região geográfica, podendo ser de 0,3 casos por 100 000 habitantes por ano, em algumas regiões da Ásia, e de 2.7 casos por 100 000 habitantes por ano no sul da Europa. A incidência na União Europeia tem-se mantido relativamente estável, sendo de 2,5 novos casos por 100 000 habitantes por ano (Global Cancer Observatory, 2024).

Em 2022 houve 82 469 novos casos de LH e as projeções apontam para que em 2040 este número evolua para aproximadamente 106 000, representando um aumento de cerca de 30% (Global Cancer Observatory, 2024).

O LH apresenta uma distribuição etária bimodal, com dois picos de ocorrência bem definidos, um entre adolescentes e jovens adultos (15 - 35 anos) e outro após os 50 anos. A doença é mais prevalente no sexo masculino, em pessoas de etnia caucasiana e em grupos socioeconómicos mais favorecidos (Ferri, 2019).

Nos países desenvolvidos, especialmente na Europa e na América do Norte, a incidência do LH é geralmente mais elevada do que nos países em desenvolvimento, como os da Ásia e de África, sendo esta diferença mais evidente na idade adulta. Já nos países em desenvolvimento, o LH tende a surgir com mais frequência durante a infância e adolescência (até aos 15 anos), afetando sobretudo indivíduos do sexo masculino. Nestes países mais desenvolvidos, cerca de 95% dos casos de LH correspondem ao subtipo clássico (LHc), enquanto apenas 5% são do tipo nodular de predomínio linfocitário (LHPLN) (Silva, 2020).

Relativamente aos subtipos mais frequentes, e nas pessoas mais jovens é mais prevalente o subtipo esclerose nodular. Os idosos infetados pelo vírus da imunodeficiência adquirida (VIH) e os que vivem em países em desenvolvimento tendem a ter mais frequentemente os subtipos celularidade mista ou com depleção de linfócitos. Juntos, a esclerose nodular e a celularidade

mista representam quase 95% da totalidade dos casos (Loscalzo et al., 2022).

Fatores de Risco

A literatura descreve vários fatores de risco associados ao desenvolvimento de LH, como infecções prévias pelo vírus do Epstein-Barr (VEB), doenças autoimunes, outras viroses [como a causada pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH)], e ainda alguns fatores genéticos. O risco também se encontra aumentado em indivíduos com hábitos tabágicos (Ferri, 2019; Loscalzo et al., 2022).

O VEB, pertencente à família dos herpes vírus, está associado ao desenvolvimento do LH. Este vírus afeta mais de 95% da população mundial, com a infecção primária ocorrendo geralmente na infância e sendo assintomática. A infecção tardia pode causar mononucleose infecciosa. Após a infecção inicial, o VEB permanece latente nas células B de memória, sendo controlado pelos linfócitos T citotóxicos. Embora muitas vezes seja assintomática, a infecção pelo VEB está relacionada a diversas neoplasias, incluindo o LH (Caporaso et al., 2009; Mani & Jaffe, 2009). O VIH também aumenta consideravelmente o risco de desenvolvimento do LH, principalmente quando associado com uma infecção pelo VEB (Mani & Jaffe, 2009).

As doenças autoimunes, envolvem uma resposta linfocitária contra os próprios tecidos do organismo, gerando a produção de autoanticorpos e causando danos aos tecidos. Alguns estudos demonstram que pessoas com doenças autoimunes ou com histórico familiar dessas condições, como sejam a artrite reumatoide, o lúpus eritematoso e a colite ulcerosa, apresentam risco elevado de desenvolver LH. Este aumento de risco é também fundamentado pela hiperestimulação das células B, frequentemente associada ao uso de terapias imunossupressoras usadas no tratamento dessas doenças (Caporaso et al., 2009).

Sinais e Sintomas

O sintoma mais frequente associado ao LHc é a linfadenopatia palpável indolor (Ferri, 2019; Loscalzo et al., 2022), sendo que na maioria dos casos os gânglios linfáticos afetados encontram-se localizados no pescoço, na região supraclavicular e nas axilas. Mais de metade das pessoas apresenta adenopatia mediastínica no momento do diagnóstico, constituindo por vezes, a manifestação inicial da doença. A apresentação subdiafragmática do LHc é rara, ocorrendo com maior frequência em homens mais velhos (Loscalzo et al., 2022).

Aproximadamente um terço das pessoas com LHc apresenta febre, suores noturnos (Ferri, 2019; Loscalzo et al., 2022) e/ou perda de peso, sendo estes designados por sintomas "B". Ocasionalmente, pode manifestar-se como febre de origem desconhecida, sendo mais comum em pessoas idosas com LHc de celularidade mista, na região abdominal. Raramente as febres

persistem durante dias ou semanas, seguidas de períodos de apirexia, e, posteriormente, pela recorrência da febre. Este padrão é conhecido como febre de Pel-Ebstein (Loscalzo et al., 2022).

Por vezes, o LHC pode apresentar manifestações invulgares, como: tosse persistente e não produtiva (Ferri, 2019), prurido intenso e inexplicável, distúrbios cutâneos como eritema nodoso e atrofia ictiosiforme (semelhante à pele de peixe), degeneração cerebelosa paraneoplásica, outros efeitos distantes no sistema nervoso central como sejam a síndrome nefrótica, a anemia hemolítica autoimune, a trombocitopenia, a hipercalcemia, a hepatoesplenomegalia e dor nos gânglios linfáticos após ingestão de álcool (Loscalzo et al., 2022). Esta dor deve-se à intensa infiltração de eosinófilos nos locais do tumor (Ferri, 2019).

Diagnóstico e Prognóstico

A avaliação das pessoas com LHC inicia-se geralmente com uma análise detalhada da história clínica e um exame físico. É questionada a presença ou ausência dos sintomas "B". O exame físico deve focar-se na inspeção dos locais periféricos dos gânglios linfáticos, bem como na avaliação da dimensão do fígado e do baço. A avaliação laboratorial deve incluir um hemograma completo, a taxa de sedimentação dos eritrócitos (ESR), exames de química clínica para avaliar a função dos principais órgãos, incluindo a albumina sérica e testes para o VIH e hepatite (Loscalzo et al., 2022).

A avaliação inicial de uma pessoa com LH ou linfoma não-Hodgkin (LNH) segue uma abordagem semelhante. Em ambos os casos, a determinação precisa do estadiamento anatómico é uma parte fundamental da avaliação, realizada através do sistema de estadiamento de Ann Arbor, apresentado na Tabela 2.

Tabela 2: Sistema de estadiamento de Ann Arbor, para Linfoma de Hodgkin.

STAGE	DEFINITION
I	Involvement of a single lymph node region or lymphoid structure (e.g., spleen, thymus, Waldeyer's ring)
II	Involvement of two or more lymph node regions on the same side of the diaphragm (the mediastinum is a single site; hilar lymph nodes should be considered "lateralized" and, when involved on both sides, constitute stage II disease)
III	Involvement of lymph node regions or lymphoid structures on both sides of the diaphragm
III ₁	Subdiaphragmatic involvement limited to spleen, splenic hilar nodes, celiac nodes, or portal nodes
III ₂	Subdiaphragmatic involvement includes paraaortic, iliac, or mesenteric nodes plus structures in III ₁
IV	Involvement of extranodal site(s) beyond that designated as "E" More than one extranodal deposit at any location Any involvement of liver or bone marrow
A	No symptoms
B	Unexplained weight loss of >10% of the body weight during the 6 months before staging investigation Unexplained, persistent, or recurrent fever with temperatures >38°C during the previous month Recurrent drenching night sweats during the previous month
E	Localized, solitary involvement of extralymphatic tissue, excluding liver and bone marrow

Fonte: Loscalzo et al., 2022, p.853

O LH é classificado com base no estadiamento inicial (estadio I ou II) ou avançado (estadio III ou IV). Seguindo a classificação de Ann Arbor o LH é classificado como:

- Estadio 1 - gânglios linfáticos envolvidos limitados apenas a uma área de gânglio;
- Estadio 2 - gânglios linfáticos envolvidos envolvendo duas ou mais áreas adjacentes, mas permanecendo apenas num lado do diafragma;
- Estadio 3 - gânglios linfáticos envolvidos em ambos os lados do diafragma;
- Estadio 4 - envolvimento dos órgãos extranodais denotado pelos seguintes sufixos: M - medula óssea; D - pele; H - fígado; S - baço.

Cada estadio é subclassificado como A ou B, de acordo com a ausência ou presença, respetivamente, de sintomas “B” (Hoskin & Neal, 2009).

O diagnóstico do LH é confirmado através da análise de uma amostra adequada de biópsia por um hematopatologista especializado. Trata-se de um tumor caracterizado por células neoplásicas raras de origem em células B, inseridas numa massa tumoral composta predominantemente por um infiltrado inflamatório policlonal, provavelmente numa reação às citocinas produzidas pelas células tumorais. O diagnóstico diferencial para uma biópsia ganglionar suspeita de LH inclui processos inflamatórios, mononucleose, linfoma não-Hodgkin (LNH), adenopatia induzida por fenitoína e outras malignidades não linfomatosas (Loscalzo et al., 2022).

A tomografia por emissão de positrões (PET) ou tomografia computadorizada (TC) são utilizadas para o estadiamento, e são mais precisas do que uma biópsia da medula na avaliação do envolvimento da medula óssea (Loscalzo et al., 2022).

Do ponto de vista anatómico o estadiamento do LHC baseia-se, na tendência da doença para se disseminar de um grupo de gânglios linfáticos para o grupo adjacente, frequentemente de forma contígua ao primeiro. O estadiamento é crucial para a seleção da intensidade terapêutica adequada, embora o prognóstico do tratamento ideal seja excelente em todas as fases da doença (Hoskin & Neal, 2009).

Pessoas com doença em estadio inicial têm melhor prognóstico, mas são ainda estratificados como favoráveis ou desfavoráveis, com base em diversos fatores. Estes fatores podem variar de estudo para estudo, mas incluem a volumetria da doença, o número de áreas de gânglios linfáticos afetados, a taxa de sedimentação dos eritrócitos (VHS) elevada (>30 se os sintomas “B” estiverem presentes; >50 se os sintomas “B” estiverem ausentes) e a idade (Loscalzo et al., 2022).

O prognóstico na doença em fase avançada é mais melhor avaliado pelo Índice Prognóstico Internacional (IPS), que atribui um ponto para cada um dos seguintes fatores: sexo masculino, idade superior a 45 anos, doença em estadio IV, albumina sérica <4g/dl, hemoglobina <10,5g/dl, contagem de glóbulos brancos $\geq 15.000/\mu\text{L}$, e contagem de linfócitos <600/ μL ou

<8% da contagem total de glóbulos brancos (Loscalzo et al., 2022).

A taxa de sobrevivência livre de progressão aos cinco anos varia de 88% em pessoas sem fatores de risco para 62% em pessoas com quatro ou mais fatores, embora poucas apresentem múltiplos fatores de risco (Loscalzo et al., 2022).

Tratamento

O principal tratamento para o LH é a quimioterapia isolada ou a combinação de quimioterapia e radioterapia. Está sobejamente documentado que as pessoas com doença em fase avançada não beneficiam da adição de radioterapia à quimioterapia, sendo por isso tratadas apenas com quimioterapia. No entanto, para a doença em estadio inicial, o tratamento combinado tem sido associado a uma ligeira diminuição do risco de recidiva, mas com um aumento do risco de toxicidade tardia, incluindo o desenvolvimento de malignidades, doenças da tiroide, doenças cardiovasculares prematuras e acidente vascular cerebral, o que resulta numa melhoria mínima ou mesmo inexistente na sobrevivência a longo prazo. Grande parte deste risco pode ser atribuída à radioterapia (Hoskin & Neal, 2009).

Assim, a investigação sobre o tratamento do LH em fase inicial centra-se atualmente em maximizar os resultados do tratamento sem recorrer à radioterapia. No entanto esta continua a ser uma área controversa no tratamento do LH (Loscalzo et al., 2022).

De acordo com o estadio da doença, o tratamento do LH pode ter diferentes abordagens. No que diz respeito à doença em estadio inicial o regime de quimioterapia mais frequente é o ABVD (doxorubicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina). Este regime é administrado em semanas alternadas, sendo que cada ciclo é composto por dois tratamentos. Pessoas com doença de baixo risco ou risco favorável, a administração de quatro a seis ciclos de ABVD isoladamente, sem radioterapia, tem sido associada a taxas de sobrevivência global e sobrevivência livre de progressão de 88 a 92% e de 97 a 100%, respetivamente, aos cinco a sete anos (Hoskin, 2020).

Em pessoas com doença de risco desfavorável, a omissão da radioterapia após a quimioterapia está associada a um aumento significativo do risco de recidiva, quando comparado com aqueles com doença de risco favorável, sem, contudo, se verificar uma alteração na sobrevivência global. Para estas pessoas, as opções de tratamento incluem ABVD durante quatro ciclos, seguido de radioterapia de campo envolvido, ou ABVD isolado durante seis ciclos. As decisões terapêuticas dependem frequentemente da extensão do campo de radiação e dos fatores de risco desfavoráveis. Pessoas com doença volumosa podem ser candidatas a quimioterapia isolada, caso a radioterapia seja contraindicada por outros motivos (Hoskin, 2020; Loscalzo et al., 2022).

Foram desenvolvidos regimes alternativos de quimioterapia ao ABVD, como o BEACOPP

escalonado (bleomicina, etoposídeo, doxorubicina, ciclofosfamida, vincristina, procarbazina e prednisolona). Contudo, este regime não demonstrou melhores resultados em pessoas com doença em estadio inicial (Loscalzo et al., 2022).

Na doença em estadio avançado, as pessoas não beneficiam da adição de radioterapia após uma resposta completa à quimioterapia isolada, devendo, por isso, ser tratadas apenas com quimioterapia. O regime mais utilizado é o ABVD durante seis ciclos (Loscalzo et al., 2022). O BEACOPP escalonado foi igualmente avaliado em pessoas com doença em estado avançado, não tendo demonstrado uma melhoria na sobrevivência global, mas estando associado a um aumento da toxicidade (Hoskin, 2020; Loscalzo et al., 2022).

Relativamente à doença recidivante, as pessoas que apresentam recidiva após o tratamento inicial para o LH podem, ainda assim, ser frequentemente curadas. No entanto, as que recaem após um regime de quimioterapia eficaz geralmente não são curáveis com quimioterapia subsequente administrada nas doses padrão. Nestes casos, é administrada uma quimioterapia de resgate alternativa, também em doses padrão, com o objetivo de documentar a sensibilidade à quimioterapia e alcançar a máxima redução da massa tumoral. Para as pessoas que apresentam uma resposta completa ou quase completa, o transplante autólogo de células-tronco pode ser uma opção curativa. Os regimes de quimioterapia de resgate padrão incluem ICE (ifosfamida, carboplatina e etoposídeo) e GVD (gencitabina, vinorelbina e doxorubicina). Novas combinações, com o brentuximab associado à quimioterapia ou inibidores do ponto de controlo imunológico, como o nivolumab, também apresentam resultados promissores (Hoskin, 2020; Loscalzo et al., 2022).

Os anticorpos monoclonais inibidores do ponto de controlo imunológico anti-PD-1, como o nivolumab e o pembrolizumab, demonstram eficácia no tratamento da recidiva do LH, com muitas respostas duradouras. Existe uma compreensão crescente, de que o uso desses inibidores de *checkpoint* pode restaurar a sensibilidade das células de Reed-Sternberg à quimioterapia através de mecanismos ainda desconhecidos, o que torna o transplante autólogo de células-tronco uma possível opção curativa para pessoas anteriormente considerados com doença resistente à quimioterapia (Loscalzo et al., 2022).

Os medicamentos que têm como alvo o PD-1/PD-L1 foram desenvolvidos com o objetivo de aumentar o reconhecimento imunitário da pessoa com a doença. Isso foi particularmente promissor no LH, devido à sobre expressão de PD-L1 na superfície da célula Reed-Sternberg. No contexto da doença recidivante, estes medicamentos, que incluem o pembrolizumab e o nivolumab, apresentam taxas de resposta elevadas e estão associadas a respostas duradouras (Loscalzo et al., 2022).

O pembrolizumab é um anticorpo monoclonal humanizado que atua contra o recetor da proteína de morte programada 1 (PD-1) (que é um anticorpo do tipo IgG4/kappa, com uma modificação na sequência da região Fc para estabilização), produzido nas células do ovário de hamster

chinês através de tecnologia de ADN recombinante (EMA, 2024).

Este fármaco bloqueia a interação do PD-1 com os ligandos PD-L1 e PD-L2. O recetor PD-1 é um regulador negativo da atividade dos linfócitos T, que se demonstrou estar envolvido no controlo da resposta imunitária dos linfócitos T. O pembrolizumab potencia a resposta dos linfócitos T, incluindo a resposta antitumoral, ao bloquear a ligação do PD-1 ao PD-L1 e PD-L2, que são expressos em células apresentadoras de antigénio e podem ser também expressos por tumores ou outras células no microambiente tumoral (EMA, 2024).

A dose recomendada em adultos é de 200 mg a cada três semanas ou 400 mg a cada seis semanas, administrada por perfusão intravenosa durante um período de 30 minutos (EMA, 2024).

A maioria das reações adversas imunomediadas que ocorrem durante o tratamento com pembrolizumab são reversíveis e resolvem-se com a interrupção da perfusão do fármaco, a administração de corticosteroides e/ou cuidados de suporte, podendo também ocorrer reações adversas imunomediadas após a última dose de pembrolizumab. As reações adversas imunomediadas podem afetar mais do que um sistema do organismo (EMA, 2024).

De entre as principais reações adversas destacam-se (EMA, 2024):

- Pneumonite imunomediada, manifestando-se com sintomas como febre, coriza, tosse, astenia intensa;
- Colite imunomediada, com sintomas de diarreia, dor abdominal, náuseas e vômitos;
- Hepatite imunomediada, com pele e escleróticas amareladas, urina esverdeada, e valores hepáticos alterados;
- Endocrinopatias imunomediadas: estão descritas endocrinopatias graves, incluindo insuficiência suprarrenal, hipofisite, diabetes mellitus tipo 1, cetoacidose diabética, hipotireoidismo e hipertireoidismo. No caso de endocrinopatias imunomediadas, pode ser necessária terapêutica hormonal de substituição prolongada;
- Reações adversas cutâneas imunomediadas, com manifestações como prurido, erupções cutâneas, eritema, dermatite, pele seca, vitiligo, eczema, alopecia e dermatite acneiforme.

Estão igualmente descritos outros efeitos secundários frequentes que importa referir. Entre estes incluem-se a anemia, trombocitopenia, neutropenia do foro hematológico, linfopenia, hipertensão arterial, cefaleias, tonturas, neuropatia periférica, letargia, disgeusia, apetite diminuído, dispneia, fadiga, astenia, mialgias, artralgias e, não menos importante, a reação associada à perfusão (EMA, 2024).

Ainda no contexto do tratamento da recidiva do LH, é importante salientar que a terapia com células T do recetor de antigénio quimérico (CAR T), direcionada ao CD30, tem demonstrado resultados iniciais promissores em pessoas com recidiva múltipla de LH (Loscalzo et al., 2022).

Processo de transição e o autocuidado da pessoa com doença oncológica em regime de tratamento com imunoterapia

A pessoa com doença crónica, como é o caso da pessoa com doença oncológica, atravessa um período de mudança e adaptação, decorrente da alteração da sua condição de saúde (Pereira, 2012). Devido ao seu aparecimento inesperado e à imprevisibilidade do seu prognóstico, a doença oncológica impacta significativamente o projeto de vida e de saúde da pessoa, traduzindo-se num evento crítico (Sousa et al., 2020).

A adaptação à doença oncológica não é um evento pontual, mas sim um processo contínuo que se desenrola ao longo de diferentes momentos (Ferreira, 2015). A transição enfrentada por estas pessoas exige que adquiram novos conhecimentos e hábitos, reavaliem os seus significados pessoais e redefinam o seu papel dentro da sociedade (Tavares, 2020).

A diversidade das abordagens terapêuticas para o cancro e a presença de sintomas físicos e psicológicos afetam significativamente o bem-estar e a qualidade de vida, criando necessidades específicas de cuidados de saúde (Magalhães, 2022). É um facto que o surgimento da doença oncológica acarreta consigo um declínio das capacidades físicas, resultante tanto da fisiopatologia da própria doença como das terapêuticas utilizadas, o que pode condicionar o processo de adaptação à doença.

Apesar da diversidade de moléculas e abordagens terapêuticas disponíveis, nenhuma se equipara à imunoterapia. Este tratamento distingue-se por utilizar o próprio sistema imunitário como arma, proporcionando não apenas especificidade, mas também memória imunológica (Sharma & Allison, 2015a). No entanto, é essencial destacar que, mesmo com os avanços tecnológicos, essas terapêuticas podem causar efeitos secundários debilitantes, impondo desafios significativos às pessoas que precisam de gerir as complicações decorrentes do tratamento.

A Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, 2010), juntamente com a Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001), serviram como base conceptual e guia na análise e compreensão do caso apresentado, sendo, portanto, relevante explorar as teorias sob o ponto de vista teórico e conceptual.

A Teoria das Transições, desenvolvida por Meleis, é uma teoria de médio alcance em enfermagem que aborda as experiências de transição vividas pelos indivíduos em diferentes contextos da vida, saúde e cuidado (Meleis et al., 2000). Esta teoria engloba vários conceitos nomeadamente, natureza das transições (tipos, padrões e propriedades), condicionalismos facilitadores e inibidores da transição (pessoais, comunidade e sociedade), padrões de resposta (indicadores de processos e indicadores de resultados) e intervenções terapêuticas de enfermagem. No que se refere ao tipo de transição, este pode ser do tipo desenvolvimental (como o caso da adolescência), de saúde/doença (como o surgimento de uma doença crónica),

situacional (como a imigração) ou organizacional (como mudanças nos sistemas de saúde) (Meleis, 2010).

Esta teoria oferece uma estrutura compreensiva para entender os processos de adaptação que as pessoas vivenciam durante mudanças significativas na sua saúde. No contexto da imunoterapia, esta teoria mostra-se particularmente relevante, pois aborda as transições saúde-doença que as pessoas enfrentam ao iniciar um tratamento complexo. Meleis destaca três componentes estruturais essenciais: o conhecimento sobre o tratamento, as habilidades necessárias para sua administração e os significados atribuídos à experiência. Estes elementos são influenciados, pelos condicionalismos pessoais, como sejam as características individuais e estado emocional e contextuais (suporte social e acesso a recursos) (Meleis, 2010).

Segundo Meleis, as transições são períodos de vulnerabilidade e oportunidade de crescimento, exigindo apoio dos profissionais de enfermagem para garantir uma adaptação saudável (Meleis et al., 2000). A teoria destaca a importância da experiência subjetiva da pessoa, do contexto social e cultural, e da atuação dos enfermeiros nesse processo (Chick & Meleis, 1986).

Na Teoria das Transições de Meleis (2010), os condicionalismos representam os fatores que influenciam a forma como a pessoa experiencia e responde aos processos de transição. Estes fatores podem atuar como facilitadores ou inibidores da adaptação e são determinantes para a qualidade da transição vivida. A autora agrupa estes condicionalismos em três grandes dimensões: fatores pessoais, sociais e culturais/socioeconómicos. Os fatores pessoais dizem respeito às características individuais que interferem na vivência da transição, como o conhecimento e as crenças da pessoa sobre a sua situação, o significado que atribui à experiência, o seu estado emocional e psicológico, o grau de preparação e consciência em relação à transição, bem como experiências prévias semelhantes. Os fatores sociais incluem a presença ou ausência de redes de apoio, como família, amigos, cuidadores e profissionais de saúde. A qualidade dessas interações e o acesso a recursos adequados desempenham um papel fundamental no suporte à pessoa durante o processo de transição. Por fim, os fatores culturais e socioeconómicos dizem respeito ao contexto mais alargado em que a pessoa está inserida, como a sua condição económica, o nível de literacia em saúde, os valores e normas culturais, as crenças religiosas, bem como as possíveis desigualdades estruturais que possam condicionar o acesso a cuidados e a tomada de decisão (Meleis, 2010). A compreensão destes condicionalismos permite ao enfermeiro desenvolver intervenções mais sensíveis, individualizadas e eficazes, promovendo uma transição mais saudável e uma melhor adaptação à nova realidade da pessoa.

Santos & Lima (2022), referem que a experiência de transição é moldada pelos significados que a pessoa atribui à doença e aos tratamentos, pelo seu grau de conhecimento e habilidades, pelo ambiente que a rodeia, pelo seu bem-estar físico e emocional, assim como pelas suas crenças. Nesse contexto, os significados representam um processo interpretativo da realidade. As

crenças, por sua vez, são moldadas pela influência da educação, da cultura, da convivência com os pares e das experiências pessoais.

A identificação e compreensão dos condicionalismos presentes no processo de transição são fundamentais para uma intervenção de enfermagem eficaz e centrada na pessoa. O enfermeiro, enquanto profissional que acompanha de forma próxima e contínua as mudanças vividas pela pessoa, tem um papel essencial na avaliação desses fatores e na implementação de estratégias que promovam uma transição saudável. A sua intervenção deve considerar não apenas os aspetos clínicos, mas também as dimensões emocionais, sociais e culturais que influenciam a adaptação da pessoa à nova realidade.

Complementarmente, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (2001) fornece um modelo teórico para entender como as pessoas podem ser capacitadas a gerir a sua doença e o seu próprio tratamento. Orem propõe que o autocuidado é uma atividade aprendida e orientada para objetivos, essenciais para a manutenção da vida, saúde e bem-estar. A sua teoria organiza-se em três componentes inter-relacionadas: a Teoria do Autocuidado, a Teoria do Déficit de Autocuidado e a Teoria dos Sistemas (Orem, 2001). A primeira define o autocuidado como um conjunto de ações deliberadas que as pessoas realizam para manter a sua vida, saúde e bem-estar (Taylor & Renpenning, 2011). Estas ações englobam desde necessidades universais como a alimentação e higiene, a necessidades nos desvios da saúde, como é o caso da gestão de um regime terapêutico complexo. A Teoria do Déficit de Autocuidado, identifica as situações em que as capacidades do indivíduo são insuficientes para satisfazer as suas necessidades de autocuidado, justificando assim a intervenção de enfermagem (Alligood, 2018). Este déficit pode manifestar-se quando, por exemplo, uma pessoa em imunoterapia necessita de orientação específica para gerir os efeitos secundários do tratamento. A Teoria dos Sistemas de Enfermagem estabelece um *framework* para a atuação profissional, definindo três modalidades de intervenção, que variam conforme o grau de dependência da pessoa (Orem 2001). As três modalidades de intervenção incluem o sistema totalmente compensatório (o enfermeiro assume todo o cuidado, como em pessoas com alteração do estado da consciência), o parcialmente compensatório (a pessoa e enfermeiro dividem as ações, como no pós-operatório) e o de apoio educativo (a pessoa é independente, capaz de realizar o autocuidado, mas precisa da orientação ou supervisão do enfermeiro para aprender ou melhorar suas habilidades). Segundo Orem (2001), a escolha da modalidade depende do grau de dependência da pessoa para o autocuidado. Esta abordagem sistemática tem-se mostrado especialmente útil no planeamento de cuidados a pessoas submetidas a terapias complexas, onde a progressão para uma maior autonomia é o objetivo central. Especificamente no acompanhamento de pessoas em tratamento com imunoterapia, a teoria de Orem tem demonstrado o seu valor como guia para intervenções de enfermagem efetivas. Como apontam Taylor & Renpenning (2011), a aplicação destes princípios teóricos tem contribuído significativamente para melhorar os resultados em saúde, promovendo maior adesão aos tratamentos e melhor qualidade de vida para estas

peessoas.

Na prática clínica, a integração destas duas teorias permite uma abordagem abrangente para capacitar as pessoas em tratamento com imunoterapia. A Teoria das Transições auxilia os enfermeiros a compreender o processo adaptativo das pessoas, identificando momentos críticos onde intervenções podem facilitar uma transição saudável. Por outro lado, a Teoria do Autocuidado fornece ferramentas concretas para desenvolver as competências necessárias à pessoa, desde a gestão do regime terapêutico, até ao reconhecimento e resposta a efeitos adversos. Esta integração teórica é particularmente valiosa porque reconhece tanto os aspetos psicossociais da adaptação ao tratamento enfatizados por Meleis (2010) quanto as necessidades práticas de gestão diária do regime terapêutico, abordadas por Orem (2001). Juntas, estas teorias fornecem uma base completa para desenvolver programas educativos que não apenas transmitam informação, mas também preparem, de forma prática e emocional, as pessoas para os desafios da imunoterapia.

A prática da enfermagem especializada na abordagem das pessoas que são submetidas aos tratamentos com citotóxicos, envolve a necessidade de promover o autocuidado da pessoa, com o objetivo de aprimorar a sua resposta aos desafios relacionados com os processos de vida, saúde e doença (Machado, 2017). Considerando especificamente que o controle dos efeitos decorrentes dos tratamentos é fundamental, importa enfatizar as intervenções e estratégias de enfermagem que promovam a autonomia da pessoa na gestão da sua doença e tratamento, estimulando o desenvolvimento de uma adaptação mais positiva durante o processo de transição saúde-doença (Meleis, 2010; Meleis, 2012).

O enfermeiro pode, contribuir significativamente para o processo de adaptação da pessoa com doença oncológica à sua condição de saúde, através da disponibilização de intervenções terapêuticas no âmbito da autogestão dos sinais e sintomas que decorrem do tratamento. O enfermeiro, por ser o profissional mais próximo da pessoa com doença, apresenta-se como um recurso e um facilitador na vivência da transição por parte da pessoa. As intervenções terapêuticas devem ir de encontro à consciencialização, envolvimento e ajuda para a mudança, assim como cooperar para a integração de conhecimentos e habilidades necessárias para uma autogestão mais eficaz dos sintomas adversos, confluindo para uma maior autonomia face ao autocuidado (Magalhães, 2022a). É, portanto, crucial que o enfermeiro colabore com a pessoa na identificação dos seus objetivos de saúde, na análise das suas experiências, das barreiras percebidas e facilitadores para a mudança, assim como na avaliação da sua autoeficácia, das capacidades de autorregulação e das expectativas (Cuthber et al., 2019).

A adoção de estratégias educativas pelos enfermeiros é ampla, configurando-se como uma intervenção autónoma de enfermagem com confirmação de eficácia na melhoria dos resultados de saúde de pessoas afetadas por condições crónicas (WHO, 2023). Neste contexto, no processo de promoção do autocuidado, o enfermeiro deve capacitar a pessoa com doença oncológica

para que esta possa tomar decisões informadas e autónomas relativamente à sua condição de saúde e à gestão dos efeitos adversos do tratamento. Essa capacidade deve ser sustentada nos conhecimentos adquiridos ao longo do processo terapêutico, considerando que, atualmente, é cada vez mais expectável que a pessoa assuma a gestão dos seus sintomas de forma autónoma (Magalhães, 2022a). Esta exigência torna-se ainda mais evidente pelo facto de grande parte dos tratamentos oncológicos serem atualmente realizados em regime de ambulatório, o que atribui à pessoa maior responsabilidade na monitorização dos seus sintomas e na adoção de comportamentos de autocuidado.

O conceito de autogestão em saúde, emerge como fundamental na prática clínica contemporânea, representando um processo ativo e contínuo pelo qual as pessoas assumem o protagonismo na gestão de sua condição de saúde (Lorig & Holman, 2003). Esta abordagem, amplamente estudada e validada na literatura, integra múltiplas dimensões do cuidado, desde aspetos biomédicos até psicossociais (Bodenheimer et al., 2002).

A autogestão, caracteriza-se como um processo dinâmico e multidimensional, que engloba quatro componentes essenciais (Lorig & Holman, 2003). Primeiramente, envolve a monitorização sistemática de sintomas e parâmetros clínicos, permitindo a identificação precoce de alterações significativas. Em segundo lugar, inclui a adesão consciente a tratamentos medicamentosos e não medicamentosos, adaptados às necessidades individuais. A terceira dimensão compreende a modificação de atividades quotidianas para harmonizar as exigências da vida com as limitações impostas pela condição de saúde. Por fim, e não menos importante, a autogestão contempla a tomada de decisão informada, onde a pessoa participa ativamente das escolhas terapêuticas (Lorig & Holman, 2003).

Para a implementação eficaz da autogestão, devem ser considerados diversos requisitos. O conhecimento aprofundado sobre a condição de saúde constitui a base fundamental, permitindo à pessoa compreender a sua situação e as mudanças necessárias. Paralelamente, o desenvolvimento de habilidades práticas para o autocuidado capacita a pessoa a executar procedimentos e monitorizar o seu estado de saúde. A autoeficácia e motivação para mudanças comportamentais representam o componente psicológico crítico, que sustenta a adoção e manutenção de novos hábitos. Por último, o acesso a sistemas de apoio formais (profissionais de saúde) e informais (familiares e cuidadores) cria uma rede de suporte essencial para uma autogestão sustentável (Orem, 2001).

Estudos robustos demonstram o impacto positivo das intervenções de autogestão em diversas doenças crónicas (Malta et al., 2023), destacando não apenas os benefícios na saúde, mas também os ganhos em termos de autonomia e empoderamento das pessoas.

A autogestão não deve ser interpretada como uma transferência de responsabilidade do profissional para a pessoa, mas sim como uma parceria colaborativa que reconhece e valoriza o papel ativo do indivíduo no seu processo de cuidado, conforme destacado por Coulter et al.

(2015), que enfatizam a necessidade de corresponsabilização e negociação conjunta de metas terapêuticas. A implementação bem-sucedida requer intervenções individualizadas que consideram as particularidades de cada pessoa, o seu contexto sociocultural e recursos disponíveis. Nesta perspetiva, o EE assume o papel de facilitador, fornecendo orientação, suporte e as ferramentas necessárias para capacitar as pessoas na sua jornada de autogestão.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 72 anos | Feminino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-05 11:00:00	Cloreto de Sódio 0.9% 250ML EV	
2024-12-05 11:00:00	Clemastina 2 mg EV (como pré-medicação do pembrolizumab)	
2024-12-05 11:00:00	Paracetamol 1000mg PO (como pré-medicação do pembrolizumab e em SOS para domicílio)	
2024-12-05 11:00:00	Pembrolizumab 400mg + 100ml NACL 0.9% EV (perfusão de 30 minutos de 6/ 6 semanas)	
2024-12-05 11:00:00	Cloridrato de Benzidamina 1.5mg/ml - Frasco 500ml - Solução para lavagem da boca- Fármaco para domicílio	
2024-12-05 11:00:00	Metoclopramida 10mg PO - Fármaco domicílio (SOS)	
2024-12-05 11:00:00	Loperamida 2mg PO (orodispersível) - Fármaco domicílio (SOS)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O esquema de imunoterapia prescrito contempla a administração de pembrolizumab,

clemastina e paracetamol, bem como a implementação de terapêutica de suporte para o domicílio. Tendo em conta a complexidade e a especificidade dos fármacos envolvidos, torna-se fundamental compreender as suas características farmacológicas. Assim, nesta secção serão abordados os principais aspetos relacionados com os medicamentos incluídos no esquema terapêutico e na medicação domiciliária, nomeadamente o princípio ativo, mecanismo de ação, efeitos secundários mais relevantes, bem como os cuidados e implicações para a prática de enfermagem.

Cloreto de Sódio 0.9% 250 ml - EV

A solução injetável de cloreto de sódio a 0,9% é indicada no tratamento da desidratação isotónica extracelular, na reposição de sódio e no tratamento da hipovolémia. É também utilizado como veículo ou solvente para a administração intravenosa de outros fármacos. A posologia e modo de administração deve respeitar a natureza e regime posológico do medicamento adicionado (Infarmed, 2024).

O cloreto de sódio deve ser utilizado com precaução em pessoas com hipertensão, insuficiência cardíaca, edema pulmonar ou periférico e insuficiência da função renal (Infarmed, 2024).

Os cuidados de enfermagem durante a infusão de cloreto de sódio 0,9% incluem a monitorização dos sinais vitais, eletrólitos e função renal, especialmente em grandes volumes, assegurando uma administração segura e adequada à condição clínica da pessoa.

Clemastina 2mg. - EV (como pré-medicação do pembrolizumab)

Pertence ao grupo farmacológico dos anti-histamínicos e é utilizada como adjuvante no choque anafilático e anafilatóide, no edema angioneurótico e na prevenção ou tratamento de reações alérgicas e pseudo-alérgicas. Apresenta um potente efeito anti-histamínico e antipruriginoso de rápido início e longa duração de ação (até 12 horas) (Infarmed, 2015).

A dose diária recomendada é de 2mg por injeção intravenosa lenta ou intramuscular de 12/12h. Para uso profilático deve-se administrar 2mg por injeção endovenosa lenta, imediatamente antes da possível ocorrência de reações anafiláticas ou histamínicas (Infarmed, 2015).

Os efeitos sedativos dos ansiolíticos, hipnóticos, inibidores da monoamina oxidase (MAO), antidepressivos tricíclicos, álcool e analgésicos opioides são potenciados pelos anti-histamínicos (Infarmed, 2015).

Devido ao efeito sedativo moderado da clemastina, a capacidade de conduzir e utilizar máquinas pode ser afetada durante o tratamento. Este efeito é agravado pelo efeito do álcool (Infarmed, 2015).

Os efeitos indesejáveis mais frequentes são: fadiga, sedação, tonturas, cefaleias, excitabilidade, gastralgia, náuseas, xerostomia, obstipação, taquicardia, *rash*, reações de hipersensibilidade, dispneia e choque (Infarmed, 2015).

As implicações para a prática de enfermagem no contexto da administração desta terapêutica envolvem uma abordagem cuidadosa. Inicialmente, é fundamental avaliar o estado geral da pessoa e identificar eventuais terapêuticas crónicas já instituídas. Antes do início da perfusão e durante a sua administração deve realizar-se a monitorização da pressão arterial e do pulso, bem como a observação de possíveis sintomas alérgicos, a frequência e grau de náuseas e alterações do estado mental e comportamental (Vallerand et al., 2016). Além disso, deve-se garantir que a clemastina seja diluída com solução salina isotónica ou com solução de glucose a 5%, na proporção de 1:5, conforme as recomendações oficiais (Infarmed, 2015).

Paracetamol 1000mg PO (como pré-medicação do pembrolizumab e em SOS para domicílio)

Pertence ao grupo farmacológico dos analgésicos e antipiréticos, utilizado no tratamento sintomático de diversas situações clínicas destacando-se a sintomatologia associada a hipertermias infecciosas, reações febris, cefaleias e enxaquecas, dores musculares e articulares (Infarmed, 2023).

Destina-se à administração em adultos com idade igual ou superior a 18 anos e pode ser repetido a intervalos de 4 - 8 horas, conforme a situação. A dose máxima diária é de 4 g /dia (Infarmed, 2023).

Os efeitos indesejáveis mais frequentes são: náuseas, vômitos, vertigens, sonolência, nervosismo, agitação, sensação de ardor na faringe, diarreia, dor abdominal, câibras, obstipação, cefaleias, sudorese e hipotermia (Infarmed, 2023).

Em doses terapêuticas o paracetamol é relativamente atóxico. No entanto, é possível que surjam reações cutâneas do tipo alérgico e até situações anafiláticas (Infarmed, 2023).

Deve ser administrado com precaução em pessoas com insuficiência hepática severa/doença hepática ativa, devido ao risco de hepatotoxicidade. Em pessoas com hábitos de alcoolismo, malnutrição crónica, hipovolémia severa ou insuficiência renal, pode ser necessário aumentar o intervalo entre doses ou diminuir a dose diária (Vallerand et.al., 2016).

A utilização de paracetamol em doses superiores a 2 g por dia pode representar riscos adicionais quando combinada com certos medicamentos. Além disso, em pessoas com hipocoagulação, o uso simultâneo de paracetamol pode elevar o risco de hemorragia, exigindo uma vigilância clínica mais rigorosa (Vallerand et.al., 2016).

As implicações para a prática de enfermagem no uso do paracetamol envolvem, avaliar o

estado geral de saúde e os hábitos alcoólicos da pessoa, uma vez que indivíduos malnutridos ou com consumo excessivo de álcool apresentam um risco aumentado de hepatotoxicidade. Além disso, é importante monitorizar a medicação em uso, incluindo medicamentos não sujeitos a receita médica, pois a polimedicação, especialmente com AINEs ou salicilatos, pode elevar o risco de toxicidade renal (Vallerand et al., 2016). Os enfermeiros devem também estar atentos às manifestações dos efeitos secundários do paracetamol (Vallerand et.al., 2016). A monitorização da temperatura corporal é essencial, devendo ser verificados sinais de febre, como mal-estar, taquicardia e hiperidrose (Vallerand et al., 2016).

Pembrolizumab 400mg IV + 100ml NAACL 0.9% EV (perfusão de 30 minutos de 6/ 6 semanas)

É um anticorpo monoclonal humanizado que atua contra o recetor da proteína de morte programada-1 (PD-1). Está indicado em monoterapia para o tratamento de várias condições oncológicas, como no melanoma avançado (irressecável ou metastático), do carcinoma do pulmão de células não pequenas (CPCNP) localmente avançado ou metastático em adultos cujos tumores expressam PD-L1. É ainda utilizado no tratamento de carcinoma urotelial localmente avançado ou metastático, bem como, no linfoma de Hodgkin clássico (LHc) refratário ou recidivante, em monoterapia, em pessoas adultas e pediátricas com três anos ou mais, e que tenham falhado um transplante autólogo de células estaminais (ASCT), ou que tenham recebido pelo menos duas linhas de tratamento anteriores, e quando o ASCT não é uma opção terapêutica (EMA, 2024).

A dose recomendada em adultos é de 200 mg a cada três semanas ou 400 mg a cada seis semanas, administrada por perfusão intravenosa durante um período de 30 minutos. Não pode ser administrado por injeção intravenosa ou bólus. Quando é administrado como parte de uma combinação com quimioterapia intravenosa, deve ser administrado em primeiro lugar (EMA, 2024).

As reações adversas, já foram explanadas anteriormente, pelo que não se justifica a sua repetição.

As implicações para a prática de enfermagem no uso de pembrolizumab exigem uma vigilância rigorosa durante e após a infusão, com o objetivo de identificar precocemente possíveis reações adversas e fornecer cuidados imediatos. O enfermeiro deve monitorizar os sinais vitais, estar atento às possíveis reações infusionais e garantir que a pessoa receba orientações adequadas sobre a gestão pós-infusão. Além disso, é importante garantir que a pessoa em tratamento com pembrolizumab realize exames laboratoriais regularmente para monitorizar a função hepática, renal, bem como os níveis de hemoglobina, leucócitos e plaquetas (MSD International GmbH T/A, 2024).

Durante a infusão, o enfermeiro deve monitorizar a pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura corporal e saturação de oxigénio, antes e durante o procedimento. Deve também estar atento a sinais de reações adversas imediatas, como febre, calafrios, náuseas, cefaleia, erupções cutâneas, dispneia e dor torácica, que podem ocorrer rapidamente e necessitar de intervenção imediata. Além disso, deve vigiada a ocorrência de tosse ou dificuldade respiratória, que podem indicar sinais de pneumonite (MSD International GmbH T/A, 2024)

O controle do ritmo de perfusão é outro aspeto importante, sendo necessário calculá-lo conforme o protocolo estabelecido, com uma duração habitual de cerca de 30 minutos ou de uma hora. Deve-se também avaliar se a pessoa está adequadamente hidratada antes e durante a infusão, já que a desidratação pode agravar alguns efeitos colaterais do medicamento (MSD International GmbH T/A, 2024).

Após a diluição, a solução reconstituída de pembrolizumab deve ser utilizada imediatamente. Caso não seja usada de imediato, pode ser armazenada a uma temperatura inferior a 25°C por um período de tempo cumulativo de até seis horas, ou sob refrigeração entre 2°C e 8°C. Porém, o tempo total desde a diluição até o fim da infusão não deve ultrapassar 96 horas. Se a solução for refrigerada, é necessário que o frasco ou bolsa atinjam a temperatura ambiente antes de ser utilizados (MSD International GmbH T/A, 2024).

Além disso, é importante observar o aspeto da solução, que pode apresentar partículas proteicas translúcidas a brancas após a diluição. A administração deve ser realizada por via intravenosa, utilizando uma linha de infusão estéril, não pirogénica, de baixa afinidade proteica com filtro de 0,2 a 5 µm. Por fim, não deve ser coadministrado outro fármaco na mesma linha de infusão (MSD International GmbH T/A, 2024).

Após a infusão de pembrolizumab, é fundamental fornecer orientações claras e detalhadas à pessoa e sobre a gestão pós-infusão. O enfermeiro deve instruir para a monitorização de sinais e sintomas que possam surgir nas horas e dias seguintes, como febre, calafrios, náuseas, diarreia, e orientar sobre a necessidade da procura de ajuda caso esses sintomas se agravem. Também é importante que a pessoa seja informada sobre os potenciais efeitos secundários a longo prazo, como sintomas respiratórios ou alterações da pele, que podem indicar reações tardias, como pneumonite ou erupções cutâneas. As pessoas devem também ser incentivadas a manter um acompanhamento regular para a monitorização do seu estado de saúde. Além disso, devem ser discutidas orientações sobre hidratação adequada, de cerca de dois litros de líquidos por dia, e a importância de evitar esforços físicos excessivos nas primeiras 48 horas após a infusão, para minimizar complicações e promover a recuperação adequada (MSD International GmbH T/A, 2024).

Cloridrato de Benzidamina 1.5mg/ml - Frasco 500ml - Solução para lavagem da boca (Fármaco para o domicílio)

Pertence ao grupo farmacológico dos anti-inflamatórios não esteroides de ação local. Indicado no tratamento sintomático de processos inflamatórios e irritativos da cavidade orofaríngea, incluindo patologias dolorosas como gengivite, estomatite e faringite (Infarmed, 2023).

Os efeitos secundários mais frequentes incluem manifestações gástricas como náusea, ardor epigástrico e sensação de queimadura retroesternal (Infarmed, 2023).

A dose recomendada é de 15 ml, utilizando o copo doseador, duas a três vezes por dia, em forma pura ou diluída. A forma pura deve ser utilizada em processos inflamatórios, enquanto a forma diluída deve ser utilizada para higiene oral diária. A solução diluída é composta por 15 ml de solução e 15 ml de água (Infarmed, 2023).

Implicações para a prática de enfermagem: destaca-se a importância de orientar a pessoa para a autovigilância da cavidade oral, promovendo a identificação precoce de alterações ou sintomas anormais, inflamação e aftas ou úlceras na mucosa oral, resultando em dor, dificuldade em falar e por vezes disfagia, além de uma sensação de boca seca (xerostomia) (Infarmed, 2023; Vallerand et. al, 2016).

Metoclopramida 10mg/PO (Fármaco para o domicílio (SOS))

Pertence ao grupo farmacológico dos antieméticos e está indicada na prevenção e tratamento sintomático de náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia (Infarmed, 2020).

Recomenda-se respeitar um intervalo mínimo de seis horas entre as administrações para garantir a segurança e evitar sobredosagem (Infarmed, 2020).

Os efeitos indesejáveis mais frequentes são: diarreia, astenia, sonolência, alterações extrapiramidais (acatisia, distonia, discinesia, síndrome das pernas inquietas, vômito), parkinsonismo, depressão e hipotensão. Em caso de surgirem os efeitos extrapiramidais a administração deve ser imediatamente descontinuada e administrado cloridrato de biperideno (Infarmed, 2020).

As implicações para a prática de enfermagem envolvem uma avaliação regular do padrão de náuseas e vômitos, da distensão abdominal e os sons intestinais (Vallerand et al., 2016). Além disso, é fundamental monitorizar periodicamente a presença de reações extrapiramidais, que podem surgir como efeitos secundários desta terapêutica (Vallerand et al., 2016). Uma vez que se trata de medicação a ser efetuada para o domicílio, é importante que o enfermeiro forneça à pessoa a informação relativa ao mesmo, nomeadamente em que circunstância deve ser utilizada e a sua posologia.

Loperamida 2mg/PO (orodispersível) - (Fármaco para o domicílio (SOS))

Pertence ao grupo farmacológico dos antidiarreicos e está indicado no tratamento sintomático das diarreias agudas e crónicas (Infarmed, 2023).

Os comprimidos orodispersíveis devem ser colocados sobre a língua, onde se dissolvem rapidamente, permitindo que o conteúdo seja deglutido com a saliva. A ingestão de líquidos não é necessária para a administração deste medicamento (Infarmed, 2020).

A dose inicial recomendada na diarreia aguda em adultos é de dois comprimidos (4 mg), seguida de um comprimido (2 mg) após cada dejeção diarreica. A dose máxima é de oito comprimidos por dia (16 mg) (Infarmed, 2020).

As reações adversas descritas como mais frequentes são sonolência, tonturas, obstipação, xerostomia, vômitos e dor, distensão ou desconforto abdominal (Infarmed, 2020; Vallerand et al., 2016).

No que diz respeito às implicações para a prática de enfermagem e uma vez que a medicação será administrada no domicílio, o enfermeiro deve alertar a pessoa sobre a importância de monitorizar a frequência das dejeções e a consistência das fezes, para identificar possíveis alterações relacionadas ao tratamento (Vallerand et al., 2016). Além disso, é essencial monitorizar a ingestão de líquidos e a elasticidade da pele, a fim de identificar sinais precoces de desidratação e garantir uma adequada manutenção do estado de saúde (Vallerand et al., 2016).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica**Sondas, Drenos e Cateteres**

05-12-2024 11:00

05-12-2024 11:00 - Cateter central

05-12-2024 11:00 - Localização do cateter central

05-12-2024 11:00 - Veia subclávia Direita(o)

05-12-2024 11:00 - Características do dispositivo: CVC totalmente implantado (IMPLANTOFIX).

05-12-2024 11:00 - Ausência de dor.

05-12-2024 11:00 - Ausência de calor.

05-12-2024 11:00 - Ausência de rubor.

05-12-2024 11:00 - Ausência de tumefação.

05-12-2024 11:00 - Ausência de exsudado.

05-12-2024 11:00 - Assegurar funcionamento do cateter

05-12-2024 11:00 - Otimizar cateter central [Todos os contactos/SOS]

05-12-2024 11:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter central [Todos os contactos/SOS]

- 16-01-2025 12:15 - Substância administrada pelo cateter central: soro.
- 16-01-2025 12:15 - Quantidade administrada pelo cateter central: 250 ml.
- 16-01-2025 12:15 - Substância administrada pelo cateter central: fármaco.
- 16-01-2025 12:15 - Quantidade administrada pelo cateter central: 50 ml.
- 16-01-2025 12:15 - Substância administrada pelo cateter central: fármaco.
- 16-01-2025 12:15 - Quantidade administrada pelo cateter central: 100 ml.

05-12-2024 11:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [Todos os contactos/SOS]

- 16-01-2025 12:15 - Localização do cateter central
- 16-01-2025 12:15 - Veia subclávia Direita(o)
- 16-01-2025 12:15 - Ausência de dor.
- 16-01-2025 12:15 - Ausência de calor.
- 16-01-2025 12:15 - Ausência de rubor.
- 16-01-2025 12:15 - Ausência de tumefação.
- 16-01-2025 12:15 - Ausência de exsudado.

05-12-2024 11:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

05-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do cateter central: facilitador.

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

As terapias antineoplásicas sistémicas (TANS), são predominantemente administradas por via endovenosa, geralmente através de cateteres adequados para infusão de grandes volumes. Quando a administração é frequente e prolongada, pode ser necessário implantar dispositivos de acesso venoso central ou periférico. Entre esses dispositivos estão, os cateteres externos de múltiplos lúmens, cateteres centrais totalmente implantados e cateteres de inserção periférica, que facilitam o acesso seguro e sustentado ao sistema venoso (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

A comunidade científica não preconiza a utilização de um tipo exclusivo de cateter venoso central (CVC). Assim, a escolha do dispositivo deve ser fundamentada tendo em atenção o tipo de utilização prevista, a duração do tratamento, as condições do património venoso, a capacidade de adesão ao regime de cuidados e as preferências individuais da pessoa (Santos et

al., 2022). A osmolaridade dos citotóxicos desempenha um papel fundamental na escolha do tipo de acesso venoso. Fármacos com alta osmolaridade, como é o caso de muitos citotóxicos irritantes e vesicantes, podem causar irritação, infiltração e necrose, se administrados através de um acesso periférico, sendo recomendada a utilização do acesso venoso (César et al., 2023).

O CVC totalmente implantado (IMPLANTOFIX®) é utilizado para administrar medicamentos por via sistémica através de uma veia central, sendo amplamente utilizado no contexto hospitalar oncológico, especialmente em unidades de ambulatório. Este tipo de acesso permite a administração de grandes volumes de terapêutica endovenosa, soluções hiperosmolares e citotóxicos de forma segura, além de permitir a colheita de sangue, um procedimento comum em pessoas com doença oncológica (Moss et al., 2021).

A inserção e a manutenção do CVC exigem uma abordagem multidisciplinar e apesar dos benefícios oferecidos por estes cateteres, mais de 15% das pessoas podem enfrentar complicações relacionadas com estes dispositivos. Neste contexto, o enfermeiro desempenha um papel central ao assegurar a segurança e a eficácia no uso desses dispositivos, bem como na gestão de potenciais complicações associadas (Nunes & Alminhas, 2012; Smith & Nolan, 2013).

A manutenção do correto funcionamento do CVC e a prevenção de complicações são responsabilidades do enfermeiro. Para isso, é essencial não apenas monitorizar sinais inflamatórios e cumprir os cuidados protocolados na área de inserção, mas também garantir a otimização do dispositivo. A utilização de soro fisiológico antes da perfusão das terapêuticas citotóxicas, permite identificar precocemente possíveis infiltrações, extravasamentos ou obstruções, assegurando a segurança e eficácia da terapia intravenosa (Jarding & Flynn, 2021).

Pesquisas recentes em populações adultas, sugerem que a manutenção do CVC com solução salina normal, pode ser igualmente eficaz em comparação com o uso de heparina, para prevenir complicações, razão pela qual esta é a solução utilizada para salinização do CVC, utilizando o volume 10 ml, com técnica “*push-pause*”, seguida da técnica de pressão positiva (Infusion Nurses Society, 2021; Martinez et al., 2018). A técnica “*push-pause*”, também conhecida como técnica turbulenta, consiste na administração de pelo menos, 10 ml de soro fisiológico (SF) para a lavagem do lúmen do CVC em impulsos sucessivos e controlados de aproximadamente 2,5 ml, aplicados lentamente. Esta abordagem ajuda a reduzir a formação de biofilme e prevenir a obstrução do cateter, melhorando a sua permeabilidade e funcionalidade. A técnica de pressão positiva, consiste na clampagem da via do CVC antes da remoção da seringa, evitando o refluxo de sangue para o lúmen do cateter. Esta abordagem reduz o risco de obstrução e formação de trombos, contribuindo para a manutenção da permeabilidade do cateter (Chopra et al., 2015; Commission, 2012; DGS, 2022; Martinez et al., 2018; Moureau, 2019; Pittiruti et al., 2016; Rupp & Karnatak, 2018; Smith et al., 2017).

A literatura demonstra que existe um consenso sobre a necessidade de manutenção periódica

do acesso vascular central (Chopra et al., 2015; Commission, 2012; Moureau, 2019; O'Grady et al., 2011; Pittiruti et al., 2016; Schiffer et al., 2013; Smith et al., 2017). No entanto, não há evidência científica sólida que estabeleça um tempo máximo fixo para essa manutenção. Considerando a utilização do CVC conforme o regime terapêutico definido (incluindo tratamentos, análises e cuidados de penso), os fabricantes recomendam que a oclusão intraluminal do cateter esteja mais relacionada com a eficácia do *flush* do que com a sua frequência (Pittiruti et al., 2016; Smith et al., 2017), sendo de um modo geral aconselhável que a manutenção do cateter ocorra em intervalos que não excedam as quatro semanas (Chopra et al., 2015; Commission, 2012; Moureau, 2019; O'Grady et al., 2011; Pittiruti et al., 2016; Schiffer et al., 2013; Smith et al., 2017).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
05-12-2024 11:00	Apetite	
05-12-2024 11:00	Sistema cardiovascular	
05-12-2024 11:00	Digestão	
05-12-2024 11:00	Pele e mucosas	
05-12-2024 11:00	Termorregulação	
05-12-2024 11:00	Conservação de energia	
05-12-2024 11:00	Autogestão do regime medicamentoso	
05-12-2024 11:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Os domínios de atenção definidos encontram-se alinhados com o referencial teórico previamente exposto, sendo que, neste subcapítulo será apresentada a fundamentação da relevância de cada domínio, no processo de conceção de cuidados. O acompanhamento da pessoa foi realizado em dois momentos distintos, correspondendo a duas sessões de imunoterapia (IT), com um intervalo temporal de seis semanas entre ambas. No primeiro momento de interação foram identificados e selecionados os domínios descritos de seguida.

Digestão

Decorrente do esquema de quimioterapia realizado previamente à imunoterapia, os sintomas relacionados com a toxicidade do trato gastrointestinal poderão ainda estar presentes. Estes sintomas representam um dos principais fatores que impactam a qualidade de vida das pessoas submetidas a tratamento com citotóxicos (Da Costa et al., 2021).

A estas terapêuticas estão associados diversos efeitos adversos em todo o trato gastrointestinal, incluindo distúrbios no paladar, alterações nas preferências alimentares, náuseas e vômitos. Estes sintomas podem levar à redução da ingestão alimentar e, conseqüentemente, à deterioração do estado nutricional do indivíduo (Da Costa et al., 2021).

Para além do seu moderado potencial emético, o pembrolizumab também apresenta como um dos efeitos secundários mais frequentes a colite, que se manifesta com sintomas de entre os quais se destacam as náuseas e os vômitos (EMA, 2024). Estes efeitos secundários podem ser severos e provocar grande debilidade, associados a desidratação e distúrbios eletrolíticos. Perante o exposto considera-se fundamentada a seleção do presente domínio, considerando a hipótese diagnóstica "náusea".

Apetite

Previamente ao tratamento com pembrolizumab, a pessoa foi submetida a esquemas de quimioterapia que por si só apresentam um elevado potencial emetizante. A redução do apetite nestas pessoas é habitualmente atribuída à libertação de citocinas pró-inflamatórias e a alterações neuro-hormonais. Além disso, esta redução do apetite pode estar associada a outros fatores, como náuseas, obstipação, alterações no paladar ou dor, sintomas habitualmente observados em pessoas com doença oncológica (Ferreira, 2016). Decorrente do próprio tratamento com pembrolizumab estão também descritos sintomas gastrointestinais como, sejam a dor abdominal e a diminuição do apetite (EMA, 2024).

Estes fatores desempenham um papel relevante no desenvolvimento de desnutrição ou caquexia, comprometendo substancialmente a qualidade de vida (QV) da pessoa. Além disso, prejudicam a continuidade terapêutica e influenciam negativamente o prognóstico da doença (Hariyant & Kurniawan, 2021).

O pembrolizumab e a clemastina também apresentam um moderado potencial emético, que tem impacto direto no apetite, corroborando assim a seleção do presente domínio. A hipótese diagnóstica neste domínio será, "apetite comprometido".

Pele e mucosas

A toxicidade cutânea decorrente do uso de agentes citotóxicos inclui xerose, além de alterações estruturais no cabelos e unhas. Esses eventos adversos cutâneos estão associados em grande parte à disfunção da barreira epidérmica. Neste contexto, a implementação de uma rotina de cuidados dermatológicos com produtos adequados pode mitigar a exacerbação das reações cutâneas e auxiliar na gestão terapêutica de algumas manifestações clínicas (Bensadoun et al., 2013; Lüftner et al., 2018).

Decorrente dos tratamentos de quimioterapia realizados anteriormente, especialmente do regime que precedeu o atual tratamento com imunoterapia, composto por citotóxicos cujos efeitos secundários afetam a pele e os tegumentos, provocando pele seca e alopecia (Infarmed, 2024), justifica-se a seleção do presente domínio.

Por outro lado no rol das reações adversas do pembrolizumab também se incluem as reações cutâneas imunomediadas, que se manifestam sob a forma de prurido, erupções cutâneas, eritema, dermatite, xerose, vitiligo, eczema, alopecia e dermatite acneiforme (EMA, 2024).

Perante o exposto considera-se fundamentada a seleção do presente domínio, e, como tal a relevância do papel do enfermeiro na gestão e capacitação para a gestão dos efeitos secundários, de forma que estes não afetem a tolerância e a continuidade do tratamento. Neste domínio, a hipótese diagnóstica será "membrana mucosa comprometida".

Termorregulação

Aproximadamente um terço das pessoas com LH apresenta febre e suores noturnos (Ferri, 2019; Loscalzo et al., 2022;). Raramente, a febre persiste durante dias ou semanas, sendo seguida de intervalos afebris, e, posteriormente, de recorrência da febre.

Enquanto manifestação clínica, a febre pode também estar associada à diminuição do número de leucócitos, uma complicação frequente em pessoas com doença oncológica do foro hematológico, quer decorrente da própria doença, quer dos tratamentos realizados. Esta leucopenia aumenta significativamente a suscetibilidade a infeções (Ferri, 2019).

A febre pode ser o único sinal clínico inicial de infeção em pessoas com doença oncológica que estão em tratamento com quimioterapia mielossupressora (Heinz et al., 2017). Estas pessoas apresentam um risco significativamente elevado de complicações infecciosas, diretamente correlacionado com a gravidade e duração da neutropenia (Kuderer et al., 2006).

O enfermeiro desempenha um papel crucial no cuidado a pessoas com febre associada à neutropenia, contribuindo diretamente para um desfecho positivo deste cenário. A adoção de planos clínicos interdisciplinares direcionados ao controle da febre tem demonstrado um impacto significativo na melhoria dos resultados obtidos (Dunnack & Montano, 2021).

O tratamento com pembrolizumab provoca efeitos secundários, entre os quais a pneumonite, caracterizada por febre (EMA, 2024), o que corrobora a escolha do presente domínio. A hipótese diagnóstica que se considera neste domínio é a "hipertermia".

Conservação de energia

Entre os efeitos mais comuns associados à doença oncológica, destaca-se a fadiga relacionada ao cancro (FRC). Trata-se de um dos sintomas mais prevalentes em todas as etapas da doença, incluindo o período pós-tratamento e após a cura da neoplasia (Peixoto et al., 2016).

É um sintoma complexo e debilitante que raramente se manifesta de forma isolada, que pode ser definida como uma sensação subjetiva de cansaço ou exaustão, (física, emocional e/ou cognitiva), associada à própria doença ou ao tratamento. Este sintoma ocorre independentemente do nível de esforço físico e resulta em alterações na execução das atividades da vida diária (Berger et al., 2015). A fadiga relacionada com o cancro distingue-se de outros tipos de fadiga pela sua intensidade e durabilidade, além de não ser aliviada de forma significativa pelo repouso ou pelo sono (Fabi et al., 2020).

Além de ter um impacto substancial na qualidade de vida dos sobreviventes de cancro, a fadiga representa uma condição que influencia a autogestão e a transição saúde - doença (Peixoto et al., 2016).

Entre os efeitos secundários do tratamento com pembrolizumab, estão descritos como frequentes a fadiga, astenia, mialgias e artralgias (EMA, 2024), sustentando e reforçando a seleção do domínio, pelo que se considera a hipótese diagnóstica de "intolerância à atividade".

Sistema Cardiovascular

Tendo em consideração que a pessoa apresenta como antecedentes pessoais HTA, e decorrente do próprio tratamento com pembrolizumab, considera-se pertinente a seleção do presente domínio.

A pressão arterial pode ter consequências negativas na saúde quando se mantém elevada de forma crónica ou aumenta subitamente (DGS, 2023). Sendo uma doença crónica, a hipertensão arterial (HTA) causa danos permanentes que podem, por sua vez, agravar a própria condição. Além disso, pode levar a complicações, como lesões no órgão (DGS, 2013). Por isso, é fundamental verificar se os valores da pressão arterial estão dentro dos parâmetros normais, tornando a sua monitorização indispensável.

Para além da monitorização da pressão arterial, considera-se igualmente essencial a vigilância da frequência cardíaca, devido aos efeitos secundários das terapêuticas instituídas. A

clemastina pode causar taquicardia como efeito adverso (Infarmed, 2015), enquanto o pembrolizumab está associado à hipertensão arterial como uma das principais reações adversas (EMA, 2024). Dessa forma, a monitorização desses parâmetros é fundamental para a deteção precoce de alterações e a implementação de medidas adequadas. Neste sentido, considera-se a hipótese diagnóstica "hipertensão arterial" e "arritmia".

Autogestão do regime medicamentoso

No que respeita ao domínio da autogestão do regime medicamentoso, é reconhecido que a pessoa com doença crónica, em geral, e a pessoa com doença oncológica, em particular, está sujeita a um regime terapêutico de elevada complexidade. A literatura indica que é habitual estas pessoas apresentem dificuldades em incorporar as recomendações terapêuticas na sua rotina diária, verificando-se que a adesão terapêutica diminui de forma inversamente proporcional à complexidade do esquema de tratamento (WHO, 2003).

A pessoa com doença oncológica vê-se desafiada a integrar e desenvolver, comportamentos de autocuidado no seu dia-a-dia, nomeadamente de autogestão de um determinado regime medicamentoso, com vista à promoção da qualidade de vida e do seu bem-estar. O autocuidado, enquanto prática pessoal, é de extrema importância, pois a atitude de cada indivíduo em relação à gestão do seu próprio bem-estar exerce um papel fundamental na eficácia do regime terapêutico, e, por conseguinte, no sucesso do tratamento a que está sujeito. A gestão da doença, assim como a adesão ao respetivo regime terapêutico, exige a integração ou a reformulação de comportamentos relacionados com o autocuidado (Rodrigues, 2019). A crescente transição dos tratamentos oncológicos para regime de ambulatório confere particular relevância na autogestão do regime terapêutico. Este cenário exige uma autogestão rigorosa da terapêutica realizada no domicílio, tanto em fases pré como pós-tratamento, sendo essa autogestão essencial para o sucesso do plano terapêutico.

A gestão dos efeitos secundários da imunoterapia em pessoas com LH, embora de menor impacto físico quando comparado com a quimioterapia, continua a ser uma área prioritária, pois esses efeitos podem comprometer tanto a tolerabilidade quanto a continuidade do tratamento, além de impactar negativamente a qualidade de vida da pessoa. Entre os efeitos secundários imediatos mais prevalentes estão a febre, a tosse, o *rash* cutâneo, o prurido, as náuseas, os vômitos e as alterações gastrointestinais, com destaque para a diarreia (EMA, 2024), sendo a sua gestão de extrema importância.

A gestão da doença oncológica e do regime terapêutico, exigem do enfermeiro uma intervenção focada no suporte e na capacitação para a integração ou reestruturação de comportamentos de autocuidado, promovendo a autonomia e a eficácia na gestão terapêutica. Neste sentido, a seleção deste domínio justifica-se pela necessidade de informar e capacitar para a gestão dos

efeitos secundários, seguindo uma lógica antecipatória de gestão destes eventos.

Sondas, Drenos e Cateteres

O cateter venoso central (CVC) tem um papel fundamental no tratamento de pessoas com doença oncológica. Este dispositivo permite a administração segura de terapias complexas como quimioterapia, nutrição parentérica e medicamentos vesicantes, reduzindo significativamente os riscos de complicações como o extravasamento de substâncias potencialmente nocivas (Penaforte et al., 2014). Uma das suas principais vantagens reside na minimização de punções venosas repetidas, o que contribui para diminuir o sofrimento físico e emocional, melhorando assim a sua qualidade de vida durante tratamentos prolongados.

A seleção do tipo de cateter deve ser criteriosa, considerando fatores como: a duração prevista do tratamento, o estado da rede venosa periférica da pessoa e a natureza das terapêuticas a administrar (Santos et al., 2022). Esta abordagem individualizada garante a otimização dos cuidados, tornando o CVC um recurso indispensável em oncologia. A adequada manutenção e a monitorização rigorosa de complicações associadas à sua presença são determinantes para a sua utilização segura e eficaz, fundamentando a seleção do presente domínio.

3.6. Conceção de Cuidados

Apetite

05-12-2024 11:00

05-12-2024 11:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

05-12-2024 11:00 - Apetite diminuído.

05-12-2024 11:00 - Paladar alterado.

05-12-2024 11:00 - Apetite comprometido

05-12-2024 11:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Todos

os contactos/SOS]

16-01-2025 12:15 - Ingeriu a totalidade das refeições.

05-12-2024 11:00 - Determinar evolução do apetite

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do apetite [Todos os contactos/SOS]

16-01-2025 12:15 - Apetite diminuído [MANTEVE].

16-01-2025 12:15 - Paladar conservado [MELHOROU].

05-12-2024 11:00 - Promover autogestão: regime dietético

05-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-12-2024 11:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

05-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Próximo contacto]

05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre regime dietético [Todos os contactos/SOS]

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Terceiro contacto]

16-01-2025 12:15 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

16-01-2025 12:15 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

Sistema cardiovascular

05-12-2024 11:00

05-12-2024 11:00 - Localização do Pulso

05-12-2024 11:00 - Braço Esquerda(o)

05-12-2024 11:00 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

05-12-2024 11:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

05-12-2024 11:00 - Pulso rítmico.

05-12-2024 11:00 - Pulso simétrico.

05-12-2024 11:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

05-12-2024 11:00 - Membro superior Esquerda(o)

05-12-2024 11:00 - Pressão sanguínea sistólica: 125 mmHg.

05-12-2024 11:00 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

05-12-2024 11:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Todos os contactos/SOS]

16-01-2025 12:15 - Localização do Pulso

16-01-2025 12:15 - Braço Esquerda(o)

16-01-2025 12:15 - Pulso rítmico.

16-01-2025 12:15 - Frequência do pulso: 70 pulsações por minuto.

05-12-2024 11:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Todos os contactos/SOS]

16-01-2025 12:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

16-01-2025 12:15 - Membro superior Esquerda(o)

16-01-2025 12:15 - Pressão sanguínea sistólica: 138 mmHg.

16-01-2025 12:15 - Pressão sanguínea diastólica: 79 mmHg.

Digestão

05-12-2024 11:00

05-12-2024 11:00 - Com sensação de enjoo.

05-12-2024 11:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

05-12-2024 11:00 - Sem vómitos.

05-12-2024 11:00 - Náusea

05-12-2024 11:00 - Gravidade da náusea: moderada.

05-12-2024 11:00 - Determinar evolução da náusea*05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da náusea [Todos os contactos/SOS]*

16-01-2025 12:15 - Com sensação de enjoo [MANTEVE].

16-01-2025 12:15 - Gravidade da náusea: ligeira [MELHOROU].

05-12-2024 11:00 - Promover autocontrolo: náusea

05-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador.

05-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [RESOLVIDO] 16-01-2025 12:15*05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [Próximo contacto] [FIM] 16-01-2025 12:15*

16-01-2025 12:15 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: facilitador [MELHOROU].

*05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre gestão do ambiente físico [Todos os contactos/SOS] [FIM] 16-01-2025 12:15**05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre higiene oral [Todos os contactos/SOS] [FIM] 16-01-2025 12:15***05-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético***05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Próximo contacto]**05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre regime dietético [Todos os contactos/SOS]**05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da náusea [Próximo contacto]*

16-01-2025 12:15 - Adota comportamentos de autocontrolo da náusea.

16-01-2025 12:15 - Refere satisfação com o autocontrolo da náusea.

Pele e mucosas

05-12-2024 11:00

05-12-2024 11:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

05-12-2024 11:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos*05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Todos os contactos/SOS]*

16-01-2025 12:15 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Termorregulação

05-12-2024 11:00

05-12-2024 11:00 - Temperatura corporal periférica

05-12-2024 11:00 - Ouvido: 37.00 °C.

05-12-2024 11:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Todos os contactos/SOS]

16-01-2025 12:15 - Temperatura corporal periférica

16-01-2025 12:15 - Ouvido: 37.00 °C.

05-12-2024 11:00 - Promover autocontrolo: temperatura corporal

05-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre autovigilância da temperatura corporal: facilitador.

05-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre controlo da temperatura corporal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal [RESOLVIDO] 16-01-2025 12:15

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre controlo da temperatura corporal [Próximo contacto] [FIM] 16-01-2025 12:15

16-01-2025 12:15 - Conhecimento sobre controlo da temperatura corporal: facilitador [MELHOROU].

05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [Todos os contactos/SOS] [FIM] 16-01-2025 12:15

05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre controlo da temperatura corporal usando estratégias não farmacológicas [Todos os contactos/SOS] [FIM] 16-01-2025 12:15

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da temperatura corporal [Próximo contacto]

16-01-2025 12:15 - Adota comportamentos de autocontrolo da temperatura corporal.

16-01-2025 12:15 - Refere satisfação com o autocontrolo da temperatura corporal

05-12-2024 11:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações da hipertermia

05-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da hipertermia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da hipertermia [RESOLVIDO] 16-01-2025 12:15

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de complicações da hipertermia [Próximo contacto] [FIM] 16-01-2025 12:15

16-01-2025 12:15 - Conhecimento sobre prevenção de complicações da hipertermia: facilitador [MELHOROU].

05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre ingestão de líquidos [Todos os contactos/SOS] [FIM] 16-01-2025 12:15

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações da hipertermia [Terceiro contacto]

Conservação de energia

05-12-2024 11:00

05-12-2024 11:00 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso.

05-12-2024 11:00 - Intolerância à atividade

05-12-2024 11:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Todos os contactos/SOS]

16-01-2025 12:15 - Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

05-12-2024 11:00 - Promover autogestão: atividade/repouso

05-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-12-2024 11:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora.

05-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO] 16-01-2025 12:15

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [Próximo contacto] [FIM] 16-01-2025 12:15

16-01-2025 12:15 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador [MELHOROU].

05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre conservação de energia [Todos os contactos/SOS] [FIM] 16-01-2025 12:15

05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso [Todos os contactos/SOS] [FIM] 16-01-2025 12:15

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão da atividade/repouso [Terceiro contacto]

Autogestão do regime medicamentoso

05-12-2024 11:00

05-12-2024 11:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

05-12-2024 11:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

05-12-2024 11:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Próximo contacto]

16-01-2025 12:15 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Todos os contactos/SOS]

05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Todos os contactos/SOS]

05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [Todos os contactos/SOS]

05-12-2024 11:00 - Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância [Todos os contactos/SOS]

05-12-2024 11:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Terceiro contacto]

16-01-2025 12:15

16-01-2025 12:15 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

16-01-2025 12:15 - Administra a medicação pela via adequada.

16-01-2025 12:15 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

16-01-2025 12:15 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre ingestão de líquidos

- Beber água é a melhor forma de hidratação, e recomenda-se a ingestão de cerca de 2 a 2,5 L diários (ASC 2024; Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Se a água pura não for do agrado, pode optar por água com gás, água aromatizada ou adicionar um pouco de sumo de frutas 100%, frutas fatiadas ou pepinos à água (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Caldos com baixo teor de sódio, chás descafeinados ou bebidas desportivas com baixo teor de açúcar, também pode ser uma opção (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Evitar bebidas com cafeína e álcool, pois podem aumentar a perda de líquidos do corpo (Leukemia & Lymphoma, 2024).

Ensinar sobre conservação de energia

- Os sinais e/ou sintomas de linfoma, podem incluir fadiga e cansaço intenso (Loscalzo et al., 2022).
- A diminuição da produção de glóbulos vermelhos, decorrente da doença ou do tratamento leva à anemia causando astenia, fraqueza e palidez (Loscalzo et al., 2022).
- Um dos principais efeitos secundários do tratamento com pembrolizumab inclui a pneumonite, que se manifesta de entre outros sinais por astenia intensa (EMA, 2024).
- Também estão descritos outros efeitos secundários como fadiga e astenia (EMA, 2024).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Os comprimidos de Loperamida orodispersíveis devem ser colocados sobre a língua, onde se dissolvem rapidamente (Infarmed, 2020). A ingestão de líquidos não é necessária para a administração do medicamento, embora seja importante a sua ingestão para ajudar a prevenir a desidratação decorrente da diarreia (Vallerand et al., 2016). A dose máxima não deve ultrapassar os 8 comp/dia, portanto 16mg (Infarmed, 2020).
- A toma de Metoclopramida deve ser realizada 30 min antes das refeições, e antes de deitar (Vallerand et. al, 2016). Os comprimidos de Metoclopramida devem ser ingeridos com um intervalo mínimo de seis horas entre as tomas (Infarmed, 2020). Não deve ser utilizada durante mais do que 12 semanas devido ao risco de discinesia tardia (Vallerand

et al., 2016).

- O Paracetamol pode ser repetido em intervalos de entre 4 – 8 horas, conforme a situação sendo a dose máxima diária 4 g/ dia (INFARMED 2023). Não deve ingerir paracetamol por mais de 10 dias consecutivos (Vallerand et al., 2016).
- O Cloridrato de Benzidamina (Tantum verde) deve ser utilizado para bochechos da cavidade oral, com cerca de 15 ml utilizando o copo doseador, duas a três vezes por dia, em forma pura ou diluída. A forma diluída deve ser utilizada para higiene oral diária. Esta é constituída por 15 ml de solução e 15 ml de água, utilizando sempre o copo doseador (Infarmed, 2023).

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade/repouso

- Organizar as tarefas e gerir o tempo para evitar o cansaço excessivo (Dochterman & Bulecheck, 2004).
- Na presença de sinais de fadiga deve diminuir a atividade (Dochterman & Bulecheck, 2004).
- Reduzir estímulos ambientais (como iluminação e ruído) para favorecer o relaxamento (Dochterman & Bulecheck, 2004).
- Controlar o número de visitas e as interrupções destas decorrentes (Dochterman & Bulecheck, 2004).
- Planear intervalos de descanso entre atividades (Dochterman & Bulecheck, 2004).

Ensinar sobre regime dietético

- Optar por várias pequenas refeições em vez de três grandes refeições por dia. Procurar fazer seis pequenas refeições para obter as calorias necessárias (Leukemia & Lymphoma, 2024; NCCN, 2022).
- Fazer uma lista das comidas favoritas e certificar-se que as tem disponíveis (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Experimentar novos alimentos e receitas de forma a proporcionar mudanças no paladar ou no cheiro (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Ingerir a comida à temperatura ambiente, ou mesmo fria, uma vez que a comida quente apresenta cheiro e sabor mais forte (NCCN, 2022).
- Se a comida tiver um sabor insípido, experimentar temperá-la com especiarias ou ervas (Leukemia & Lymphoma, 2024).

Ensinar sobre regime medicamentoso

- O pembrolizumab é um medicamento que pertence ao grupo de medicamentos chamados anticorpos monoclonais. Os anticorpos monoclonais são proteínas que foram desenvolvidas para reconhecer e se ligarem a alvos específicos no organismo (EMA, 2024). Este medicamento é administrado via endovenosa através de um acesso venoso periférico ou central. Antes de cada perfusão, são administrados medicamentos que ajudam a diminuir a probabilidade de reações relacionadas com a perfusão (EMA, 2024). A perfusão tem uma duração de perfusão de 1 hora, e é administrada a cada 6 semanas de acordo com a dose a infundir (EMA, 2024).
- A Clemastina pertence ao grupo dos anti-histamínicos, e é utilizado na prevenção ou tratamento de reações alérgicas e pseudo-alérgicas (Infarmed, 2015).

- O Paracetamol é um analgésico e antipirético, utilizado no tratamento sintomas como febre, dores de cabeça, dores musculares e articulares (Infarmed, 2023).
- O Cloridrato de Benzidamina é um anti-inflamatório de ação local. Indicado no tratamento sintomático de processos inflamatórios e irritativos da cavidade orofaríngea (Infarmed, 2023).
- A Metoclopramida é um antiemético e está indicada na prevenção e tratamento de sintomas como náuseas e vômitos induzidos pela quimioterapia (Infarmed, 2020).
- A Loperamida é um antidiarreico, e está indicada no tratamento sintomático das diarreias agudas e crônicas (Infarmed, 2023).

Ensinar sobre ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância

- Os comprimidos de Loperamida orodispersíveis devem ser ingeridos sempre que ocorra diarreia aguda, com dose inicial com 2 comprimidos (4 mg), seguida de 1 comprimido (2 mg) após cada dejeção diarreica, não ultrapassando os 8 comp/dia (Infarmed, 2020).
- A forma pura de Cloridrato de Benzidamina (Tantum verde) deve ser usada se estiver com processo inflamatórios na cavidade oral (Infarmed, 2023).
- A Metoclopramida deve ser ingerida sempre que ocorre o episódio de náusea com ênfase na importância de cumprir um intervalo mínimo de seis horas entre as tomas (Infarmed, 2020).
- O Paracetamol deve ser ingerido na dose de 1 gr sempre que a temperatura corporal for superior ou igual a 38°C. Deve procurar ajuda médica se sentir desconforto e se a febre não baixar, cumprindo os intervalos e doses recomendadas, se atingir os 39.5°C, ou se durar mais de 3 dias (Vallerand et al., 2016).

Ensinar sobre higiene oral

- Escovar os dentes duas a três vezes ao dia com uma pasta com flúor de sabor suave. Os aromas podem irritar a boca (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Utilizar fio dental suavemente uma vez por dia (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Realizar bochechos com uma solução de água, sal e bicarbonato de sódio (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Utilizar um antibacteriano (Cloridrato de Benzidamina) para bochechar duas a quatro vezes ao dia (preferencialmente após as refeições) para prevenir doenças gengivais. Evitar soluções à base de álcool (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Utilizar um produto para cuidar dos lábios para evitar que sequem (Leukemia & Lymphoma, 2024).

Otimizar cateter central

- Manipular o cateter venoso central (CVC) com norma asséptica.
- Utilizar soro fisiológico, para salinização do CVC, num volume de 10 ml, com técnica “push-pause” (Infusion Nurses Society, 2021; Martinez et al., 2018).

Ensinar sobre controlo da temperatura corporal usando estratégias não farmacológicas

- Realizar banho de imersão com água morna (Souza et al., 2021).
- Aplicar compressas/esponjas mornas, embebidas em água à temperatura entre 29°C e 30°C, na região temporal, axilar ou inguinal, durante 30 min (Souza et al., 2021).

- Aumentar a ingestão hídrica (Souza et al., 2021).
- Remover o excesso de roupa (Souza et al., 2021).
- Promover a ventilação do ambiente (Souza et al., 2021).

Ensinar sobre gestão do ambiente físico

- Usar utensílios de plástico em vez de metal para evitar sabor metálico (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Realizar as refeições com amigos ou familiares sempre que possível (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Aceitar ajuda na preparação de refeições (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Evitar ambientes com cheiros fortes, como cozinha durante a confeção de refeições, velas aromáticas, tabaco, perfumes e produtos de cabelo (NCCN, 2022).
- Ter disponível lanches preparados ou pequenas refeições. Se possível fazer-se acompanhar dos mesmos sempre que saia de casa (Leukemia & Lymphoma, 2024).
- Respirar ar fresco, inspirando fundo e expirando devagar (NCCN, 2022).
- Inspirar profundamente uma toalha recém-humedecida em álcool; cheirar um ramo de hortelã, ou ingerir rebuçados de hortelã (peppermint) (NCCN, 2022).

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- O pembrolizumab tem um perfil de efeitos secundários diferente da quimioterapia clássica, sendo designados como imunomediados (ocorrem quando o sistema imunológico ataca os tecidos dos órgãos) (ESMO, 2017).
- De entre os efeitos secundários mais frequentes destaca-se a pneumonite, que se manifesta com sintomas como febre, tosse, dor no peito, falta de ar e fadiga (EMA, 2024).
- A colite com diarreia, dor abdominal, náuseas e vómitos (EMA, 2024).
- A hepatite que se caracteriza pela presença de pele e escleróticas amareladas e urina esverdeada, além de alterações analíticas (EMA, 2024).
- As endocrinopatias que se manifestam por cansaço intenso, ganho ou perda de peso, intolerância ao frio, pele seca, letargia (sonolência ou lentidão física e mental) taquicardia, insónia, sudorese, tremores, cefaleias, náuseas, perda de apetite, hipotensão e poliúria (EMA, 2024).
- As reações cutâneas, com manifestações como prurido, erupções cutâneas, eritema, dermatite, pele seca, vitiligo, eczema, alopecia e dermatite acneiforme (EMA, 2024).

3.8. Síntese relativa ao caso

Neste ponto do relatório, o meu objetivo é destacar os elementos-chave do processo de conceção dos cuidados nas duas sessões, que corresponderam a dois contactos. Convém destacar que a primeira sessão decorreu em contexto de ambulatório, onde foi efetuado o primeiro ciclo de tratamento com imunoterapia, mas anteriormente (um mês antes), a pessoa tinha efetuado o último tratamento de quimioterapia.

Após a descrição do caso clínico, foram identificados os domínios, ou seja, as áreas de atenção de enfermagem, sobre as quais foram colhidos dados, que permitiram excluir ou confirmar hipóteses diagnósticas.

Na primeira sessão, priorizei a identificação de possíveis alterações do domínio dos processos corporais, decorrentes dos efeitos adversos do tratamento de quimioterapia realizado anteriormente, avaliando a presença de sintomas relacionado com o apetite, digestão, pele e mucosas, termorregulação, conservação de energia e sistema cardiovascular.

Por outro lado, foquei-me também em aspetos centrados na autogestão do regime medicamentoso face ao início do novo tratamento de imunoterapia. Centrei-me nos diagnósticos associados ao processo de transição, que consiste na adaptação às mudanças no estilo de vida, levando à reorientação e redefinição da forma de estar da pessoa que a experiência, adotando novos comportamentos. Além da gestão dos efeitos já presentes e decorrentes de tratamentos anteriores de quimioterapia, tive por objetivo o regresso ao domicílio e os cuidados centrados na promoção da autovigilância e da autogestão do regime terapêutico e dos sinais e sintomas do tratamento.

Da recolha de dados nestes domínios emergiram diagnósticos, nomeadamente: o apetite comprometido. A pessoa referiu que desde que realizou a quimioterapia, e tendo sido ainda o último ciclo tão próximo, apresenta apetite diminuído com sensação de paladar alterado. A intervenção decorreu no sentido de melhorar o conhecimento sobre o regime dietético, e fornecer estratégias que permitam aumentar o apetite, uma vez que a pessoa refere que “não sabe mais o que poderá fazer para que esta perda de apetite seja ultrapassada” (SIC).

Relativamente ao domínio digestão, a pessoa referiu a presença de náusea, que se intensificou especialmente após o último tratamento de quimioterapia. Referiu ainda que tenta gerir com antiemético, cumprindo a prescrição, contudo apresenta défice de conhecimento sobre outras estratégias de gestão da náusea. A intervenção decorreu no sentido de melhorar o conhecimento sobre as estratégias de alívio da náusea.

Relativamente ao domínio pele e mucosas, e decorrente dos tratamentos anteriores, a pessoa refere que apresenta alguma fragilidade cutânea e xerose, sem compromisso da integridade cutânea. Neste contexto, importa manter a vigilância, por existir a fragilidade e pelo início da IT, que pode intensificar estes sintomas e provocar outros neste domínio, nomeadamente, o prurido, as erupções cutâneas, o eritema, o eczema, a alopecia e a dermatite acneiforme.

A conservação da energia também foi um domínio alvo da atenção, emergindo a necessidade de colher dados sobre a comunicação de cansaço que permitiu diagnosticar intolerância à atividade. A pessoa refere cansaço persistente, que existe desde o início do primeiro ciclo de tratamento, agora com dificuldade em gerir algumas das suas atividades de vida diária, nomeadamente no que diz respeito aos trabalhos agrícolas e trabalhos relacionados com as

demais tarefas domésticas. Face ao objetivo da promoção da autogestão atividade/repouso, a intervenção decorreu no sentido de melhorar o conhecimento relacionado com o objetivo.

Os dados recolhidos nos domínios termorregulação e sistema cardiovascular permitiram negar as hipóteses diagnósticas consideradas e previamente explanadas na justificação dos domínios. Contudo, face à possibilidade de hipertensão, bradicardia e hipertermia, considerou-se relevante continuar a avaliar a evolução destes parâmetros, nomeadamente a pressão sanguínea, a frequência cardíaca e a temperatura. Ainda na termorregulação, é de salientar que foi selecionado o diagnóstico de potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações da hipertermia, uma vez que a pessoa referiu que não estava elucidada sobre estas complicações, e também o diagnóstico de potencial para melhorar conhecimento sobre o controlo da temperatura corporal, nomeadamente a utilização de estratégias não farmacológicas de arrefecimento.

Outro dos domínios que considerei relevante no primeiro contacto foi a autogestão do regime medicamentoso. Saliento que no início deste tratamento a pessoa não estava medicada com qualquer medicamento. Neste sentido, e no primeiro contacto, não foram avaliados os dados que permitem caracterizar o comportamento de autogestão do regime medicamentoso, uma vez que a pessoa ainda não iniciou a medicação. A importância da seleção do domínio prende-se com a necessidade de intervir no sentido de capacitar a pessoa para gerir o regime medicamentoso, que, entretanto, lhe foi recomendado. Neste âmbito, e face aos dados colhidos, considerou-se necessário melhorar o conhecimento da pessoa sobre o regime medicamentoso que vai iniciar, nomeadamente a vigilância dos efeitos secundários decorrentes do pembrolizumab, a gestão dos mesmos recorrendo aos medicamentos de suporte para o domicílio, e a utilização de estratégias não farmacológicas. A intervenção foi, direcionada aos aspetos centrados na autovigilância, e na capacidade da pessoa vigiar sinais e sintomas, gerindo-os de forma eficaz.

Na segunda sessão, que ocorreu no dia 16/01, e tendo em conta que o espaço temporal decorrido entre as duas sessões foi de seis semanas, foi possível a avaliação do conhecimento da informação fornecida, sendo que a pessoa já demonstrava o conhecimento necessário sobre o regime medicamentoso. Relacionado com o apetite e náusea, foi possível apurar que a pessoa já apresentava conhecimento sobre o regime dietético, pelo que não foi necessário intervir novamente no conhecimento, passando o conhecimento sobre o regime dietético a facilitador. No que diz respeito à autogestão do regime medicamentoso, foi necessário intervir ao nível do conhecimento, especificamente relacionado com os efeitos secundários da medicação e no ajuste da medicação de acordo com os resultados da vigilância. Face a toda a informação que teve de reter, perante o diagnóstico de nova progressão da doença e novo tratamento, a pessoa refere que “não estava muito atenta na última sessão, porque fiquei preocupada com a notícia da doença, e tive dificuldade em reter a informação toda que me deu” (SIC). Deste modo, considerou-se que o envolvimento demonstrado e a necessidade de

informação manifestada configuravam o momento próprio para a intervenção. Neste sentido, ensinou-se sobre estes aspetos.

Não descurando as alterações dos processos corporais presentes na pessoa decorrentes de tratamentos anteriores, priorizei o conhecimento relacionado com o novo tratamento com imunoterapia, numa vertente mais antecipatória, no sentido de promover e capacitar para a autogestão do regime medicamentoso e para o autocontrolo dos sintomas associados, de forma a que fossem o menos impactantes possível. Assim, as avaliações relacionadas com a autogestão, seriam realizadas num terceiro contacto, dado o espaço temporal, que permitiria a avaliação, de forma a aferir se adota comportamentos de autogestão e se refere satisfação com a mesma.

De um modo geral, os desafios enfrentados foram superados. No entanto, surgiram algumas limitações relacionadas com a gestão temporal deste caso, nomeadamente a ausência de um terceiro contacto, dado a periodicidade dos tratamentos (6/6 semanas). Teria sido possível avaliar de forma mais aprofundada a eficácia das intervenções especializadas e o impacto da adoção das mesmas na vida da pessoa com doença oncológica a realizar imunoterapia.

Reconhecendo a complexidade envolvida na conceção de cuidados às pessoas com patologias crónicas, tendo em conta a sua anatomofisiopatologia, a gestão exigente do regime terapêutico, os desafios constantes que enfrentam diariamente e a imprevisibilidade que caracteriza estas situações (Sousa et al, 2022), é de salientar a importância de uma conceção de cuidados que dê resposta a estas necessidades, sendo um processo contínuo, que vai sendo reestruturado e adaptado.

4. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Atualmente, os cuidados de saúde, e conseqüentemente os cuidados de Enfermagem, assumem uma importância crescente, acompanhada por uma exigência técnica e científica cada vez maior. A diferenciação e a especialização tornam-se, cada vez mais, uma realidade que abrange a maioria dos profissionais de saúde, refletindo a necessidade de respostas mais qualificadas e ajustadas às complexidades dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019).

Na elaboração do projeto orientado para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista, conforme já mencionado na introdução do presente relatório, foram definidos objetivos com base nas competências transversais estabelecidas para o especialista em enfermagem médico-cirúrgica e nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Tendo como objetivo geral o desenvolvimento de competências especializadas em EMCpscr na pessoa com doença oncológica em programa de imunoterapia, delinearam-se objetivos específicos e subespecíficos, nomeadamente:

- Desenvolver competências para identificar as necessidades da pessoa com doença oncológica em programa de Imunoterapia;
 - Desenvolver capacidades para identificar as necessidades da pessoa relacionadas com os sinais e sintomas induzidos pela imunoterapia;
 - Desenvolver capacidades para identificar as necessidades da pessoa no domínio da autogestão do regime terapêutico;
- Desenvolver competências na promoção da autogestão da doença e do regime terapêutico, da pessoa com doença oncológica do foro OH a realizar programa de Imunoterapia;
 - Melhorar a capacidade de intervenção no domínio da autogestão do regime medicamentoso;
 - Melhorar a capacidade de intervenção no domínio da autogestão de sinais e sintomas;
- Desenvolver capacidades para identificar as necessidades do cuidador da pessoa com doença oncológica, do foro da OH a realizar programa de imunoterapia;
- Desenvolver capacidades para intervir face às necessidades do cuidador da pessoa com doença oncológica do foro OH a realizar imunoterapia, com vista a preparar o regresso ao domicílio;

- Melhorar a capacidade de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos;
- Desenvolver capacidades de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança.

A fundamentação teórica deste processo apoia-se na teoria de Patricia Benner (2001), que destaca a importância da experiência prática no desenvolvimento de competências na enfermagem. Em "*From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*", Benner argumenta que o conhecimento teórico, por si só, não é suficiente para garantir uma prática eficaz; é a experiência clínica que permite a aquisição de competências e o refinamento do raciocínio clínico. A autora baseou-se no modelo de aquisição de competências de Dreyfus e identificou cinco níveis de desenvolvimento profissional: iniciado (*novice*) – enfermeiros sem experiência prática, que dependem estritamente de regras e diretrizes para guiar a sua atuação; iniciado avançado (*advanced beginner*) – começam a identificar padrões clínicos, mas ainda enfrentam dificuldades na tomada de decisão; competente (*competent*) – demonstram maior autonomia e capacidade de planejar cuidados a médio prazo; proficiente (*proficient*) – possuem uma visão holística da prática clínica, antecipam complicações e adaptam intervenções às necessidades individuais das pessoas; perito (*expert*) – tomam decisões intuitivas baseadas em experiência consolidada, garantindo cuidados de excelência (Benner, 2001). O enfermeiro especialista enquadra-se nos níveis mais avançados desse modelo, uma vez que possui um conhecimento aprofundado e uma prática consolidada, permitindo-lhe atuar com autonomia, liderança e julgamento clínico apurado.

Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel essencial na tomada de decisão clínica, na gestão de cuidados e na formação de novos profissionais. A sua atuação é determinante para a implementação de boas práticas baseadas na evidência científica e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Como destaca Benner (2001), o conhecimento prático é adquirido através da experiência e da reflexão sobre a prática, permitindo ao enfermeiro agir de forma intuitiva e eficaz em contextos complexos, como é o caso da imunoterapia na oncologia.

A teoria de Benner (2001) reforça, a importância de programas de formação contínua e de aprendizagem baseada na experiência, garantindo que os enfermeiros possam evoluir até o nível de peritos, e, desse modo, oferecer cuidados humanizados, seguros e eficientes às pessoas com doença oncológica.

Em resumo, a aquisição de competências pelo enfermeiro especialista, conforme descrito por Benner (2001), não só aprimora a qualidade dos cuidados prestados, mas também assegura que o enfermeiro esteja preparado para responder adequadamente às complexidades do tratamento, garantindo uma abordagem centrada na pessoa e promovendo a saúde de forma holística.

Para fundamentar a aquisição das competências no decorrer deste mestrado, apresentarei de seguida, uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas, baseada no projeto de desenvolvimento de competências realizado no Módulo I. Inicialmente, serão exploradas as competências comuns do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e, posteriormente, as competências específicas do enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, com os objetivos delineados para a sua aquisição.

O EE, enquadra-se nos níveis mais avançados do modelo da autora, uma vez que possui um conhecimento aprofundado e uma prática consolidada que lhe permite atuar com autonomia, liderança e julgamento clínico apurado. Como refere Benner (2001), o conhecimento prático é adquirido através da experiência e da reflexão sobre a prática, permitindo ao enfermeiro agir de forma intuitiva e eficaz em contextos complexos.

Competências comuns do enfermeiro especialista

O EE é reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana, prestando cuidados de enfermagem avançados nas diferentes áreas de especialidade. Estes profissionais possuem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em diversos contextos de prestação de cuidados de saúde, devendo demonstrar capacidade para conceber, gerir e supervisionar os cuidados de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, estes profissionais têm ainda a responsabilidade de interpretar, divulgar e conduzir investigação científica relevante, promovendo o desenvolvimento e a melhoria contínua da prática de enfermagem.

Os domínios das competências do EE são transversais a todos os EE englobando: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados, e, desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes domínios são explanados de seguida.

Competência no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Na elaboração do presente relatório e no decurso dos estágios, a atuação em conformidade com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional foram uma prioridade. Procurei garantir que, a prestação de cuidados respeitasse os direitos humanos e as responsabilidades inerentes à profissão.

O exercício da enfermagem é orientado pelo Código Deontológico do Enfermeiro e pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, Estatuto, 2015). Durante os estágios, pautei a minha prática por essas diretrizes, assegurando que os cuidados prestados

respeitassem a dignidade humana, a autonomia, a justiça, a beneficência e a não maleficência. A minha abordagem de cuidados foi focada na capacitação da pessoa, promovendo a sua autonomia e incentivando a participação ativa no tratamento, priorizando o direito da pessoa à autodeterminação e o envolvimento em todo o processo. No que diz respeito ao princípio da justiça, garanti que agi de maneira equitativa em situações semelhantes, garantindo, simultaneamente, o respeito pela individualidade e pelas necessidades específicas de cada pessoa. Atuei com responsabilidade, integridade e equidade, promovendo o bem-estar da pessoa, a qualidade dos cuidados e o respeito pelos direitos humanos.

Assegurei que em circunstância alguma fosse identificada a instituição, pessoa com doença ou profissionais envolvidos, garantindo a utilização da informação apenas para fins académicos e profissionais. A confidencialidade dos dados foi rigorosamente mantida. Além disso, a intimidade e a privacidade das pessoas foram preservadas, embora em ambos os contextos, devido a limitações dos espaços físicos, tenha sido necessário mobilizar os recursos disponíveis, nomeadamente a utilização de cortinas e estores automáticos, ou o encaminhamento para um gabinete mais reservado, no sentido de proporcionar mais conforto.

Reconhecendo o direito da pessoa de aceitar ou recusar cuidados, antes de realizar qualquer procedimento assegurei a explicação detalhada. Mantive-me disponível para esclarecer dúvidas, garantindo que a informação relativa aos cuidados de enfermagem era disponibilizada, reconhecendo que a transmissão da informação clara e adequada é essencial à tomada de decisão consciente e autónoma.

Competência no domínio da melhoria contínua da qualidade

O Regulamento n.º 140/2019 estabelece que a competência do Enfermeiro Especialista (EE) no domínio da melhoria contínua da qualidade inclui um papel ativo na promoção e apoio às iniciativas estratégicas institucionais, especialmente na área da governação clínica. Neste contexto, o EE deve implementar práticas de qualidade, participar ativamente na gestão e colaboração em programas de melhoria contínua e assegurar um ambiente terapêutico e seguro. De forma complementar, o Código Deontológico do Enfermeiro (2015) reforça que o enfermeiro tem o dever de garantir a excelência na sua prática profissional. A melhoria contínua pode ser definida como um processo incremental e focado de inovação, envolvendo toda a organização.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam clarificar a natureza da profissão e abranger os diferentes aspetos do seu mandato social. Neste enquadramento, são definidos seis princípios orientadores da qualidade: satisfação das pessoas, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e ao autocuidado, readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem.

Para Pereira (2021), a qualidade em saúde baseia-se nos mesmos princípios da qualidade total, ou seja, na satisfação das necessidades e expectativas das pessoas, no envolvimento ativo e comprometido de toda a equipa no processo, na busca contínua pela melhoria dos serviços e na garantia de eficiência, sempre com o objetivo de proporcionar uma experiência positiva à pessoa.

Em consonância com esta perspetiva de qualidade centrada na pessoa, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNS) 2021-2026, conforme referido por Lebre et al. (2022), assenta em cinco pilares fundamentais para a promoção da segurança da pessoa: a cultura de segurança; a liderança e governança; a comunicação; a prevenção e gestão de incidentes de segurança; e as práticas seguras em ambientes seguros.

Relativamente ao quinto pilar do plano supracitado, os ambientes seguros para os processos terapêuticos desempenham um papel fundamental na proteção e segurança da pessoa com doença. Durante os estágios, baseei a minha atuação nas metas de segurança estabelecidas a nível nacional e internacional, garantindo a correta identificação da pessoa, melhorando a comunicação, minimizando o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e prevenindo danos resultantes de quedas.

Durante os estágios, desenvolvi competências inserida numa cultura organizacional voltada para a melhoria contínua, promovendo o aperfeiçoamento constante dos processos e da qualidade dos cuidados prestados.

Com o acompanhamento da enfermeira tutora, pude observar a gestão de recursos humanos, materiais e organizacionais, compreendendo a necessidade de ajustar o estilo de liderança consoante o contexto clínico, conforme indicado pelo Regulamento n.º 140/2019. O objetivo foi o de assegurar cuidados eficazes, seguros e de qualidade, otimizando os recursos disponíveis e garantindo a melhor resposta às necessidades das pessoas.

A comunicação foi outro parâmetro essencial desenvolvido no âmbito desta competência. Como já referido anteriormente, foi utilizada a técnica ISBAR para a transmissão sistematizada da informação. Esta técnica promove a segurança no ambiente terapêutico, ao permitir uma comunicação estruturada entre os profissionais. Tive oportunidade de aplicar esta metodologia ao longo do estágio, desenvolvendo assim competências nesta área. Na prática da enfermagem, a comunicação é fundamental, funcionando como um processo contínuo e dinâmico, através do qual se criam relações e interações humanas, tanto verbais quanto não verbais (Rocha, 2024). É essencial que os enfermeiros promovam um ambiente terapêutico que favoreça a comunicação, pois é crucial para o cuidado.

Durante os estágios, apresentei-me de forma clara e expliquei a minha função, assumindo desde o início a responsabilidade associada ao papel que desempenho na equipa de cuidados. Comunicar é uma das componentes fundamentais dos cuidados de saúde, da educação em

saúde e da promoção da mudança comportamental (Sequeira, 2016), pois permite estabelecer uma ligação eficaz entre os profissionais de saúde e as pessoas, facilitando o entendimento, a consciencialização e a adesão aos regimes propostos. Em todo o processo de cuidado, procurei promover uma comunicação objetiva e clara, visando não apenas a compreensão da pessoa, mas também a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Através da comunicação, cria-se um espaço que fortalece a tranquilidade, a autoconfiança, o respeito, a individualidade, a ética, a compreensão e a empatia, essenciais para proporcionar cuidados diferenciados e de qualidade à pessoa (Rocha, 2024). Procurei manter uma comunicação clara e aberta, refletindo continuamente sobre as minhas práticas e assegurando uma atuação transparente e justa.

A melhoria contínua também requer a participação ativa na gestão e implementação de programas de qualidade. Isso envolve identificar oportunidades de aperfeiçoamento, colaborar na definição de estratégias para otimizar os cuidados prestados, monitorizar resultados e propor mudanças que contribuam para a melhoria dos serviços e cuidados. No estágio que decorreu no hospital de dia, foi possível apurar que existe, como já referido anteriormente, um processo de acreditação para a idoneidade formativa, encontrando-se o elemento dinamizador a reunir propostas de projetos de melhoria contínua. Como futura EE, e profissional a exercer funções neste contexto, deparei-me com uma possibilidade de aperfeiçoamento, integrando assim um grupo de trabalho, com uma proposta de um programa de melhoria contínua, relacionado com a prevenção de extravasamentos de citotóxicos. Este programa irá permitir a minha colaboração na definição de estratégias para otimização dos cuidados, monitorizar os resultados, e juntamente com o grupo de trabalho propor mudanças que contribuam para a segurança, eficácia e satisfação das pessoas, promovendo a excelência na prestação de cuidados de saúde.

Outro ponto a desenvolver no âmbito desta competência, relaciona-se com a responsabilidade do enfermeiro em assegurar que o ambiente onde são prestados os cuidados de saúde proporcione segurança física e emocional à pessoa. Durante os estágios, procurei atender às necessidades de cuidados das pessoas e dos cuidadores, reconhecendo-os como seres biopsicossociais e espirituais, promovendo uma relação terapêutica baseada na empatia e no respeito. Nesse sentido, envolvi a pessoa e o cuidador na cultura de segurança, promovendo o conforto e incentivando a literacia em saúde, de modo a fortalecer a sua participação ativa no processo de cuidados, contribuindo para o bem-estar global. Aqui existe um domínio de extrema relevância que não pode deixar de ser mencionado, a humanização dos cuidados. A humanização dos cuidados responde ao direito da pessoa à autonomia, garantindo o respeito pela sua dignidade, individualidade e valores pessoais, promovendo uma abordagem centrada na pessoa e na valorização das suas necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais. Encontra-se intimamente relacionada com a qualidade dos cuidados, uma vez que representa um valor fundamental na busca pela excelência na prestação de cuidados, contribuindo para a melhoria da qualidade do atendimento à pessoa. A Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e a

Carta dos Direitos do Doente Internado (Morgado, Carvalho & Vilhena, 2018) destacam a humanização como um fator primordial para garantir a qualidade e segurança nos cuidados prestados.

Considero que, prestei cuidados humanizados alicerçados na empatia e no respeito à dignidade da pessoa, garantindo que as suas necessidades físicas, emocionais e psicológicas fossem atendidas. A melhoria contínua da qualidade não se limita a procedimentos e diretrizes, trata-se de uma cultura que valoriza a segurança, a comunicação e a humanização para garantir cuidados de excelência.

Competência no domínio da gestão dos cuidados

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o Enfermeiro Especialista (EE) desempenha um papel fundamental na gestão dos cuidados, coordenando as atividades da equipa, promovendo a colaboração entre os profissionais de saúde e ajustando a sua liderança conforme o contexto clínico. O objetivo primordial é garantir a qualidade e a eficiência dos cuidados prestados, assegurando um ambiente seguro e organizado. O EE é responsável por organizar, coordenar e supervisionar os cuidados prestados, assegurando que a sua equipa atua de forma eficiente. Isso envolve distribuir tarefas, otimizar os recursos disponíveis e promover a comunicação e colaboração entre os membros da equipa de saúde, garantindo uma resposta integrada e de qualidade às necessidades das pessoas.

Enquanto gestor de cuidados é esperado que o EE, planeie, organize implemente e avalie os cuidados de enfermagem. Deve delegar tarefas naqueles que estão sob sua supervisão, e que dependem funcionalmente do enfermeiro, desde que possuam a qualificação necessária para realizar a função, levando em conta o nível de dependência das pessoas nos cuidados (REPE, 2015). Ao delegar tarefas, o enfermeiro deve orientar e supervisionar a execução da atividade, mantendo a responsabilidade pela sua realização. Em ambos os contextos onde realizei os estágios foi notório a delegação de funções nos assistentes operacionais, nomeadamente na preparação da unidade da pessoa, e no acompanhamento em deslocações dentro ou fora do serviço, como deslocações ao WC ou a serviços da instituição para realização de exames complementares de diagnóstico.

Em ambos os contextos, o papel das enfermeiras orientadoras revelou-se fundamental, tanto na prestação de cuidados como na interação com os colegas e com a equipa multidisciplinar, contribuindo para um ambiente colaborativo e favorável à qualidade dos cuidados. Obtive claramente uma perceção real da importância da liderança na melhoria dos cuidados, especialmente em situações urgentes e emergentes, onde é necessária uma atuação rápida, eficaz e coordenada.

Uma outra característica esperada de um enfermeiro gestor de cuidados, é a capacidade de

tomada de decisão. Em enfermagem, o cuidar do outro envolve o processo de tomar decisões sobre problemas atuais ou futuros, sendo esperada uma intervenção segura e responsável, alinhada com a filosofia do “saber-fazer” (Benner, 2001). A autora refere que, na prática clínica, o enfermeiro enfrenta situações complexas e ambíguas e, nesse contexto, toma decisões priorizando determinadas ações. A experiência adquirida permite-lhe superar as incertezas, orientando-se pelo que é considerado o melhor para a pessoa. Assim, a capacidade de tomada de decisão é um processo complexo, cujo objetivo primordial é responder de forma eficaz às necessidades das pessoas com doença (Lourenço et al., 2022).

No decorrer dos estágios, durante a gestão dos cuidados, baseei a minha prática no processo de enfermagem, como definido no Regulamento n.º 190/2015, recolhendo e analisando os dados mais relevantes, identificando e priorizando os problemas de saúde, definindo objetivos e planeando e executando intervenções. Desta forma, elaborei planos de cuidados adequados, em parceria com a pessoa e os cuidadores. Ao longo do processo, avaliei continuamente os resultados e realizei ajustes, sempre que necessário, garantindo a máxima qualidade dos cuidados prestados.

Outra competência que procurei desenvolver prende-se com a gestão de tempo. A gestão eficaz do tempo é fundamental para assegurar a prestação de cuidados de qualidade, garantindo a satisfação das necessidades das pessoas de forma eficiente e segura. É fundamental priorizar tarefas, otimizar recursos e evitar atrasos na execução das intervenções, especialmente em situações de emergências. Além disso, contribui para a redução do stress, melhora a organização do trabalho em equipa e promove um ambiente terapêutico seguro. Uma gestão adequada do tempo favorece a continuidade dos cuidados, o aumento da produtividade e a humanização da assistência, assegurando que cada pessoa recebe a atenção personalizada de acordo com as suas necessidades.

Competência no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Nesta competência, o EE deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua prática clínica especializada na evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

Segundo Pereira (2021), a prestação de cuidados de saúde baseados na evidência é uma exigência das sociedades atuais, num contexto onde cidadãos e comunidades enfrentam desafios clínicos cada vez mais complexos, exigindo dos profissionais e das organizações respostas de maior qualidade e segurança.

A prática de enfermagem baseada na evidência é um método rigoroso, organizado e estruturado, que visa promover intervenções profissionais mais seguras e adequadas, enquanto otimiza a utilização dos recursos disponíveis (Pereira, 2021).

Com o objetivo de aprofundar e atualizar os meus conhecimentos, optei por frequentar o presente mestrado, motivada pela experiência profissional de cerca de quinze anos num serviço de ambulatório de adultos, dedicado à administração de terapêuticas antineoplásicas. Ao longo deste percurso, identifiquei a necessidade de consolidar e ampliar o meu conhecimento na área da pessoa com doença crónica, em particular da pessoa com doença oncológica, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados e uma resposta mais eficaz às suas necessidades específicas.

No âmbito da enfermagem, é reconhecido que a atualização constante é fundamental, dado que os conhecimentos científicos que sustentam a profissão estão em constante evolução. O desenvolvimento das aprendizagens do enfermeiro deve ser contínuo e dinâmico, exigindo um forte investimento pessoal em formação e na busca por evidência científica atualizada. É primordial assegurar uma atualização permanente dos conhecimentos, nomeadamente por meio da frequência de ações de qualificação profissional.

Durante os estágios, participei numa formação promovida pela instituição onde realizei o estágio, intitulada “Segurança e Saúde no Trabalho com Substâncias Citotóxicas”. Esta formação decorreu da necessidade de atualizar e aprofundar conhecimentos relacionados com a manipulação e administração de citotóxicos, que requerem um manuseio cuidadoso e adequado, a fim de assegurar tanto a segurança do profissional quanto da pessoa que realiza o tratamento. Segundo a List of Hazardous Drugs in Healthcare Settings (2024) do National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), os citotóxicos são caracterizados por propriedades como: genotoxicidade, mutagenicidade, carcinogenicidade, teratogenicidade, toxicidade reprodutiva e toxicidade de órgão. Neste sentido, existe grande preocupação em relação à manipulação desses fármacos, devido aos riscos ocupacionais, a que os profissionais de saúde estão expostos. O risco de exposição dos trabalhadores ao manusear uma substância perigosa depende de vários fatores específicos de cada ambiente de trabalho. Esses fatores incluem a forma de apresentação da substância, as vias de exposição, a frequência e duração da tarefa, as práticas de trabalho adotadas e a existência ou ausência de medidas de proteção, como sejam os equipamentos de preparação, ou equipamentos de proteção individual (EPI) (Managing Hazardous Drug Exposures, 2023). Realizar esta formação fez-me refletir sobre as práticas diárias dos profissionais, nas quais me incluo, especialmente no que diz respeito à manipulação de substâncias citotóxicas. Em paralelo com esta formação, procedi também à análise das normas institucionalizadas para a prática de enfermagem, que recomendam o uso de EPI durante a manipulação de medicamentos citotóxicos. Dentre os EPI's recomendados destacam-se as luvas de nitrilo (que demonstrem resistência na manipulação destas substâncias), e a máscara N95. A proteção ocular, está recomendada se ocorrer manipulação de substâncias em seringas e passíveis de salpicos. Estas orientações estão em conformidade com as recomendações do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e do National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) (2023), que recomendam o uso de equipamentos de

proteção individual específicos para os trabalhadores que desempenham tarefas envolvendo medicamentos perigosos, com o objetivo de reduzir a exposição e garantir uma barreira de proteção.

Pude constatar que certos procedimentos são negligenciados, particularmente na utilização dos EPI's para manipulação e administração destas terapêuticas, o que pode colocar em risco a saúde do profissional.

Em suma, quando se prioriza uma prática baseada na evidência, com domínio no conhecimento na área de atuação, oferecem-se cuidados diferenciados e, acima de tudo, seguros. Essa segurança é percebida pela própria pessoa com doença, potenciando a confiança na qualidade do cuidado prestado.

Saliento que, durante os estágios, de forma a dar resposta aos objetivos delineados, e às competências a adquirir, realizei diversas pesquisas de evidência científica nas bases de dados MEDLINE, CINAHL COMPLETE, Google Académico, e na literatura, sobre as diversas temáticas abordadas ao longo do presente relatório. O conhecimento obtido durante essas pesquisas, permitiu-me oferecer cuidados baseados na melhor evidência científica disponível. Acresce que as reuniões de orientação tutorial proporcionaram momentos fundamentais de partilha de conhecimentos, reflexão pessoal e profissional.

Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, incluem: prestar cuidados à pessoa e à família/cuidadores que vivenciam a doença crónica e maximizar o ambiente terapêutico, em articulação com a pessoa e seus cuidadores (Regulamento n.º 429/2018).

Os enfermeiros com conhecimento especializado na prestação de cuidados à pessoa com doença crónica oncológica, desempenham um papel fundamental na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. A complexidade dos processos patológicos e terapêuticos associados à doença oncológica, exige profissionais com competências avançadas, capazes de oferecer intervenções personalizadas, sustentadas na melhor evidência científica. O conhecimento especializado permite não só, a gestão adequada dos sintomas e efeitos secundários, mas também o apoio emocional e psicológico, promovendo a autonomia, a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa com doença e da família. Além disso, a presença do enfermeiro especialista, contribui para uma abordagem integrada e multidisciplinar, assegurando a continuidade dos cuidados e a humanização da assistência ao longo de todo o percurso da doença.

Os cuidados de enfermagem especializados, para a pessoa com doença crónica são contínuos e podem ser prestados em diferentes contextos, nomeadamente hospitalar, domiciliário ou comunitário. Esses cuidados focam-se na prevenção da doença, na promoção de hábitos de vida saudáveis, na adaptação à condição de saúde e na adesão ao regime terapêutico. O seu objetivo consiste em capacitar a pessoa, a família e ou o cuidador para enfrentar a doença crónica, ajudando na redefinição do projeto de saúde e na melhoria da qualidade de vida, considerando as implicações da doença na vida da pessoa (Regulamento n.º 429/2018).

Com base no exposto selecionei como tema do projeto de desenvolvimento de competências, e, por conseguinte, deste relatório: Cuidado Especializada à Pessoa com Doença Oncológica em Programa de Imunoterapia. O objetivo, prende-se com o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa com doença oncológica em tratamento de imunoterapia, não apenas como uma condição de saúde, mas adotando uma abordagem integradora e especializada, adequada à complexidade da situação crónica que estas pessoas vivenciam.

A abordagem poderia recair sobre várias áreas do tratamento, porém a que mais se destaca é a da gestão de sinais e sintomas associadas aos tratamentos de imunoterapia, com especial enfoque na capacitação da pessoa e do cuidador para a sua gestão.

Segundo Kimiz-Gebologlu (2018), a imunoterapia constitui um progresso importante no tratamento do cancro, quando comparada com as abordagens convencionais não específicas, como a quimioterapia e a radioterapia. Atualmente, é considerada um dos pilares no tratamento oncológico, contribuindo para o aumento da sobrevida das pessoas com doença oncológica em estadios avançados. O seu mecanismo de ação baseia-se na ativação do sistema imunológico da pessoa, tornando-o capaz de identificar e destruir as células tumorais (Vasques & Lacerda, 2022). No entanto, essa ativação pode provocar uma resposta inflamatória exacerbada, resultando em eventos adversos imunomediados, potencialmente lesivos para diversos órgãos. Assim, o reconhecimento precoce e a gestão adequada dessas complicações, são essenciais para assegurar a continuidade e o sucesso do tratamento (Vasques & Lacerda, 2022).

Os enfermeiros têm um papel fundamental no acompanhamento destas pessoas e seus cuidadores, na identificação precoce e monitorização dos eventos adversos agudos, mas sobretudo na educação da pessoa e/ou cuidador para a vigilância e autogestão desses efeitos (Vasques & Lacerda, 2022).

Nos subcapítulos seguintes, é apresentada uma reflexão crítica sobre as competências específicas na área mencionada e sobre a forma como as fui desenvolvendo ao longo dos estágios, alicerçadas nos objetivos delineados no projeto de desenvolvimento de competências realizado no Módulo I do presente mestrado.

Desenvolver competências para identificar as necessidades da pessoa com doença oncológica em programa de imunoterapia

Dentro deste objetivo foram delineados como objetivos subespecíficos: desenvolver capacidades para identificar as necessidades da pessoa relacionadas com os sinais e sintomas induzidos pela imunoterapia; e, desenvolver capacidade para identificar as necessidades da pessoa no domínio da autogestão do regime terapêutico.

O desenvolvimento de competências para identificar as necessidades da pessoa com doença oncológica submetida a imunoterapia (IT) é essencial, sobretudo no que se refere aos sinais e sintomas induzidos pelo tratamento, bem como à autogestão do regime terapêutico. Para dar resposta ao objetivo específico acima mencionado e aos subobjetivos dele decorrentes, foi realizada uma pesquisa baseada em evidência científica, recorrendo a bases de dados como Google Académico, MEDLINE e CINAHL COMPLETE. O foco da pesquisa incidiu sobre as informações que o enfermeiro deve recolher relativamente às necessidades da pessoa com doença oncológica, tanto no que diz respeito aos sintomas induzidos pela imunoterapia, como à sua capacidade de gerir esses sintomas de forma autónoma. Foram utilizadas as palavras-chave "necessidades", "autogestão" e "sintomas induzidos pela IT". Procurei ainda compreender o impacto que esses mesmos sintomas têm na qualidade de vida (QV) e bem-estar da pessoa e seu cuidador, como previamente delineado no projeto de desenvolvimento de competências. De forma a obter mais informação, também realizei, uma entrevista a um perito na área da IT (Anexo I), com o objetivo de recolher informações relevantes, sobre os principais sinais e sintomas associados ao tratamento com a IT, baseadas na sua experiência clínica.

Como refere Magalhães et al. (2020), a identificação das necessidades da pessoa com doença é um passo essencial na abordagem de cuidados centrados na pessoa. Quando submetida a tratamentos oncológicos, pode manifestar diversos sintomas e, por isso, é fundamental que esteja preparada para a sua autogestão. Esta necessidade torna-se ainda mais relevante no contexto atual, em que se verifica uma transição do tratamento em ambiente de internamento para a sua realização em regime de ambulatório. É, assim, importante, que a pessoa esteja consciente de que os efeitos adversos podem surgir em qualquer fase do tratamento, ocorrendo, na sua maioria, já no domicílio (Vasques & Lacerda, 2022).

As reações adversas associadas à imunoterapia são distintas das observadas com a quimioterapia antineoplásica, uma vez que as primeiras estão ligadas à ativação do sistema imunológico, com uma ação mais específica sobre os agentes causadores. Entre as reações mais frequentes descritas na literatura destacam-se: reações cutâneas, que podem variar de ligeiras a graves; distúrbios gastrointestinais, como diarreia; cefaleias, tonturas e astenia; bem como toxicidade endócrina, pulmonar e hepática. Adicionalmente, podem surgir manifestações musculoesqueléticas como artralguas e mialgias (Bulechek, 2011; Davies & Duffield, 2020).

A astenia vivenciada pela pessoa pode comprometer significativamente as atividades de

autocuidado e prejudicar a sua autoestima (Pedroso et al., 2021). Os sintomas provocados pela imunoterapia também podem afetar a capacidade funcional da pessoa, comprometendo assim a sua qualidade de vida e afetando as suas expectativas futuras. De uma forma geral, os sintomas podem influenciar o desempenho de papéis pessoais e sociais, prejudicando a qualidade e a organização das atividades diárias, tanto no âmbito laboral quanto familiar. O papel do enfermeiro é fundamental na monitorização desses sintomas, tanto o nível da sua intensidade, como da sua periodicidade, de forma à sua deteção precoce e referenciação para outros profissionais, caso se revele necessário (Moretto et al., 2019).

Segundo Silveira et al. (2021) a avaliação da QV em pessoas em tratamento antineoplásico possibilita ao enfermeiro o planeamento de ações que ajudam a reduzir os sintomas experienciados. Os dados recolhidos através dessa avaliação, permitem o desenvolvimento de estratégias que aprimorem a comunicação entre os profissionais de saúde e as pessoas com doença, favorecendo uma tomada de decisão compartilhada e contribuindo para a promoção da saúde (Moreira et al., 2021).

Magalhães et al. (2020) enfatizam a importância da recolha de dados sobre o significado que a pessoa atribui à doença e ao tratamento, pois esses fatores têm um impacto significativo na forma como a pessoa gere os sintomas decorrentes do tratamento e a sua qualidade de vida. O enfermeiro deve recolher esses dados com o intuito de avaliar se os significados estão a comprometer o processo de adaptação à doença, e, neste sentido, avaliar a necessidade de intervir a este nível.

A pessoa com doença oncológica deve ser capaz de desenvolver competências que lhe permitam tomar decisões informadas e adequadas face à transição do estado de saúde para a doença. Para isso, torna-se essencial identificar as barreiras que comprometem a autogestão dos sintomas, bem como compreender as experiências e vivências individuais ao longo do percurso terapêutico (Magalhães et al., 2019).

No processo de transição saúde/doença vivenciado pela pessoa com doença oncológica em tratamento, são diversos os fatores que podem impactar de forma positiva ou negativa tanto o curso dessa transição quanto a autogestão da doença e do tratamento (Bastos, 2013). Como explanado na Teoria das Transições, o significado é um desses fatores. O modo como os significados são interpretados pode impactar a resposta ao diagnóstico e ao tratamento, influenciando a qualidade de vida e a autogestão dos sintomas associados aos tratamentos (Magalhães et al., 2020), atuando como fatores facilitadores ou inibidores do processo de transição (Brito, 2012).

Durante os estágios profissionais, procurei compreender de que forma os significados atribuídos à doença, ao tratamento, à autogestão e à gestão de sintomas induzidos pela IT afetam o processo de transição. Inicialmente, observei a atuação das enfermeiras orientadoras na recolha de dados. Gradualmente, comecei a realizar essa tarefa, o que contribuiu para o

desenvolvimento e aprimoramento da minha autonomia e confiança.

Foram promovidos momentos de discussão com as enfermeiras orientadoras sobre os dados relacionados com os significados atribuídos ao processo de tratamento. Concluímos que, devido à sua subjetividade, a recolha desses dados representa um desafio, e que não existe uma abordagem sistematizada para o fazer. Torna-se evidente que, se uma pessoa atribui um significado negativo à autogestão de um sintoma, será difícil envolvê-la nesse processo. Assim, é necessário desmistificar e reformular esse significado, para que se possa, numa fase posterior, capacitar e empoderar a pessoa.

No seguimento desta constatação, considerei pertinente a criação de dois guias orientadores: um centrado na recolha de dados sobre sinais e sintomas (Anexo II) e outro sobre a autogestão desses sintomas (Anexo III), ambos fundamentados na evidência científica mais recente. A utilização destes instrumentos permitiu uma recolha mais sistematizada de dados, favorecendo a análise e interpretação da informação, o planeamento de cuidados e a implementação de intervenções mais direcionadas, eficazes e seguras.

Desenvolver competências na promoção da autogestão da doença e do regime terapêutico, da pessoa com doença oncológica do foro OH a realizar programa de imunoterapia

Como objetivos subespecíficos foram definidos: melhorar a capacidade de intervenção no domínio da autogestão do regime medicamentoso e melhorar a capacidade de intervenção no domínio da autogestão de sinais e sintomas.

Com o intuito de responder a este objetivo específico e, aos objetivos subespecíficos, realizei uma pesquisa nas bases de dados Google Académico, MEDLINE e CINAHL COMPLETE, procurando estratégias que os enfermeiros especialistas devem adotar para promover a autogestão dos sintomas induzidos pela imunoterapia, bem como do regime medicamentoso, focando a minha intervenção nos aspetos centrados na autovigilância, e, portanto, na capacidade da pessoa para vigiar sinais e sintomas e geri-los de forma eficaz. Utilizei como palavras-chave: "intervenção enfermeiro", "promoção da autogestão", "regime medicamentoso" e "sintomas induzidos pela IT".

Utilizar estratégias eficazes para a promoção da autogestão podem melhorar os resultados a curto e longo prazo relacionados com a qualidade de vida da pessoa e reduzir os custos em saúde. A Carta de Ottawa (OMS, 1986) identifica a capacitação dos indivíduos como um elemento central na promoção da saúde, e consequentemente melhor qualidade de vida, uma vez que lhes permite assumir maior controlo sobre a sua condição. Em Portugal, a adoção de estratégias e planos que visam a promoção da saúde e a prevenção da doença, são uma realidade. O Plano Nacional de Saúde 2020-2030 estabelece como objetivo melhorar e proteger

a saúde da população em Portugal ao longo de toda a vida, através da proteção e promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados de saúde preventivos, curativos, de reabilitação e paliativos, pautados pela qualidade, equidade e sustentabilidade, garantindo a participação dos cidadãos (Conselho Nacional de Saúde, 2023).

Os enfermeiros desempenham um papel relevante junto da pessoa com doença oncológica, especialmente através de intervenções que incentivam a autogestão da doença e dos seus sintomas (Santos & Lima, 2022). Na sua abordagem sobre o desenvolvimento de competências na prática de enfermagem, Benner (2001) destaca a importância do enfermeiro como educador, enfatizando que a educação é uma das intervenções chave para promover a autonomia e a autogestão da pessoa. Para a autora, a capacidade de o enfermeiro educar não se limita apenas à mera transmissão de informação, mas implica também capacitar a pessoa para tomar decisões informadas sobre a sua saúde e o seu tratamento.

Na sua obra *"From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice"* (2001), a autora refere que, à medida que ganham experiência, os enfermeiros desenvolvem habilidades essenciais para entender as necessidades das pessoas e para fornecer educação personalizada que favoreça a autogestão. A educação, neste sentido, é uma prática contínua que visa, não apenas melhorar o conhecimento das pessoas, mas também estimular comportamentos que promovam o autocuidado e a melhoria da qualidade de vida. Também Orem (2001), ao abordar a Teoria do Autocuidado, reforça que educar a pessoa é uma das principais estratégias para garantir que ela seja capaz de gerir a sua própria saúde de forma eficaz e independente, apenas com o suporte dos profissionais de saúde.

A educação, enquanto intervenção autónoma do enfermeiro, é fundamental na promoção de comportamentos de autogestão (Bastable, 2017). Através da educação, o enfermeiro capacita a pessoa a gerir eficazmente a sua condição de saúde, fornecendo-lhe informações sobre o tratamento, o autocuidado e estratégias para lidar com os efeitos secundários. Isso é particularmente importante em contextos como o tratamento de doenças crónicas ou oncológicas, onde a capacidade da pessoa em compreender e gerir a sua saúde tem um impacto significativo no sucesso do tratamento e na melhoria da qualidade de vida (Prutipinyo, Maikew & Sirichotiratana, 2012). Esta abordagem educativa deve ser fundamentada na informoterapia, uma prática que visa não apenas fornecer informações, mas também promover a compreensão e a reflexão ativa sobre a saúde e o tratamento (Kemper & Mettler 2006; Padilha et al. 2012). Nesse contexto, o enfermeiro, especialista deve demonstrar criatividade e flexibilidade para desenvolver estratégias de ensino que sejam envolventes e motivadoras, a fim de incentivar a pessoa a assumir um papel ativo na autogestão da sua condição. Ao integrar o conhecimento teórico com uma abordagem centrada na pessoa, pode contribuir significativamente para a capacitação do indivíduo, promovendo a adesão ao tratamento e melhorando os resultados em saúde. A prática de educar, além de ser uma habilidade essencial, favorece a construção de um vínculo de confiança entre a pessoa e o profissional de saúde, o

que melhora a adesão ao tratamento e promove a qualidade de vida (Benner, 2001).

Nesta linha de pensamento, uma ferramenta valiosa que auxilia no processo de capacitação das pessoas e os seus familiares/cuidadores é o manual educativo (Cohen et al. 2016). Os manuais educativos, são recursos que podem ser elaborados pela equipa de saúde da instituição, com base nas evidências científicas mais recentes, que têm como objetivo fornecer informações essenciais sobre os tratamentos, os cuidados a adotar durante o tratamento, os potenciais efeitos adversos, e, ainda, orientações claras sobre como relatar esses eventos à equipa de saúde. No hospital de dia, onde decorreu o estágio, existe um guia para quimioterapia, porém, este não contempla a imunoterapia, evidenciando a necessidade de um novo recurso orientado para esta terapêutica emergente, podendo ser a sua criação uma mais-valia, tanto institucional como para as pessoas a realizar este tratamento, sendo que, o recurso a este tipo de terapêutica apresenta uma tendência crescente significativa. Tendo em conta a sua relevância, sugeri à enfermeira tutora a integração de um capítulo específico sobre esta área no guia de orientação, com o intuito de reforçar e complementar a informação disponibilizada à pessoa em tratamento.

Outras estratégias que podem ser utilizadas na promoção da autogestão são orientar e aconselhar. Segundo Bastable (2017), a educação de saúde não se limita à transmissão de informações, mas envolve também um processo de orientação contínua, no qual o enfermeiro atua como facilitador, ajudando a pessoa a compreender a sua condição e a tomar decisões informadas sobre o seu cuidado. O aconselhamento, por sua vez, permite ao enfermeiro apoiar a pessoa na adaptação a novas realidades impostas pela doença e pelo tratamento, promovendo uma maior independência na gestão da sua saúde. Essas estratégias são essenciais para fortalecer a autogestão, uma vez que capacitam as pessoas a gerir os seus sintomas e aderir ao regime terapêutico com maior confiança e autonomia (Bastable, 2017).

Segundo a literatura, para que a pessoa consiga gerir de forma eficaz os sintomas decorrentes do tratamento, é fundamental que ele desenvolva habilidades e adquira o conhecimento necessário (Silva, 2019). Em particular, é importante que seja capaz de identificar precocemente os sintomas, monitorizar a sua intensidade e acompanhar a sua evolução ao longo do tempo. Isso permite uma intervenção mais eficaz, evitando complicações e promovendo uma maior qualidade de vida durante o tratamento. Segundo Magalhães et al. (2020), o enfermeiro especialista deve orientar a pessoa com doença oncológica, explicando de forma clara e acessível a fisiopatologia dos sintomas, de modo que a pessoa os possa compreender e aceitar. Essa abordagem é fundamental para promover a autogestão dos sintomas, capacitando a pessoa a lidar de forma mais eficaz com os desafios impostos pelo tratamento.

Tem-se investido significativamente nas novas tecnologias como uma estratégia educacional. Disponibilizam-se sistemas de tecnologia como e-Health e m-Health, que oferecem soluções

inovadoras para a gestão da saúde, permitindo que as pessoas tenham acesso a informações, monitorização e suporte contínuo no seu processo de cuidado, de forma prática e acessível. Especificamente, existe o projeto "iGestSaúde: Aplicativo de autogestão da doença crónica", no módulo QT, com o objetivo de desenvolver uma aplicação para smartphone que auxilie na autogestão da doença crónica, incluindo orientações terapêuticas que ofereçam suporte à autogestão dos sintomas (Sousa et al., 2020). Durante os estágios, tive a oportunidade de contactar com a aplicação, contudo, neste momento, encontra-se orientada exclusivamente para a quimioterapia, razão pela qual não foi explorada no sentido de ser utilizada em contexto de imunoterapia.

Atualmente, não existe um programa padronizado universal para a gestão dos efeitos secundários decorrentes da imunoterapia. No entanto, diversas instituições de saúde e organizações especializadas têm desenvolvido diretrizes e materiais educativos para auxiliar tanto as pessoas com doença como os profissionais de saúde na identificação e gestão desses efeitos. A título de exemplo, a European Society for Medical Oncology (ESMO) disponibiliza um guia detalhado que aborda as toxicidades mais comuns associadas aos tratamentos de imunoterapia, oferecendo estratégias para a sua gestão eficaz (Haanen et al., 2022). Além disso, também disponibiliza um guia em português intitulado "Efeitos Adversos Relacionados com a Imunoterapia: Guia para o Doente" que foi elaborado no sentido de auxiliar pessoas, familiares e cuidadores a compreender e gerir os efeitos adversos relacionados com a imunoterapia (ESMO, 2017). De forma semelhante, a National Comprehensive Cancer Network (NCCN) fornece materiais informativos que explicam os possíveis efeitos colaterais da imunoterapia e enfatizam a importância de as pessoas comunicarem prontamente quaisquer sintomas aos seus profissionais de saúde (NCCN, 2023).

Durante o estágio, tive a oportunidade de educar a pessoa sobre os seus sintomas e a respetiva autogestão, recorrendo a uma abordagem individualizada. Como refere Ferreira (2015), mesmo após ter iniciado os tratamentos a pessoa atravessa um processo de transição, no qual pode manifestar lacunas no conhecimento acerca do tratamento e não estar devidamente preparado para a autogestão. Neste contexto, as intervenções de enfermagem têm como objetivo fundamental capacitar a pessoa para: prevenir complicações, aprimorar as suas competências de autocuidado e gerir de forma eficaz o regime terapêutico. Inicialmente, procurei avaliar a presença de sintomas e, caso estivessem presentes, identificar o nível de conhecimento da pessoa sobre os mesmos, bem como as suas habilidades para a autogestão, no sentido de evoluir para um estado de mestria. Com base nesta avaliação, implementei intervenções especializadas com o intuito de promover a sua capacitação. No entanto, importa salientar que a autogestão dos sintomas induzidos pela IT pode constituir um processo complexo e gerador de stress. Por essa razão, ao longo de todos os contactos estabelecidos, valorizei o potencial da pessoa e forneci estratégias que lhe permitissem desenvolver gradualmente as suas competências, capacitando-o para uma gestão autónoma e eficaz da sua condição.

Ao abordar a autogestão dos sintomas da imunoterapia, é necessário considerar a natureza única desta terapêutica, que pode induzir reações imunológicas variadas, como toxicidades cutâneas, pneumonite e distúrbios gastrointestinais. A pessoa foi assim orientada a identificar precocemente esses sintomas e a monitorizar a sua evolução, considerando que este processo pode ser complexo devido à variedade e à intensidade das reações adversas que podem surgir. Durante a implementação das intervenções, procurei valorizar o potencial da pessoa, promovendo estratégias que a ajudassem a tornar-se mais confiante e preparada para gerir os sintomas. Assim, embora a imunoterapia seja uma abordagem terapêutica relativamente recente, a promoção da autogestão, com o apoio do enfermeiro, é crucial para assegurar que as pessoas se sintam empoderadas e capazes de enfrentar os desafios impostos pela terapia.

Foi também necessário analisar os principais obstáculos à autogestão dos sintomas induzidos pela imunoterapia, sendo que os principais desafios incluem os sintomas e efeitos colaterais imprevisíveis, como sejam a fadiga, as erupções cutâneas, a diarreia e os sintomas respiratórios, que podem ser imprevisíveis e difíceis de controlar. Esses efeitos podem interferir na capacidade da pessoa se concentrar na autogestão, pois variam em intensidade e duração (Hodi et al., 2010). Outro obstáculo é a falta de conhecimento sobre os sintomas e tratamento, sendo que muitas pessoas não têm um entendimento adequado sobre estes efeitos da imunoterapia e as estratégias para os gerir. A educação sobre os potenciais efeitos colaterais da IT e as estratégias de autogestão é essencial, mas nem todas as pessoas recebem informações suficientes durante o tratamento. Isso pode gerar confusão e frustração, dificultando a adoção de comportamentos de autogestão (Ribas et al., 2015). Outro fator considerado como um obstáculo à autogestão é a falta de apoio social e familiar. A ausência de uma rede de apoio pode aumentar a sensação de isolamento e dificultar o processo de autogestão, uma vez que as pessoas podem sentir que não têm suporte para enfrentar os desafios impostos pela imunoterapia (Usta, 2012). O medo da progressão da doença e incerteza do futuro, o medo de que a imunoterapia não seja eficaz ou que a doença possa progredir pode gerar ansiedade e afetar a disposição da pessoa para se envolver na autogestão. Além disso, a incerteza quanto aos resultados do tratamento pode levar à hesitação em seguir as orientações sobre a autogestão (Sartor et al., 2018). Outras dificuldades são as financeiras e as relacionadas com o acesso a cuidados adequados. A imunoterapia pode ser um tratamento dispendioso e podem existir pessoas com doença sem acesso a recursos financeiros adequados ou planos de saúde que cubram as terapias necessárias, constituindo-se assim as dificuldades financeiras um obstáculo para a adesão ao tratamento (Kaufman et al., 2019).

No caso clínico explanado neste relatório, a náusea foi um fator que prejudicou a capacidade da pessoa para apreender e aplicar estratégias de autogestão. Inicialmente, a minha intervenção concentrou-se no controlo da náusea e, posteriormente na capacitação da pessoa para a autogestão, ajudando-a a lidar de forma mais eficaz com os efeitos do tratamento.

Além do exposto, uma das atividades que realizei para promover a aquisição destas

competências passou pela elaboração de planos de cuidados na plataforma E4Nursing, orientados para o processo de adaptação à transição vivenciada pela pessoa. A autogestão foi uma área de grande foco na minha prática clínica, o que me levou a elaborar planos de cuidados fundamentados nestes aspetos, incentivando comportamentos que favorecessem uma transição saudável. Nos casos clínicos desenvolvidos, as pessoas apresentavam necessidades relacionadas com a gestão do regime medicamentoso. A intervenção foi estruturada com base nos componentes essenciais da teoria das transições de Meleis (2001), incluindo conhecimento, habilidades, significados, consciencialização e acesso. Esta abordagem multidimensional visou promover uma capacitação holística e uma transição mais segura e eficaz.

Desenvolver capacidades para identificar as necessidades do cuidador da pessoa com doença oncológica, do foro da OH a realizar programa de imunoterapia

Alinhado com as estratégias já definidas nos anteriores objetivos, realizei uma pesquisa utilizando a literatura disponível, e as bases de dados Google Académico, MEDLINE e CINAHL COMPLETE, para identificar as informações que o enfermeiro deve recolher para identificar as necessidades do cuidador da pessoa com doença oncológica a realizar programa de IT. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: "necessidades", "cuidador", "doença oncológica" e "imunoterapia".

O papel do cuidador na jornada da pessoa com doença oncológica hematológica submetida a tratamento é de extrema importância, pois envolve não apenas o suporte físico, mas também o apoio emocional e social (Barros, 2011). O diagnóstico de uma doença oncológica representa um desafio significativo tanto para a pessoa com a doença, quanto para aqueles que assumem a função de cuidadores.

A imunoterapia revolucionou o tratamento da doença oncológica promovendo respostas mais eficazes e duradouras. No entanto, os efeitos adversos e a complexidade do tratamento impõem desafios adicionais aos cuidadores, que precisam estar preparados para lidar com complicações, gerir regimes medicamentosos e oferecer suporte emocional contínuo.

A definição de cuidador é ampla e pode ser dividida em duas categorias: formal e informal. O cuidado informal ocorre, principalmente, no domicílio, e é oferecido por familiares, amigos ou vizinhos, sem qualquer tipo de remuneração. Por outro lado, o cuidado formal refere-se à assistência prestada por profissionais qualificados, seja em casa ou em instituições, que possuem formação específica para a função e são remunerados pelo seu trabalho (Falcão et al., 2021). A literatura frequentemente descreve o cuidador familiar, ou cuidador informal, como a pessoa responsável por prestar cuidados diários a alguém que necessita de assistência, seja um familiar, amigo ou vizinho. Essa necessidade pode surgir devido a problemas de saúde, como doenças crónicas ou pelo processo natural de envelhecimento (Family Caregiver Alliance, 2006).

O cuidado possui uma dimensão temporal que exige do cuidador uma adaptação constante, levando-o a desenvolver habilidades e destreza na execução das suas tarefas, enquanto aprende a mobilizar recursos conforme a progressão da doença crónica ou da dependência da pessoa assistida. Nesse contexto, a literatura caracteriza o *caregiving* como um processo dinâmico de prestação de cuidados, no qual o cuidador familiar vivencia o seu papel ao longo do tempo, dentro de um continuum de cuidados (Family Caregiver Alliance, 2006).

Regra geral, os cuidadores enfrentam múltiplos desafios, desde o medo do diagnóstico até ao apoio e suporte à pessoa com doença, tanto a nível emocional como físico, além de gerirem as rotinas diárias (Santos, Pais Ribeiro, & Lopes, 2003). Em particular, os cuidadores de pessoas com doença oncológica frequentemente enfrentam situações exaustivas, tanto físicas quanto emocionais, e, muitas vezes, encontram dificuldades em receber o suporte necessário das equipas de profissionais de saúde (Miguel, Freire, & Capelas, 2019). Desempenham um papel essencial no cuidado, tornando imprescindível que os profissionais de saúde atendam de forma eficaz às suas necessidades e desafios, contribuindo para o aprimoramento das suas habilidades do cuidado (Moraes & Santana, 2024).

Como já referido, atualmente o tratamento da doença oncológica envolve menos internamentos, sendo que a maior parte dos tratamentos é realizada em ambulatório. Consequentemente, o cuidado da pessoa é transferido das instituições de saúde para o ambiente domiciliar. O cuidador assume a responsabilidade pelas tarefas diárias essenciais da pessoa, gere a medicação e as deslocações aos serviços de saúde, mantém contato com os profissionais de saúde que acompanham a pessoa e, além disso, cuida da parte financeira, seja de forma direta ou indireta (Miguel, Freire & Capelas, 2019).

Cuidar de uma pessoa submetida a imunoterapia em contexto oncológico pode ser um desafio significativo para os cuidadores informais. Estes enfrentam diversas necessidades que impactam a sua qualidade de vida e bem-estar, como a sobrecarga física e emocional, em que a tarefa de cuidar pode ser difícil, com exigências específicas ao nível físico, material e humano, fazendo com que muitas vezes as necessidades dos cuidadores sejam esquecidas. A sobrecarga sentida pelos cuidadores informais de pessoas com doença oncológica pode variar, mas é frequentemente significativa (Bailão, 2013).

Importa referir o impacto na qualidade de vida familiar, uma vez que a QV dos cuidadores informais tende a diminuir à medida que a doença da pessoa progride. Estudos indicam que cuidadores de pessoa em tratamento sintomático apresentam maior sobrecarga e *distress*, com uma diminuição na qualidade de vida, comparativamente com as fases iniciais do tratamento (Miguel, Freire, & Capelas, 2019).

Devido ao facto de a QV ser determinada pela perceção individual, subjetiva, variável ao longo do tempo e dinâmica, pode mudar conforme as circunstâncias e experiências de cada pessoa (Pais-Ribeiro, 2002). Isso torna a sua análise complexa e suscetível a resultados distintos, uma

vez que a QV varia conforme as fases da doença, os tratamentos e as experiências pessoais do cuidador.

A atuação do enfermeiro é fundamental no apoio aos cuidadores, oferecendo informações e orientações que facilitem o processo de tomada de decisão e a adaptação ao seu novo papel. Os cuidadores enfrentam desafios significativos ao assumirem o papel de prestadores de cuidados, necessitando, portanto, de suporte adequado para desenvolver as competências necessárias (Moraes & Santana, 2024).

Durante os estágios, pelo contacto com os cuidadores de pessoas a realizar imunoterapia, foi possível constatar que as suas necessidades são realmente específicas, individuais e subjetivas. No entanto, percecionei que, no geral, tendem a alinhar com as necessidades dos cuidadores das pessoas a realizar outros tipos de tratamentos na área da oncologia. Estando relacionadas com o tratamento, a gestão dos efeitos secundários, o acesso aos profissionais de saúde e, com a tendência a descurar a sobrecarga emocional, bem como o seu bem-estar físico e mental. Considero fundamental focar nas necessidades identificadas e investir neste campo, mas não posso deixar de referir que também seria importante explorar o campo do bem-estar e da qualidade de vida do próprio cuidador, que também necessita de cuidados e atenção. Compreender e atender a todas estas necessidades é essencial para garantir não apenas o bem-estar da pessoa, mas também a saúde e qualidade de vida do próprio cuidador. As necessidades foram apuradas nas interações que ia estabelecendo com os cuidadores, com a elaboração e aplicação do Guião de Colheita de Dados - Necessidades do Cuidador na Vigilância de Sinais e Sintomas da IT (Anexo IV). Este guião foi aplicado a dois cuidadores de pessoas em tratamento com IT.

De referir que, após uma análise detalhada das fontes disponíveis, constatei que existe uma escassez de estudos específicos sobre as necessidades dos cuidadores de pessoas submetidos à imunoterapia. Grande parte da literatura existente aborda as necessidades dos cuidadores de pessoas com doença oncológica em geral, mas sem distinção do tipo de tratamento. Embora não existam estudos específicos sobre as necessidades dos cuidadores de pessoas em imunoterapia, é razoável inferir que eles compartilham desafios semelhantes aos de cuidadores de pessoas com doença oncológicas em tratamento com outras terapêuticas. Estou convicta que esta é também uma área que os enfermeiros, nomeadamente os EE, devem abraçar nas suas pesquisas, com o objetivo de aumentar o conhecimento disponível e melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

Desenvolver capacidades para intervir face às necessidades do cuidador da pessoa com doença oncológica do foro OH a realizar imunoterapia, com vista a preparar o regresso a casa

Na mesma linha orientadora do que foi desenvolvido nos objetivos anteriores, realizei uma pesquisa nas bases de dados Google Académico, MEDLINE e CINAHL COMPLETE, para identificar intervenções que facilitem a vigilância e monitorização dos sintomas decorrentes da IT por parte dos cuidadores. As palavras-chave utilizadas foram: "intervir", "cuidador", "doença oncológica", e "efeitos secundários imunoterapia" de forma a obter evidência científica disponível sobre esta temática.

As terapêuticas de enfermagem podem ser compreendidas como as intervenções e medidas adotadas pelos enfermeiros para auxiliar no processo de transição da pessoa, promovendo uma melhor condição de saúde e maior bem-estar (Meleis, 2012). Segundo Schumacher & Meleis (1994), as intervenções de enfermagem direcionadas aos familiares cuidadores têm como objetivo desenvolver as suas habilidades, capacitando-os e oferecendo o suporte necessário durante o processo de cuidado. Dessa forma, as terapêuticas de enfermagem devem focar-se na prevenção de transições não saudáveis, promovendo a sensação de bem-estar e fornecendo as orientações essenciais para que o indivíduo consiga desempenhar eficazmente o seu novo papel (Meleis, 2010).

A gestão dos sintomas exige um processo de capacitação e conhecimento por parte da pessoa, sendo ainda mais relevante quando se trata de terapêuticas mais recentes como a imunoterapia. Embora as terapias imunológicas representem avanços significativos no tratamento de vários tipos de cancro, elas estão associadas a efeitos secundários específicos e muitas vezes inesperados, que podem ser complexos e desafiantes para as pessoas gerirem sozinhas. O apoio da família desempenha um papel fundamental no tratamento do cancro e na recuperação da pessoa, sendo um dos principais suportes para lidar com o stresse associado aos desafios decorrentes da sua condição (Pereira et al., 2024). Segundo Orem, os indivíduos devem desenvolver a autonomia e assumir a responsabilidade pela sua própria assistência, podendo recorrer ao apoio dos familiares sempre que necessário (Koshy et al., 2023).

Ao vivenciarem a transição para o papel de cuidadores de uma pessoa com doença oncológica, os cuidadores enfrentam sentimentos como medo, angústia e sofrimento. Essa mudança impacta toda a dinâmica familiar, exigindo uma readaptação do papel social e o desenvolvimento de novas habilidades de cuidado. As necessidades dos cuidadores são variadas, englobando aspetos informacionais, práticos, emocionais e psicológicos. Isso destaca a importância do papel do enfermeiro como facilitador do processo de transição, auxiliando e oferecendo suporte ao longo dessa trajetória (Moraes & Santana, 2024).

A melhor evidência disponível indica que os enfermeiros devem estar atentos às necessidades e preocupações dos cuidadores para garantir um atendimento de qualidade e eficaz,

proporcionando o suporte adequado durante o processo de cuidado (Dingley et.al., 2017; Kondeti et al., 2021). Deve executar intervenções dirigidas à educação sobre os cuidados diários, ao aconselhamento, e encaminhamento para serviços de apoio sempre que necessário, garantindo um suporte abrangente aos cuidadores (Grande et al., 2021; Kusi et al., 2020).

Existe um consenso na literatura sobre a relevância das intervenções de enfermagem, não apenas no cuidado direto à pessoa, mas também no suporte à família ou cuidador. O papel da enfermagem é fundamental no tratamento com imunoterapia, uma vez que esses medicamentos possuem mecanismos de ação complexos e exigem uma abordagem especializada para a sua administração, educação da pessoa e cuidador, e prevenção de complicações clínicas (Helber et al., 2018; Vazquez, 2017). Este profissional desempenha, assim, um papel importante na educação e no apoio ao cuidador, promovendo estratégias para uma monitorização adequada dos sinais e sintomas durante o tratamento com estas terapêuticas.

É importante destacar que a capacitação das pessoas e seus familiares/cuidadores não se deve limitar apenas ao início do tratamento, mas deve ser um processo contínuo. A educação deve-se iniciar antes do início da imunoterapia, com o objetivo de preparar a pessoa e o cuidador para o que esperar, os cuidados necessários e os possíveis efeitos adversos. No entanto, esse processo não se deve restringir a esse momento inicial.

A educação deve ser reforçada durante o tratamento, proporcionando informações adicionais à medida que novos sintomas ou dificuldades surgem. Procurei responder a estas necessidades no decorrer dos estágios, mostrando-me disponível para responder a dúvidas, rever as orientações e garantir que a pessoas e os seus familiares compreendam as estratégias de gestão dos efeitos adversos.

Após o término da imunoterapia, o acompanhamento pelo enfermeiro especialista deve incluir uma componente educacional centrada na continuidade dos cuidados, na monitorização de possíveis efeitos tardios e na importância do seguimento a longo prazo. Este acompanhamento torna-se particularmente relevante após o regresso da pessoa ao domicílio, onde, conforme já referido neste relatório, se manifestam a maioria dos sintomas associados ao tratamento. Daqui a importância de ter definido este objetivo, permitindo-me desenvolver competências nesta área. Este acompanhamento à posteriori e a preparação para o regresso ao domicílio garante que a pessoa e o cuidador estejam bem informados e preparados para lidar com qualquer complicação ou mudança no quadro de saúde, promovendo uma recuperação completa e qualidade de vida a longo prazo. No global, a educação deve ser um processo dinâmico e contínuo, que evolui conforme as necessidades ao longo de todo o tratamento e pós-tratamento.

Tal como na quimioterapia, é fundamental que os enfermeiros adotem uma abordagem individualizada, ajudando a pessoa e o cuidador a compreender os sintomas que podem surgir,

fornecendo informações claras sobre as terapias e capacitando-os para a autogestão desses efeitos adversos. Nas minhas intervenções, concentrei-me em fornecer os conhecimentos e desenvolver as competências essenciais para que o cuidador pudesse vigiar e gerir adequadamente os sintomas decorrentes do tratamento. Após essa base inicial, direcionei as minhas ações para o fortalecimento da autoeficácia, ajudando o cuidador a aumentar a confiança nas suas habilidades para a assunção do papel e para auxiliar a pessoa a lidar com os sintomas de forma eficaz.

Nesse processo, baseei as intervenções na melhor evidência científica disponível, de forma a garantir que as ações implementadas fossem eficazes e apropriadas ao contexto do cuidador. Este planeamento, estruturado e fundamentado, visa proporcionar também um suporte integral ao cuidador, não desconsiderando as suas necessidades durante a transição no decorrer do tratamento da pessoa, promovendo a gestão dos efeitos secundários e a melhoria da qualidade de vida de ambos. De destacar que, com base na evolução observada no comportamento do cuidador, especialmente no que se refere à aquisição de novas competências, pude concluir que estava a experienciar um processo de transição saudável.

Destaca-se a importância da construção de um vínculo entre equipa, pessoa e cuidador, o que contribui para a minimização do abandono das administrações de tratamentos proporcionando um aumento do sucesso terapêutico (Bartell et al., 2015; Serra et al., 2019).

A vigilância de sinais e sintomas decorrentes da imunoterapia pode ser otimizada com educação, tecnologia, estratégias organizacionais e suporte emocional. O enfermeiro tem um papel central nesse processo, garantindo que os cuidadores tenham as informações e habilidades necessárias para agir com segurança e eficácia. Tal como verificado no objetivo anterior, a análise das fontes disponíveis evidenciou uma limitada quantidade de estudos centrados nas intervenções dos cuidadores de pessoas submetidas a imunoterapia. A maioria da literatura encontrada aborda os cuidados prestados a pessoas com doença oncológica de forma abrangente, sem contemplar as especificidades associadas a este tipo particular de tratamento. Na literatura consultada relacionada com a IT, destaca-se a frequente referência à importância da avaliação precoce de sinais indicadores de toxicidade neurológica em pessoas submetidas a tratamento com células CAR-T. Uma das ferramentas específicas recomendadas para esse fim é o questionário ICE (Immune Effector Cell-Associated Encephalopathy), desenvolvido para avaliar alterações neurológicas associadas a este tipo de terapêutica (O'Leary & Marino, 2021). A aplicação deste instrumento não se restringe ao período de internamento após a infusão do tratamento, devendo estender-se por, pelo menos, 30 dias após a alta hospitalar. Este processo de monitorização contínua exige a presença de um cuidador permanente, responsável não apenas pela aplicação do questionário, mas também pela vigilância de possíveis alterações neurológicas ou outros sinais clínicos que possam surgir (Gilead Sciences, 2024).

Melhorar a capacidade de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos

Para alcançar esse objetivo recorri às diretrizes nacionais sobre Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos. Também analisei os procedimentos do manual de controlo de infeção dos serviços onde decorreram os estágios e realizei o curso online “Infeção Associada aos Cuidados de Saúde: Abordagem Geral”, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, disponibilizado na plataforma NAU.

A criação de ambientes seguros e o controlo de infeções dependem do compromisso de todos os profissionais de saúde, os quais devem adotar práticas e comportamentos direcionados para esse fim. Em 2013, foi implementado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), cuja última atualização ocorreu em 2022. Os principais objetivos deste programa consistem em diminuir a taxa de infeções associadas aos cuidados de saúde, incentivar o uso adequado de antimicrobianos e reduzir a incidência de microrganismos resistentes. Este programa foi ainda considerado um programa de saúde prioritário no âmbito do Plano Nacional de Saúde (Despacho n.º 10901/2022).

Simultaneamente, foram estabelecidas as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), medidas essenciais para a prevenção e controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. A Direção-Geral da Saúde (DGS), na sua Norma de PBCI publicada em 2013, estabeleceu dez medidas fundamentais: adequação da colocação dos doentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; uso de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental; manuseamento seguro da roupa; recolha adequada de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e, prevenção da exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2013).

A prevenção de infeções em pessoas com doença oncológica é fundamental, uma vez que estas apresentam, frequentemente, o sistema imunológico comprometido devido à doença e aos tratamentos, como a quimioterapia e a imunoterapia. A adoção de medidas rigorosas de controlo de infeção, nomeadamente a higiene das mãos, o uso adequado de equipamentos de proteção individual e a monitorização de sinais precoces de infeção, é essencial para reduzir complicações, melhorar a qualidade de vida e aumentar as probabilidades de sucesso do tratamento.

Em ambos os contextos de estágio, constatei a existência de diretrizes rigorosas, direcionadas para a prevenção e controlo de infeções, bem como para a redução da resistência aos antimicrobianos. Neste âmbito, desenvolvi e aperfeiçoei a minha capacidade de fornecer orientações claras e precisas às pessoas e aos seus cuidadores, no sentido de prevenir infeções que possam originar novos internamentos ou prolongar a estadia hospitalar. Em paralelo, tive também a possibilidade de acompanhar as enfermeiras orientadoras na execução de procedimentos de manipulação do CVC, ao longo de vários turnos, constatando o cumprimento

minucioso da norma institucional “Manipulação de Cateter Venoso Central Totalmente Implantado” e do “Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central”, no que diz respeito às intervenções de manutenção do dispositivo. Segundo a DGS (2022), no ponto três desta norma supracitada, devem ser implementadas de forma integrada as cinco intervenções que integram o documento: a) avaliar diariamente a possibilidade de remoção do CVC; b) higienizar as mãos antes da manipulação do CVC, utilizando a técnica *no-touch* nos pontos de acesso ao mesmo; c) descontaminar os pontos de acesso com antisséptico - com clorexidina (CHD) a 2% em álcool ou álcool a 70% - por fricção durante 15 segundos, e deixar secar; d) utilizar técnica asséptica na realização do penso; e) assegurar que a manutenção do CVC é realizada por profissionais com treino e competências adequadas.

Tanto no HD adultos como no serviço de OH existe um elemento de ligação do PPCIRA, cuja responsabilidade inclui: identificar e reportar eventos adversos relacionados à prevenção e controle de infecção; facilitar a comunicação entre as equipas assistenciais e a Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (ULPPCIRA); promover a disseminação de informações e capacitação sobre práticas de prevenção e controle de infecção; assegurar que todos os membros da equipa estejam cientes das atualizações dos protocolos; estimular o desenvolvimento de projetos e iniciativas inovadoras na área de prevenção e controle de infecção; monitorizar e orientar a adesão às medidas de precaução básicas e específicas; realizar auditorias regulares nos setores designados, para verificar a conformidade com normas e procedimentos; realizar auditorias periódicas; participar das reuniões organizadas pela ULPPCIRA, representando os departamentos ou serviços correspondentes; contribuir com relatórios e feedback, para a avaliação contínua das estratégias de prevenção e controle de infecção; e, identificar e sinalizar necessidades específicas, de materiais ou formativas, essenciais para a melhoria contínua dos processos (Rodrigues, 2022).

Como estabelecido no planeamento do projeto, realizei com a enfermeira tutora, uma análise das estratégias associadas ao processo de adesão à manipulação adequada do cateter venoso central (CVC). Esta análise foi uma mais-valia no meu processo de desenvolvimento de competências. Constatámos que a adesão dos enfermeiros à correta manipulação do CVC pode ser influenciada por diversos fatores, que podem ser positivos, levando à adesão aos protocolos, ou negativos, resultando na negligência de boas práticas. Entre os fatores positivos discutidos destacam-se: a formação contínua, que ajuda a reforçar a importância de seguir as diretrizes e aumentar a confiança no processo; a promoção de uma prática baseada em evidência, dado que, quando os enfermeiros são informados sobre as evidências científicas que comprovam os benefícios da manipulação correta do CVC para a redução de infeções e complicações, a adesão às práticas recomendadas tende a ser maior; a própria cultura organizacional, com a implementação de normas institucionais, claras e eficazes, com protocolos bem definidos, que

facilitam a prática adequada e torna o processo mais intuitivo; o suporte e supervisão da equipa, em que o apoio da equipa e o acompanhamento dos enfermeiros mais experientes ou supervisores também ajudam na adesão às práticas corretas; e, finalmente a disponibilidade de recursos e equipamentos adequados, como luvas, máscaras, batas, toucas e desinfetantes, ou outros materiais necessários para garantir a manipulação estéril. Estes fatores facilitam a adesão aos protocolos e garantem que os enfermeiros tenham as ferramentas necessárias para atuar de forma segura.

Como fatores negativos que condicionam a não adesão discutimos sobre: a falta de tempo e a sobrecarga de trabalho que pode levar a negligenciar as práticas corretas, como a higienização das mãos ou o uso adequado de equipamentos de proteção, devido à pressa ou cansaço; a falta de formação adequada ou falta de atualização sobre as técnicas corretas de manipulação do CVC que pode resultar em práticas inadequadas, assim como o desconhecimento das consequências de práticas incorretas; a falta de suporte institucional, quando a instituição não oferece suporte adequado, como a implementação de protocolos claros, fornecimento de recursos ou incentivo à adesão a boas práticas, os enfermeiros podem não perceber a importância do cumprimento das normas, o que pode levar à negligência; a falta de *feedback* ou monitorização em que a ausência de auditorias ou avaliações sobre a adesão ao processo de manipulação do CVC pode resultar na diminuição da motivação dos enfermeiros para seguirem as boas práticas, especialmente se não houver acompanhamento da qualidade do cuidado; e por último, os fatores pessoais e culturais, em que a resistência a mudanças ou a crença em práticas informais, especialmente quando os enfermeiros não percebem um benefício imediato ou a necessidade de seguir as orientações, pode reduzir a adesão.

Em ambos os contextos de estágio, tive a oportunidade de acompanhar uma auditoria realizada pelo elo de ligação do PPCIRA, no que respeita ao cumprimento das precauções básicas de controlo de infeção, com ênfase na manipulação do CVC. A auditoria resultou numa boa classificação, evidenciando a correta manipulação do CVC, cumprindo a norma institucional e as recomendações da DGS.

Posso concluir que nesta instituição, os fatores de adesão à adequada manipulação do CVC são significativamente superiores aos fatores de não adesão. A existência de uma norma, inserida no manual de normas da instituição, intitulada “Manipulação do Cateter Venoso Central Totalmente Implantando”, atualizada a cada quatro anos, permite uma padronização nos cuidados, uniformizando o procedimento, com intuito de disponibilizar as recomendações que previnem infeções nosocomiais da corrente sanguínea relacionadas com o CVC. A possibilidade de consultar informações sempre com a melhor evidência científica disponível, que fundamenta a prática, constitui um elemento chave para implementação de precauções específicas que visam cuidados com a máxima segurança. Na instituição, encontra-se também disponível, no centro de formação, uma formação designada “Manipulação de Cateter Venoso Central”, acessível a todos os enfermeiros da instituição, de forma a adquirir e atualizar conhecimentos

relacionados com a temática. Embora seja clara a política da instituição em disponibilizar este conteúdo e oportunidades às equipas de enfermagem, os resultados das auditorias dos últimos anos refletem a importância de manter este tipo de orientação e formação, uma vez que, em 2021 e 2022, os números da Catheter-Related Bloodstream Infection (CRBSI), aumentaram, verificando-se um decréscimo já no ano de 2023, como apresentado na Tabela 3, corroborando a importância da criação de protocolos de atuação revistos e atualizados.

Tabela 3: Taxa de *Catheter - Related Bloodstream Infection* (CRBSI) de 2020-2023.

Taxas (%)	2020	2021	2022	2023
CRBSI	0.2	0.69	1.12	0.42

Fonte: Adaptado de GCL-PPCIRA, 2024

Em conclusão, a adesão dos enfermeiros à correta manipulação do CVC é um processo multifatorial, influenciado tanto por fatores internos (como conhecimento, atitudes e práticas) quanto por fatores externos (como apoio institucional e disponibilidade de recursos). Para garantir a segurança da pessoa com doença é fundamental identificar e abordar esses fatores, promovendo um ambiente de trabalho que incentive as melhores práticas de cuidado.

Desenvolver capacidades de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança

Garantir a segurança na prestação de cuidados de saúde é uma responsabilidade essencial para todos os profissionais da área, independentemente da sua área de intervenção (DGS, 2011). Nas últimas décadas, a segurança da pessoa com doença tem adquirido crescente relevância a nível global, sendo reconhecida como um elemento fundamental da qualidade dos cuidados de saúde. Esse reconhecimento tem motivado uma maior atenção por parte das organizações de saúde, dos decisores políticos e dos profissionais da área (Mendes & Barroso, 2014).

Na instituição de saúde onde realizei o estágio, a política de gestão de risco é sólida e bem implementada, com o propósito de garantir a segurança e o bem-estar de todos os profissionais, pessoas e visitantes. Essa política abrange uma série de medidas preventivas e protocolares, visando minimizar riscos e promovendo um ambiente seguro para todos os envolvidos no processo de cuidado.

Como previsto no projeto de aquisição e desenvolvimento de competências que elaborei, consultei as diretrizes locais sobre a gestão de risco. A equipa responsável por essa gestão é composta por um gestor de risco geral, que trabalha em colaboração com a Comissão de Controlo de Infeção (CCI), o Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes, a Gestão

Hoteleira, além de outras comissões ou serviços que participam direta ou indiretamente na gestão de riscos hospitalares. Adicionalmente, existe um gestor de risco clínico (GRC) e gestores de risco locais (GRL), responsáveis por cada serviço específico.

O EE deve reconhecer e avaliar tanto os riscos clínicos quanto os não clínicos. O risco clínico esta relacionado com situações resultantes da prestação de cuidados de saúde que podem afetar tanto as pessoas em tratamento, quanto outros indivíduos, podendo causar danos ou lesões (Neiva, 2021). A gestão desse risco tem como objetivo atender às políticas de segurança da pessoa com doença, abordando áreas como higiene das mãos em ambientes de saúde, prevenção de úlceras de pressão, redução de quedas em pessoas hospitalizadas, correta identificação da pessoa e segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos (Silva, 2014). Por outro lado, o risco não clínico está associado às condições do ambiente, às infraestruturas e às práticas administrativas ou operacionais não diretamente ligadas à prestação de cuidados de saúde (Tavares et al., 2019).

Enquanto futura EE, considero importante conhecer os principais riscos e incidentes identificados na instituição onde decorreu o estágio de natureza profissional, sendo que a experiência nos diferentes contextos permitiu-me apurar esta informação. Estes incidentes têm um impacto direto nos processos terapêuticos, e posso destacar os riscos associados ao comportamento dos profissionais, como sejam a utilização inadequada ou a não utilização de EPI durante a manipulação de citotóxicos, os riscos de segurança, incluindo o derramamento de citotóxicos e o uso de equipamentos com defeito ou inadequados, que podem causar lesões ou complicações de saúde, os riscos ambientais e de higiene, como temperaturas inadequadas nas instalações, os riscos ergonómicos, relacionados com a sobrecarga física de trabalho e não menos importantes, as idiosincrasias decorrentes do sistema informático, que também se inserem nesta categoria.

Na instituição onde realizei os estágios, o gabinete de risco promove uma cultura de identificação de incidentes, incentivando os profissionais de saúde a notificarem eventos, ou quase eventos que possam ocorrer nos serviços. Esta prática tem como principal objetivo aprimorar a qualidade da assistência prestada às pessoas, permitindo a implementação de medidas preventivas e corretivas, para minimizar riscos e garantir um ambiente mais seguro. Esta prática encontra-se alinhada com os objetivos do PNSD 2021-2026, que está focado na prevenção e gestão de incidentes, destacando a relevância da notificação destes eventos. No serviço de OH, observei a atenção dedicada pela equipa de enfermagem à avaliação do risco de úlcera de pressão, e ao risco de queda de cada pessoa, realizada a cada 48 horas. Essa avaliação permite a adaptação do plano de cuidados e a adequação das intervenções necessárias. Neste contexto, observei que os profissionais frequentemente notificam quedas de pessoas e úlceras de pressão.

Explorei o sistema de notificações de risco, que tem como objetivo assegurar a segurança das

pessoas, visitas e profissionais de saúde, promovendo, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Esse sistema permite a notificação de diversas situações, incluindo incidentes ou acidentes relacionados com as infraestruturas, recursos materiais, bem como com os profissionais, pessoas e familiares. Após a análise das notificações realizadas pelo Gabinete de Gestão de Risco, são implementadas estratégias de melhoria contínua com vista a minimizar ou eliminar o incidente.

Refletindo sobre os riscos nos contextos de estágio, uma situação que poderia levar a uma possível notificação no contexto do HD, está relacionada com a administração de medicação. Este serviço, caracteriza-se por uma elevada rotatividade de pessoas com doença, um número elevado de profissionais de saúde a trabalhar em simultâneo, a um ritmo extremamente acelerado, fatores que, globalmente, podem contribuir para erros, na administração de medicamentos e aumentar os riscos associados à sua manipulação.

Como já referido anteriormente, assisti à ação de formação intitulada “Segurança e Saúde no Trabalho com Substâncias Citotóxicas” e analisei a norma institucional relacionada com a manipulação de medicamentos citotóxicos, designada “Equipamento de Proteção Individual na Manipulação de Drogas Citotóxicas”, uma vez que durante a receção, manipulação e administração de medicação citotóxica, os profissionais de saúde estão expostos a riscos significativos. As diretrizes e regulamentos mais recentes destacam a necessidade do uso rigoroso de EPI’s e de dispositivos de transferência de sistema fechado, que são fundamentais para reduzir significativamente o risco de contaminação durante a preparação e administração de medicamentos citotóxicos (Managing Hazardous Drug Exposures, 2023).

Estudos demonstram uma ampla contaminação do ambiente e das superfícies de trabalho, evidenciando a necessidade de medidas rigorosas de segurança (Suspiro & Prista, 2012). Existem várias vias de exposição: a inalatória, tópica e oral. Na via inalatória, a exposição pode ocorrer pela inalação de gotículas, partículas ou vapores gerados pelos aerossóis dos citotóxicos, ou até mesmo pelo pó de comprimidos. Já na via tópica, o risco está relacionado com o contacto com superfícies contaminadas ou derramamentos acidentais durante a manipulação dos fármacos. Na via oral, pode ocorrer a ingestão acidental de alimentos contaminados (Cordeiro, 2019). Nesse contexto, os profissionais devem adotar precauções rigorosas de segurança. Após reflexão e aprofundamento dos conhecimentos relacionados com esta temática, alterei o meu comportamento utilizando todos os equipamentos de proteção individual recomendados (luvas, máscara, bata, óculos e cobertura de cabelo) durante a manipulação das substâncias citotóxicas, conferindo assim uma maior proteção.

No que diz respeito ao controlo ambiental e recolha de resíduos, e tendo em conta a exposição a substâncias perigosas no HD, pude concluir a existência de dispositivos de renovação e purificação do ar ambiente, colocados em todas as salas de tratamento e ajustados em número à dimensão da sala. Além disso, observei também a existência de arcas de refrigeração que

garantem o armazenamento adequado dos resíduos, de forma segura e controlada. A utilização destes dispositivos tem como objetivo minimizar o risco de contaminação, protegendo tanto os profissionais de saúde, quanto as pessoas e os acompanhantes. Estas estratégias são fundamentais para o cumprimento das normas de segurança e prevenção, promovendo um ambiente mais seguro e controlado dentro da unidade hospitalar.

Em ambos os contextos de estágio, foi possível constatar a existência do kit de derramamento de citotóxicos (sendo que no HD existe um Kit por sala, e na OH um kit para todo o serviço), bem como protocolos institucionalizados de atuação perante a ocorrência de um derramamento de medicamentos citotóxicos. O Kit contempla a existência de uma máscara FFP3, uma bata impermeável, dois pares de luvas de nitrilo, touca, óculos de proteção, proteção para pés impermeável, saco do lixo para substâncias contaminadas (vermelho), recipiente para colocar água e detergente, toalhetes secos absorventes e um resguardo.

Uma das principais preocupações na administração endovenosa de agentes antineoplásicos é o risco de extravasamento de substâncias que podem causar danos graves aos tecidos, incluindo necrose e sequelas com impacto funcional significativo (Melo et al., 2019). Trata-se de um evento adverso que requer especial atenção e que está associado ao risco clínico. Estatisticamente, a sua incidência é baixa. No entanto, devido à sua elevada toxicidade dermatológica, o extravasamento é classificado como uma emergência oncológica com potenciais repercussões graves, conforme apontado por diferentes autores (Fidalgo et al., 2012; Kreidieh, Moukadem & El Saghir, 2016; Melo et al., 2019).

Os dados sobre a incidência de extravasamento são escassos, devido à ausência de um registo centralizado de eventos adversos citotóxicos. As taxas de incidência de extravasamento apresentam grande variação, situando-se, segundo diversas publicações, entre 0,01% e 7% (Fidalgo et al., 2012). Essa variação pode ser justificada pela melhoria nos procedimentos de administração, pela deteção precoce de possíveis casos, pela capacitação da equipa de enfermagem ou, por outro lado, pelo subdiagnóstico, subtratamento e subnotificação do extravasamento de citotóxicos em diversos centros oncológicos por todo o mundo (Melo et al., 2019). Num documento desenvolvido pela Salisbury National Health Service (NHS) Foundation Trust (2018), intitulado "*Management of Suspect Extravasation Intravenous Anti-cancer Medication*", é destacado que, nesta instituição, se observou um aumento das notificações de extravasamentos, resultante da promoção de uma cultura de notificação. As equipas, sentiram-se mais seguras para relatar e monitorizar este evento adverso. Esse avanço foi possível graças à avaliação anual de competências e à formação específica sobre extravasamento, com a inclusão de sessões educacionais nesta área na política institucional. Apesar de, a incidência de extravasamento ser relativamente baixa, o risco está presente (Coyle et al., 2014), e não deve ser descurado.

Neste contexto, conforme planeado na elaboração do projeto de desenvolvimento de

competências, analisei a norma de intervenção perante a ocorrência de extravasamentos de citotóxicos institucional, e pesquisei sobre critérios de vulnerabilidade para ocorrência do mesmo. Tendo em conta que se trata de um evento potencialmente relacionado com a punção e que requer vigilância contínua ao longo do tratamento, exigindo conhecimentos específicos para o reconhecimento de possíveis complicações, por parte do enfermeiro, considerei fundamental aprofundar o meu conhecimento nesta área.

O enfermeiro tem um papel fundamental na observação e monitorização de possíveis alterações no local da punção venosa periférica, sendo responsável pela prevenção de complicações que possam afetar a saúde das pessoas, com o objetivo de buscar constantemente a excelência no desempenho de sua profissão (OE, 2017). A individualidade e as características de cada pessoa, a experiência do profissional de saúde, a especificidade do tratamento prescrito, a duração prolongada e contínua da perfusão, o local de administração, a fragilidade capilar, os acessos venosos frequentemente puncionados e, ainda, o dispositivo utilizado, são alguns dos fatores que devem ser levados em consideração na prevenção desta complicação (Fidalgo et al., 2012; Schneider & Pedrolo, 2011).

Ao centrar a atenção nas características e individualidade da pessoa em tratamento, diversos fatores de risco podem aumentar a probabilidade de ocorrer um extravasamento. A lista é extensa, destacando-se: a idade, a fragilidade da rede venosa periférica (como veias de pequeno calibre e/ou frágeis, móveis, duras e/ou esclerosadas), a presença de veias proeminentes mas móveis, e condições associadas à alteração da circulação sanguínea ou à diminuição da sensação periférica (tais como esvaziamento ganglionar, especialmente axilar, linfedema, linfadenectomia, radioterapia prévia próxima ao local da punção, neuropatia periférica, obesidade e diabetes), síndrome de Raynaud, doença vascular periférica, síndrome da veia cava superior, amputação de um membro, trombocitopenia, alterações nos fatores de coagulação e o uso de medicação concomitante (como vasodilatadores, anticoagulantes, diuréticos, antiagregantes plaquetários, esteroides e analgésicos). Todos estes elementos constituem fatores que aumentam o risco de extravasamento. A presença de doenças cutâneas, como psoríase e eczema, pode também comprometer a segurança na administração do tratamento devido às alterações na integridade da pele. É importante ressaltar que pessoas com alterações no estado de consciência, confusão e/ou dificuldades de comunicação não devem ser negligenciadas, uma vez que podem ser incapazes de relatar os sintomas de um possível extravasamento. Além disso, movimentos bruscos do membro puncionado representam riscos adicionais, podendo resultar na deslocação ou exteriorização do dispositivo de acesso venoso (Boulanger et al., 2019; Fidalgo et al., 2012; Ortiz et al., 2019; Kim et al., 2020; Roberto & Santos, 2014; Schulmeister, 2014).

A seleção dos dispositivos de administração deve privilegiar a utilização de um cateter venoso periférico de pequeno calibre (20G-24G) e de cânula flexível. O uso de agulha tipo *butterfly* não é recomendado. Após a punção, deve sempre ser verificada a permeabilidade do acesso, antes

da infusão dos medicamentos citotóxicos. O cateter venoso periférico deve ser devidamente fixado com adesivo transparente, que permita visualizar o local de punção, sendo da responsabilidade do enfermeiro inspecionar o local regularmente e certificar-se que não ocorreu qualquer desvio do cateter durante o tratamento (AEOP, 2019; Fidalgo et al., 2012; Schulmeister, 2014).

A maioria dos extravasamentos, pode ser prevenida através da implementação sistemática de protocolos de administração segura. A formação contínua e o treino dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, são essenciais na prevenção do extravasamento, contribuindo para a segurança da pessoa. Neste sentido, é fundamental o domínio da evidência científica disponível, bem como o conhecimento aprofundado das diretrizes locais, nacionais e internacionais.

De igual modo, é importante informar e capacitar a pessoa submetida a tratamento, inclusive sobre a prevenção do extravasamento. Deve ser transmitido conhecimento relativo aos possíveis sintomas e sinais aos quais deve estar atenta, como sensação de formigamento/queimadura, ardor, desconforto/dor, edema e rubor (Fidalgo et al., 2012), e a importância de comunicar de imediato qualquer alteração à equipa de enfermagem, para que a atuação seja o mais precoce possível.

Este efeito adverso pode impactar negativamente nas administrações futuras da terapêutica antineoplásica, provocando atrasos nos tratamentos oncológicos e, conseqüentemente, comprometendo o prognóstico da pessoa e prejudicando a sua qualidade de vida (Azais et al., 2014). Torna-se, portanto, essencial, concentrar todos esforços no sentido da sua prevenção, sendo crucial consciencializar a equipa de enfermagem sobre a importância desta questão.

O papel do enfermeiro, especificamente do enfermeiro especialista, torna-se essencial na supervisão e monitorização de todas as etapas do processo de gestão do risco. Ele atua como mediador da comunicação e elo de ligação entre os diferentes intervenientes, garantindo a qualidade e a excelência dos cuidados de enfermagem.

5. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório reflete o percurso de desenvolvimento de competências especializadas, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, com foco no cuidado à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia. Realizado no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Evidencia a importância da especialização do enfermeiro na prestação de cuidados diferenciados, garantindo um acompanhamento eficaz, humanizado e baseado na melhor evidência científica. Este documento ressalva a relevância da especialização do enfermeiro na prestação de cuidados diferenciados, assegurando um acompanhamento eficaz, humanizado e sustentado na melhor evidência científica.

O processo de desenvolvimento de competências especializadas é exigente e requer a integração de conhecimento teórico e prático, decorrendo de forma gradual e alinhada com os objetivos delineados. Este percurso impulsionou não só o crescimento profissional, mas também a aquisição de novas aptidões. A complexidade das situações clínicas e dos contextos de prática exigiu uma compreensão aprofundada e a aplicação de abordagens adequadas, sendo as competências progressivamente adquiridas e aperfeiçoadas através da experiência e do exercício profissional contínuo. Neste sentido, os estágios de natureza profissional permitiram a concretização dos objetivos delineados anteriormente, orientados pelos princípios do exercício profissional definidos no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 429/2018, promovendo, por conseguinte, o desenvolvimento das referidas competências.

As doenças crónicas, em particular a doença oncológica, representam um desafio crescente, exigindo uma abordagem integrada e multidisciplinar. Os cuidados nesta área envolvem múltiplas dimensões, dada a complexidade da doença e dos tratamentos associados. A transição dos cuidados do regime de internamento para o ambulatório ou para o contexto domiciliário exige que a pessoa assuma um papel ativo e participativo na gestão dos sintomas no seu contexto de vida.

A imunoterapia, enquanto estratégia terapêutica inovadora e promissora, também introduz desafios relevantes, nomeadamente na gestão dos efeitos adversos imunomediados. Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel importante na monitorização de sintomas, na promoção da autogestão e na adesão ao regime terapêutico, capacitando a pessoa e o seu cuidador, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e proporcionando a experiência de uma transição saudável. Além disso, o domínio de conhecimentos e competências

especializadas fortalece a relação de confiança entre as pessoas com doença e/ou o cuidador e os profissionais de saúde, promovendo um ambiente terapêutico seguro e eficaz. Esta abordagem contribui para uma prática de enfermagem mais humanizada, personalizada e centrada nas necessidades da pessoa.

Ao longo dos estágios, foram desenvolvidas e consolidadas competências no reconhecimento das necessidades da pessoa com doença oncológica em programa de imunoterapia, na promoção da autogestão do regime terapêutico, e, portanto, na sua capacitação, bem como na capacitação dos cuidadores, garantindo uma abordagem holística e individualizada. A conceção de cuidados, delineada para o caso clínico selecionado, fundamentou o pensamento crítico-reflexivo, e norteou um processo de tomada de decisão responsável, sustentado por referenciais teóricos e evidência científica, com o foco na prestação de cuidados especializados e de excelência.

De uma forma geral, considero que alcancei os objetivos estabelecidos no início do projeto. Apesar dos desafios decorrentes da elevada carga de trabalho das enfermeiras orientadoras, os contextos de estágio revelaram-se muito adequados ao desenvolvimento das competências especializadas. As revisões narrativas realizadas foram fundamentais para aprofundar o conhecimento e fortalecer uma visão crítica sobre os cuidados de enfermagem especializados nas áreas estudadas.

Este percurso foi, determinante para o meu crescimento pessoal e profissional, tendo-se revelado desafiante, sobretudo na gestão do tempo, tendo sido difícil conciliar o papel de estudante com as exigências da vida profissional e pessoal. A motivação pelo desenvolvimento de competências nesta área específica e o forte interesse pela área oncológica foram cruciais para superar as dificuldades e garantir a concretização das atividades e garantir a qualidade do resultado final. Por fim, destaco a inestimável contribuição dos professores Luís Miguel Ferreira e Inês Cruz, bem como das enfermeiras orientadoras de referência. O seu apoio, orientação, partilha de experiências e incentivo foram determinantes ao longo de todo este percurso académico, desafiante, é certo, mas particularmente enriquecedor.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbott, M., & Ustoyev, Y. (2019). Cancer and the Immune System: The History and Background of Immunotherapy. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(5), 150923. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.08.002>

Abdel-Rahman, O., Eltobgy, M., Oweira, H., Giryes, A., Tekbas, A., & Decker, M. (2017). Immune-Related Musculoskeletal Toxicities Among Cancer Patients Treated with Immune Checkpoint Inhibitors: A Systematic Review. *Immunotherapy*, 9(14), 1175-1183. <https://doi.org/10.2217/imt-2017-0108>

Alligood, M. R. (2018). *Nursing Theorists and Their Work*. Elsevier.

American Cancer Society (2024) - *Nutrition for the Person Getting Cancer Treatment*. <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/cancer-control/en/booklets/flyers/nutrition-for-the-patient-with-cancer-during-treatment.pdf>

American Cancer Society. (2020). *CAR T-cell therapy and its side effects*. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/6678.00.pdf>

Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (2019). *Competências práticas dos enfermeiros oncologistas na administração de terapêuticas antineoplásicas*. <https://www.aeop.pt/ficheiros/Compet.-Quimiot..pdf>

Azais, H., Bresson, L., Bassil, A., Katdare, N., Merlot, B., Houpeau, J., & Narducci, F. (2014). Chemotherapy drug extravasation in totally implantable venous access port systems: How effective is early surgical lavage? *The Journal of Vascular Access*, 16(1), 31-37. <https://doi.org/10.5301/jva.2011.8381>

Bailão, A. L. (2013). *O cuidador informal em contexto oncológico: Sobrecarga e qualidade de vida familiar* (Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra). <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/24133/1/Ana%20Lu%c3%ADsa%20dos%20Santos%20Bail%c3%A3o.pdf>

Barros, E. N. (2011, 1 de agosto). Cuidador: Um papel importante no tratamento do paciente. *Centro de Combate ao Câncer*. Retrieved from <https://cccancer.net/cuidador-um-papel-importante-no-tratamento-do-paciente/>

Bastable, S. B. (2017). *Nurse as Educator: Principles of Teaching and Learning for Nursing Practice* (5th ed.). Jones & Bartlett Learning.

Bayer, V., Amaya, B., Baniewicz, D., Callahan, C., Marsh, L., & McCoy, A. (2017). Cancer Immunotherapy: An Evidence-Based Overview and Implications for Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(2), 13-21. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.S2.13-21>

Benner, P. (2001). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Prentice Hall.

Bensadoun, R.J., Humbert, P., Krutmann, J, Luger, T., Triller, R., Rougier, A., Seite, S., Dreno, B. (2013). Daily baseline skin care in the prevention, treatment, and supportive care of skin toxicity in oncology patients: recommendations from a multinational expert panel. *Cancer Management and Research*, 5, 401-408. <https://doi:10.2147/CMAR.S52256>

Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). *Patient self-management of chronic disease in primary care*. *JAMA*, 288(19), 2469-2475.

Boulanger, J., Gosselin C., Almanric K., Dufour A., Fortier S., Genest M., & Langlois G., (2019). *Guide de prise en charge de l'extravasation des agentes antinéoplasiques*. Institut National d'excellence en santé et en services sociaux. Québec.

Bulechek, G. (2011). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)*. Elsevier Health Sciences.

Caporaso, E., Goldin, R., Anderson, F., Landgren. Current Insight on Trends, Causes, and Mechanisms of Hodgkin's Lymphoma. (2009, March) *The Cancer Journal* 15(2): 117-123, <https://doi:10.1097/PPO.0b013e3181a39585>

Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. (Setembro de 2004). *NIOSH Alert - Preventing Occupational Exposures to Antineoplastic and Other Hazardous Drugs in Health Care Settings*. Cincinnati: NIOSH. Obtido de [efaidnbmnnnibpajpcglclefindmkaj/https://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/pdfs/2004-165.pdf](https://www.cdc.gov/niosh/docs/2004-165/pdfs/2004-165.pdf)

Centers for Disease Prevention and Control (2024, Maio 15). *Centers for Disease Prevention and Control*. Retrieved from About Chronic Diseases: <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html>

César, R., Lage, A. & Wainstein, A. (2023). Acompanhamento da utilidade e valor do cateter de quimioterapia totalmente implantável em 233 pacientes brasileiros que receberam quimioterapia para tratar o câncer. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 50, 1-6. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20233367-en>

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation* (pp. 237-257). Aspen Publications.

Chopra, V., Flanders, S. A., Saint, S., Woller, S. C., O'Grady, N. P., Safdar, N., Trerotola, S. O., Saran, R., Moureau, N., Wiseman, S., Pittiruti, M., Akl, E. A., Lee, A. Y., Courey, A., Swaminathan,

L., LeDonne, J., Becker, C., Krein, S. L., & Bernstein, S. J. (2015). *The Michigan appropriateness guide for intravenous catheters (MAGIC): Results from a multispecialty panel using the RAND/UCLA Appropriateness Method*. *Annals of Internal Medicine*, 163(6), S1-S39. <https://doi.org/10.7326/M15-0744>

Cohen, S. R., MacKinnon, C. J., Kogan, N., Dewitte, M., Penner, J. L., Parmar, M. P., Khadoury, A., & Feindel, A. (2016). *Guiding family caregivers of people at the end of life: A handbook*. McGill University. <https://www.chpca.ca/wp-content/uploads/2024/07/Caregiver-Guide-Handbook-English-May-2016-EN.pdf>

Commission, T. J. (2012). *Preventing Central Line-Associated Bloodstream Infections: A Global Challenge, a Global Perspective*. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources. https://www.jointcommission.org//media/deplicatedunorganized/importedassets/tjc/systemfolders/topicslibrary/clabsi_monographpdf.pdf?db=web&hash=86103821F3C7FF8A7683C933EA0CB391

Conselho Nacional de Saúde. (2023). *Plano Nacional de Saúde 2020-2030: Termos de referência*. <https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2023/03/CNS-PNS-2020-2030-Termos-de-referencia.pdf>

Cordeiro, J. (2019). *Risco ocupacional relacionado à administração de quimioterapia antineoplásica: revisão sistemática* [Dissertação de mestrado, Fundação Antônio Prudente]. Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://accamargo.phlnet.com.br/Mestrado/2019/JPBCordeiro/JPBCordeiro.pdf>

Cordeiro, M. L. S., Silva, N. L. F., Vaz, M. R. F., & Nóbrega, F. F. F. (2014). Anticorpos monoclonais: implicações terapêuticas no câncer. *Revista Saúde & Ciência Online*, 3(3), 253-265.

Coulter A, Entwistle VA, Eccles A, Ryan S, Shepperd S, Perera R. Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 3. Art. No.: CD010523. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010523.pub2>

Coyle, C.E., Griffie, J., & Czaplewski, L. M. (2015). Eliminating Extravasation Events: A Multidisciplinary Approach. *Journal of infusion nursing: the official publication of the Infusion Nurses Society*, 38(6), 43-50. <https://doi:10.1097/NAN.000000000000034>.

Cusack, G., Jones-Wells, A., Chisholm, L. (2004). Patient intensity in an ambulatory oncology research center: a step forward for the field of ambulatory care. *Nursing Economics*, 22(2), 58-63.

Cuthbert, C. A., Farragher, J. F., Hemmelgarn, B. R., Ding, Q., McKinnon, G. P., & Cheung, W. Y. (2019). Self-management interventions for cancer survivors: A systematic review and evaluation

of intervention content and theories. *Psycho-oncology*, 28(11), 2119-2140. <https://doi.org/10.1002/pon.5215>

Da Costa Gomes, V., Salvetti, M. G., et al. (2021). *Principais reações adversas provocadas pelos quimioterápicos: Contribuição da enfermagem frente às reações adversas e/ou efeitos colaterais relacionados à quimioterapia*. *Brazilian Journal of Development*, 8(1), 43235-43250. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-458>

Dal Molin, A., Gatta, C., Boggio Gilot, C., Ferrua, R., Cena, T., Manthey, M., & Croso, A. (2018). The impact of primary nursing care pattern: Results from a before-after study. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(5-6), 1094-1102. <https://doi: 10.1111/jocn.14135>.

Davies, M., & Duffield, E. (2020). Durvalumab Immunotherapy: Nursing Management of Immune-Related Adverse Events During the Journey of Patients With Stage III Non-Small Cell Lung Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(3), 277-283. <https://doi.org/10.1188/20.CJON.277-283>

Deglin, J. H. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros 14 edição*. Loures: Lusodidacta.

Despacho n.º 10901/2022 do Ministério da Saúde. (2022). *Diário da República*: 2.ª série, n.º 174. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>.

Dingley, Catherine E. PhD, RN, FNP; Clayton, Margaret PhD, APRN-BC; Lai, Djin BSN, RN; Doyon, Katherine MS, BSN; Reblin, Maija PhD; Ellington, Lee PhD. Caregiver Activation and Home Hospice Nurse Communication in Advanced Cancer Care. *Cancer Nursing* 40(5):p E38-E50, 9/10 2017. <https://doi.org/10.1097/ncc.0000000000000429>

Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: relatório técnico final*. Portugal: Organização Mundial da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma nº 020/2011 - Hipertensão Arterial, Definição e Classificação*. Lisboa: Ministério da Saúde - Direção Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma nº 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Orientação 014/2015 - Processo de Gestão da Medicação*. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-ecirculares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos*.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Preven%20e%20Contr%20olo%20de%20Infe%3%a7%3%b5es%20e%20de%20Resist%3%aancia%20aos%20Antimicrobi%20anos%202017.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2022). *Norma 022/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf

Direção-Geral da Saúde (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de todos para todos*. https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf

Direção-Geral da Saúde (2023). *Norma 008/2023 - Medicamentos de Alta Vigilância*. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0082023-de-19122023-medicamentos-de-alta-vigilancia-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2023). *SNS 24 - Hipertensão Arterial*. Lisboa: Ministério da Saúde. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-do-coracao/hipertensao-arterial/>

Drury, A., Sulosaari, V., Sharp, L., Ullgren, H., de Munter, J., & Oldenmenger, W. (2023). The future of cancer nursing in Europe: Addressing professional issues in education, research, policy and practice. *European Journal of Oncology Nursing*, 63, 102271. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102271>

Dunnack, H.J., Montano, A.L. (2021). Interprofessional clinical pathway program effects on patient outcomes in the setting of neutropenic fever: An integrative review. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101974. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101974>.

European Society for Medical Oncology - ESMO. (2017). *Efeitos adversos da imunoterapia*. Switzerland: Kstorfin Medical Communications Ltd.

European Society for Medical Oncology. (2017). *Efeitos adversos relacionados com a imunoterapia: Guia para o doente*. ESMO. <https://www.esmo.org/content/download/812364/19119490/1/PT-Efeitos-Adversos-Relacionado-com-a-Imunoterapia-Guia-para-o-Doente.pdf>

Fabi, A., Bhargava, R., Fatigoni, S., Guglielmo, M., Horneber, M., Roila, F., Weis, J., Jordan, K., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. (2020). Cancer-related fatigue: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment. *Annals of oncology*, 31(6), 713–723. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.016>

Falcão, H., Santos, I., Fonseca, I., & Coelho, R. (2021). Cuidadores formais e suas necessidades de educação para a saúde: Conhecer no presente para atuar no futuro. *Cadernos de Saúde*, 115-116 Páginas. <https://doi.org/10.34632/CADERNOSDESAUDE.2020.10291>

Family Caregiver Alliance (2006). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. Report from a National Consensus Development Conference (Vol. I). San Francisco: Author.

Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2024). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.who.int/today>, accessed [02 April 2025]

Ferreira, L. L. S., et al. (2016). *Quimioterapia: Efeitos colaterais e influência no estado nutricional de pacientes oncológicos*. *Revista UniCiências*, 20(2), 129-138. Recuperado de <https://uniciencias.pgsscogna.com.br/uniciencias/article/download/5958/4422/22511>

Ferri, F. F. (2019). *Oncologia e Hematologia - Recomendações atualizadas de diagnóstico e tratamento*. Rhode Island: Elsevier.

Fialho, I. C. T. S., Monteiro, D. E., Soares, R. D. S., Oliveira, R. M. M. D., & Fuly, P. D. S. C. (2021). Intervenções de enfermagem nas reações adversas em pacientes oncológicos em uso de imunoterapia: Uma revisão de escopo. *Research, Society and Development*, 10(7). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16871>

Fidalgo, J., Fabregat, L., Cervantes, A., Margulies, A., Vidal, C., & Roila, F. (2012). Management of chemotherapy extravasation: ESMO-EONS clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 23(7), 167-173. <https://doi:10.1093/annoc/mds294>.

Fortes, O. (2011). *Emergências oncológicas* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Portugal.

Gallegos, R., Kogelman, A., Wagner, M., Cloud, A., Olson, M., Robideau, K., Patrick, L., Comfort, J., & Hirko, K. (2019). Chemotherapy Education: An Interprofessional Approach to Standardizing Processes and Improving Nurse and Patient Satisfaction. (2019). *Clinical Journal of Oncology Nursing*. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.309-314>

Garrett, N. F. M. S. (2019). *Prevalência de toxicidades dermatológicas em pacientes com câncer submetidos ao tratamento com imunoterápicos: revisão sistemática e metanálise*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília.

Gilead Sciences (2024, Maio). *Guia sobre tratamento com células CAR-T*. Gilead Sciences, Lda. <https://www.apcl.pt/ficheiros/dinamicos/multimedia/documentos/2022/7cf0a44b1b5700b96cd1422b72834d06.pdf>

Grande, G., Rowland, C., Cotterill, S., Batistatou, E., & Hanratty, B. (2021). Factors associated with carer psychological and physical health during end-of-life caregiving: An observational analysis of a population-based post-bereavement survey of carers of people with cancer. *BMJ Open*, 11(10), e047275. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047275>

Haanen, J., Obeid, M., Spain, L., Carbone, F., Wang, Y., Robert, C., Lyon, A. R., Wick, W., Kostine, M., Peters, S., Jordan, K., & Larkin, J. (2022). Management of toxicities from immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 33(12), 1217-1238. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.10.001>

Hariyant, T. I., & Kurniawan, A. (2021). Appetite problem in cancer patients: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. *Cancer treatment and research communications*, 27, 100336. doi.org/10.1016/j.ctarc.2021.100336.

Helber, H. A., Hada, A. L., Pio, R. B., Moraes, P. H. Z., & Gomes, D. B. D. (2018). Immunotherapy-induced pneumonitis: Cases report. *Jornal Einstein (São Paulo)*, 16(2), eRC4030. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082018RC4030>.

Hodi, F. S., et al. (2010). Improved survival with ipilimumab in patients with metastatic melanoma. *New England Journal of Medicine*, 363(8), 711-723. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1003466>

Hoskin, P. (2020). *Clinical Oncology – Basic Principles and Practice*. CRC Press.

Hoskin, P. J., & Neal, A. J. (2009). *Clinical Oncology - Basic principles and practise - Fourth Edition*. UK: Hodder Arnold.

INFARMED. (2020, 01 03). INFARMED. Retrieved from *INFOMED – Metoclopramida*: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

INFARMED. (2022, 12 20). INFARMED. Retrieved from *INFOMED – Loperamida*: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

INFARMED. (2023, 02 06). INFARMED. Retrieved from *INFOMED – Benzidamina*: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/detalhes-medicamento.xhtml>

Infusion Nurses Society. (2021). Infusion therapy standards of practice. *Journal of Infusion Nursing*, 44(15). <https://doi.10.1097/NAN.0000000000000396>.

Instituto Português de Oncologia do Porto. (2015). *Quimioterapia: Guia de Orientação*. <https://www.ipoportu.pt/dev/wp-content/uploads/2017/08/DSN20150006-IPOGuiaQuimioterapiaE.01.pdf>

Jarding, E.K., Makic, M.B.F. (2021). Central line care and management: adopting evidence-based nursing interventions. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(4), 328-333. <https://doi:10.1016/j.jopan.2020.10.010>.

Kaufman, H. L., Atkins, M. B., Subedi, P., Wu, J., Chambers, J., Joseph Mattingly, T., Campbell, J. D., Allen, J., Ferris, A. E., Schilsky, R. L., Danielson, D., Lichtenfeld, J. L., House, L., & Selig, W. K. D. (2019). The promise of Immuno-oncology: Implications for defining the value of cancer

treatment. *Journal for ImmunoTherapy of Cancer*, 7(1), 129. <https://doi.org/10.1186/s40425-019-0594-0>

Kemper, D. & Mettler, M. (2006). *Information Therapy: the strategic role of prescribed information in disease selfmanagement, Conference Paper of Internacional Council of Medical and care compunetics*, 121, p. 373-384.

Kenyon, M., Babic, A. (editors). (2018). *The European Blood and Marrow Transplantation Textbook for Nurses*. London: Springer. <https://doi: 10.1007/978-3-319-50026-3>.

Kim, J., Park, J., Lee, H., & Cheon, Y. (2020). Diretrizes para a gestão de extravasamento. *Jornal de avaliação educacional para profissionais de saúde*, 17. <https://doi.org/10.3352/jeehp.2020.17.21>.

Kimiz-Gebologlu I, Gulce-lz S, Biray-Avci C. Monoclonal antibodies in cancer immunotherapy. *Mol Biol Rep*. 2018 Dec;45(6):2935-2940. <https://doi: 10.1007/s11033-018-4427-x>.

Kondeti, A., Yadala, A., Rajya Lakshmi, N., Prakash, C., Palat, G., & Varthya, S. (2021). Assessment of Caregiving Burden of Family Caregivers of Advanced Cancer Patients and Their Satisfaction with the Dedicated Inpatient Palliative Care Provided to Their Patients: A Cross-Sectional Study from a Tertiary Care Centre in South Asia. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 22(7), 2109–2115. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.7.2109>

Koshy, B., Avudaiappan, S. L., & Anand, A. S. (2023). Self-Care Behaviour of Patients With Breast Cancer in the Management of Side Effects of Chemotherapy. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.44586>

Kreidieh, F. Y., Moukadem, H. A., & El Saghir, N. S. (2016). Overview, prevention and management of chemotherapy extravasation. *World journal of clinical oncology*, 7(1), 87–97. [doi:10.5306/wjco.v7.i1.87](https://doi.org/10.5306/wjco.v7.i1.87).

Kuderer, N.M., Dale, D.C., Crawford, J., Cosler, L.E., Lyman, G.H. (2006). Mortality, morbidity, and cost associated with febrile neutropenia in adult cancer patients. *Cancer*, 106(10), 2258–2266. <https://doi:10.1002/cncr.21847>.

Kusi, G., Boamah Mensah, A. B., Boamah Mensah, K., Dzomeku, V. M., Apiribu, F., & Duodu, P. A. (2020). Caregiving motivations and experiences among family caregivers of patients living with advanced breast cancer in Ghana. *PLOS ONE*, 15(3), e0229683. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229683>

Lasa-Blandon, M., Stasi, K., Hehir, A., & Fischer-Carlidge, E. (2019). Patient Education Issues and Strategies Associated With Immunotherapy. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(5), 150933. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.08.012>

Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras,

M., Valente, M., Gaspar, M., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramps, S., & Fonseca, V. (2022). *Documento técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção-Geral da Saúde. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Segurança%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Leukemia & Lymphoma Society (2024) *Food and Nutrition During Cancer Treatment*, No.24 , https://www.lls.org/sites/default/files/202408/FS24_Food_and_Nutrition_Fact_Sheet_0824rev.pdf

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.

Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01

Loscalzo, J., Kasper, D. L., Longo, D. L., Fauci, A. S., Hauser, S. L., & Jameson, L. J. (2022). *HARRISON'S - Principles of internal medicine* (21st Edition).

Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M. & Gouveia, M. (2022). A Tomada de Decisão na Gestão de Cuidados em Enfermagem: Uma Revisão Narrativa da Literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, 30, 557-578.

Lüftner, D., Dell'Acqua, V., Selle, F., Khalil, A., Leonardi, M. C., De La Torre Tomás, A., Shenouda, G., Romero Fernandez, J., Orecchia, R., Moyal, D., & Seité, S. (2018). Evaluation of supportive and barrier-protective skin care products in the daily prevention and treatment of cutaneous toxicity during systemic chemotherapy. *OncoTargets and Therapy*, 11, 5865-5872. <https://doi.org/10.2147/OTT.S155>.

Machado, S.C.O. (2017). *Autocuidado da Pessoa com Doença Oncológica de Cabeça e Pescoço sob Quimioradioterapia: Intervenções Educativas para a sua Capacitação*. Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica. Relatório de Estágio. ESEL.

Magalhães, B. (2022a). *A Teoria das Transições como um modelo conceptual no âmbito da enfermagem oncológica*. In Galvão, A., Pereira, A., Magalhães, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Bastos, C., Santos, C., Carqueja, E., Pinto, E., Pereira, F., Silva, F., Castro, F., Baptista, G., Antas, J., Perestrelo, J., Freitas, J., Bermejo, J., Calheiros, J., Ribeiro, J., ... Miguel, S., *Cuidar em oncologia: reflexões para a prática clínica* (capítulo 1). Euromédice.

Magalhães, B. (2022b). *Conceitos centrais no âmbito da gestão da doença oncológica e das complicações associadas à sua abordagem*. In Galvão, A., Pereira, A., Magalhães, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Bastos, C., Santos, C., Carqueja, E., Pinto, E., Pereira, F., Silva, F., Castro, F., Baptista, G., Antas, J., Perestrelo, J., Freitas, J., Bermejo, J., Calheiros, J., Ribeiro, J., ... Miguel, S.,

Cuidar em oncologia: reflexões para a prática clínica (capítulo 4). Euromédice.

Magalhães, B., Fernandes, C., Lima, L., Martinez-Galiano, J. & Santos, C. (2020). Cancer patients' experiences on self-management of chemotherapy treatment-related symptoms: a systematic review and thematic synthesis. *European Journal of Oncology Nurse*, 49, 101837. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2020.101837>

Magalhães, B., Fernandes, C., Santos, C., Lima, L., & Martínez-Galiano, J. M. (2019). Autogestão das complicações associadas ao tratamento de quimioterapia: uma scoping review. *Journal Health NPEPS*, 4(2), 370-404. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3722>

Malta, H. F., et al. (2023). Intervenções educacionais baseadas na família para autogestão da diabetes: revisão sistemática. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 38(1), 45-52. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i1.13064>

Managing hazardous drug exposures: Information for healthcare settings. (2023). U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. <https://doi.org/10.26616/NIOSHPUB2023130>.

Mani, H., & Jaffe, E. S. (2009). Hodgkin Lymphoma: An Update on its Biology with New Insights into Classification. *Clinical Lymphoma and Myeloma*, 9(3), 206-216. <https://doi.org/10.3816/CLM.2009.n.042>

Martinez, J., Neves, F., Sousa, J., Santiago, D., Rodrigues, D., Mendes, M., Ramada, D., Azevedo, T. (2018). Improving a better nurse practice associated with the manipulation of CVC and needleless connectors. *Onco.News*, 37, 6-12. <https://doi.org/10.31877/on.2018.37.01>

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Meleis, Al. (2012). *Theoretical Nursing Developing & Progress*. 5. ed. Pennsylvania Lippincott Williams & Wilkins.

Melo, J., Oliveira, P., Souza, R., Gontijo, D., & Rodrigues, A. (2019). Prevenção e conduta frente ao Extravasamento de agentes antineoplásicos: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0008>.

Mendes, C., & Barroso, F. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197- 205. doi: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>.

Miguel, I., Freire, J., & Capelas, M. L. (2019). Qualidade de vida e sobrecarga do cuidador informal principal do doente oncológico em diferentes fases de tratamento. *Revista Portuguesa de Oncologia*, 3(1), 13-20. <http://hdl.handle.net/10400.14/34061>

Moraes, A. C. D. S. G., & Santana, M. E. D. (2024). Necessidades de familiares cuidadores e atuação do enfermeiro nos cuidados paliativos oncológicos: Revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 70(2). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n2.4560>

Moraes, A. C. D. S. G., & Santana, M. E. D. (2024). Necessidades de Familiares Cuidadores e Atuação do Enfermeiro nos Cuidados Paliativos Oncológicos: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 70(2). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2024v70n2.4560>

Moreira, D., Simino, G., Reis, I., Santos, M. & Cherchiglia, M. (2021). Quality of life of patients with cancer undergoing chemotherapy in hospitals in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil: does individual characteristics matter?. *Cadernos de saúde pública*, 37(8), e00002220. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00002220>

Moretto, I. G., Contim, C.R. L. V., & Santo, F. H. (2019). Acompanhamento por telefone como intervenção de enfermagem a pacientes em quimioterapia ambulatorial. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, e20190039.

Morgado, H., Carvalho, M. & Vilhena, E. (2018). *A Humanização como Factor de Qualidade nos Serviços de Saúde*. In Leal, I., Humboldt S., Ramos, C., Valente, A. & Ribeiro, J., *Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. ISPA - Instituto Universitário.

Moss, J.G., Wu, O., Bodenham, A.R., Agarwal, R., Menne, T.F., Jones, B.L., Heggie, R., Hill, S., Dixon-Hughes, J., Soulis, E., Germení, E., Dillon, S., McCartney, E. (2021). Central venous access devices for the delivery of systemic anticancer therapy (CAVA): a randomised controlled trial. *The Lancet*, 398(10298), 403-415. [https://doi:10.1016/S0140-6736\(21\)00766-2](https://doi:10.1016/S0140-6736(21)00766-2)

Moureau, N. L., & Flynn, J. (2015). Disinfection of needleless connector hubs: clinical evidence systematic review. *Nursing Research and Practice*, 2015, 96762. <https://doi.org/10.1155/2015/796762>

MSD International GmbH T/A. (2024). Identificação do medicamento - *Keytruda*. Ireland - Carlow.

National Comprehensive Cancer Network Guidelines for Patients: Nausea and Vomiting. (2022). Nausea and Vomiting. <https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/nausea-patient.pdf>

National Comprehensive Cancer Network. (2023). *Understanding immunotherapy side effects*. https://www.nccn.org/docs/default-source/patient-resources/immunotherapy_infographic.pdf

Neiva, C. (2021). *A gestão do risco clínico e do risco não clínico no serviço de urgência da*

unidade de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve: a segurança do doente no processo contínuo de melhoria (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade do Algarve). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.1/18713>

NIOSH List of Hazardous Drugs in Healthcare Settings, 2024. (2024). U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health. <https://doi.org/10.26616/NIOSH PUB2025103>.

O'Grady, N. P., Alexander, M., Burns, L. A., Dellinger, E. P., Garland, J., Heard, S. O., Lipsett, P. A., Masur, H., Mermel, L. A., Pearson, M. L., Raad, I. I., Randolph, A. G., Rupp, M. E., Saint, S., & Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2011). Guidelines for the prevention of intravascular catheter-related infections. *Clinical Infectious Diseases : An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 52(9), e162. <https://doi.org/10.1093/cid/cir257>

O'Leary, N. & Marino, P. (2021). *CAR T-CELL THERAPY: A guide for patients, carers and families*. Peter MacCallum Cancer Foundation.

Ordem dos Enfermeiros (2017). Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica. *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Leiria, Portugal: Autor. Organização Mundial da Saúde. (2018). Cancer. <https://www.who.int/news-room/fact-heets/detail/cancer>

Ordem dos Enfermeiros, (2023). *GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRATICAS NA ADMINISTRAÇÃO DE TERAPÊUTICAS ANTINEOPLÁSICAS SISTÉMICAS À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA*. Lisboa. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/29937/gobp_doncologica_ok.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Divulgar - Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem - Enquadramento conceptual - Enunciados descritivos*. Lisboa. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar- Regulamento do Perfil de Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais*. Lisboa. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019, setembro 25). Regulamento n.º 743/2019. *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*, pp. 128-155.

Ordem dos Enfermeiros. (24 de Novembro de 2023). *Acreditação da idoneidade formativa*. Obtido de Ordem dos enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/acredita%C3%A7%C3%A3o-da-idoneidade-formativa/>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6th ed.). Mosby

- Organização Mundial da Saúde. (1986). *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>
- Ortiz, S., Farid, Y., & Ricardo, S. (2019). Extravasation : guide de pratique d'un hôpital en Belgique. *Revue Médicale de Bruxelles*, 509-517, DOI: 10.30637/2019.17-049.
- Orue, I. T., Hernández, A. I. J., & Garcet, M. A. C. (2007). Experiencia de enfermería en la inmunoterapia con gangliósidos en pacientes con cáncer avanzado. *Revista Cubana de Enfermagem*, 23(3), 1-8.
- Padilha, J. M. S. C., Sousa, P. A. F., & Pereira, F. M. S. (2012). Analysis of use of technological support and information content by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(spe1), 60-66. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000800010>
- Pais-Ribeiro, J.L. *Qualidade de vida e doença oncológica*. In: Dias MR e Durá E. (coord.). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa: Climepsi Editores; 2002.
- Parreira, P., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P., & Oliveira, A.(2023). Métodos de trabalho para a prestação de cuidados de enfermagem. Capítulo 3—*Gestão nas Organizações de Saúde (Volume 2)* (pp. 147-193).
- Penaforte, T., Almeida, H., & Alves, S. (2014). *Manual de Procedimentos em Enfermagem Oncológica Pediátrica* (2ª ed.). Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP).
- Pereira, L. M. D. O., Oliveira, M. D. M., Cardoso, B., & Silva, D. R. G. (2024). Autoestima de pacientes em tratamentos oncológicos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 24(4), e15353. <https://doi.org/10.25248/reas.e15353.2024>
- Pereira, S., Fassarella, C., Resende, H., Leite, P. & Ribeiro, O. (2023). Os ambientes de prática de enfermagem e segurança do doente. In Perondi, A., Ferreira, A., Faria, A. Andrade, A., Cavadas, B., Vendruscolo, C., Fernandes, C.,Moreira, C., Fassarella, C., Vales, C., Sousa, C., Costa, D., Forte, E., Melo, E., Pereira, E., Maciel, E., Pinto, E., Freitas, E., Menegon, F., ... Coimbra, V., *Ambientes de prática de enfermagem positivos (capítulo 2)*. Lidel.
- Pittiruti, M., Bertoglio, S., Scoppettuolo, G., Biffi, R., Lamperti, M., Dal Molin, A., Panocchia, N., Petrosillo, N., Venditti, M., Rigo, C., & DeLutio, E. (2016). Evidence-based criteria for the choice and the clinical use of the most appropriate lock solutions for central venous catheters (Excluding dialysis catheters): A GAVeCeLT consensus. *The Journal of Vascular Access*, 17(6), 453-464. <https://doi.org/10.5301/jva.5000576>
- Prutipinyo, M., Maikew, S., & Sirichotiratana, A. (2012). Education as a strategy for self-management and one of the major independent interventions by nurses. *Journal of Nursing Care Quality*, 27(3), 237-244
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: 2.ª série*, n.

26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 190/2015 da Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Diário da República: 2.ª série*, n. 79 <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República: 2.ª série*, n. 135. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

REPE Estatuto, O. d. (Setembro de 2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Obtido de [nEstatuto_REPE_29102015_VF_site: efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)

Ribas, A., et al. (2015). Cancer immunotherapy using checkpoint blockade. *Science*, 348(6230), 56-61. <https://doi.org/10.1126/science.aaa8172>

Roberto, A., & Santos, R. (2014). *Lesões de extravasamento de terapêutica intravenosa com propriedades vesicantes* (Dissertação de mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal

Rocha, P. (2024). *O Uso Terapêutico da Comunicação*. Ordem dos Enfermeiros Açores. O Açoriano (25/08/2024).

Rodrigues, M. R. (08 de Julho de 2022). *Regulamento do Grupo Coordenador Local Do Programa de Prevenção e Controlo De Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) IPO-Porto*. Porto.

Rodrigues, N.P. (2019). *O estilo de gestão do regime terapêutico dos clientes com dor oncológica crónica: Influência na gestão do regime medicamentoso*. Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica. Porto: ESEP. <http://hdl.handle.net/10400.26/29474>

Rothausen, C. S., Dieperink, K. B., Ruhlmann, C. H., Pappot, H., & Tolstrup, L. K. (2025). Patient and Caregiver Education to Support Self-Efficacy and Self-Management During Immunotherapy—An Integrative Review. *Psycho-Oncology*, 34(3), e70100. <https://doi.org/10.1002/pon.70100>

Rupp, M. E., & Karnatak, R. (2018). Intravascular Catheter-Related Bloodstream Infections. *Infectious Disease Clinics of North America*, 32(4), 765–787. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2018.06.002>

Santos, C., Pais-Ribeiro, J.L., Lopes, C. (2003). Estudo de Adaptação da Escala de Qualidade de Vida do Familiar/Cuidador do doente oncológico (CQOLC). *Revista Portuguesa de Psicossomática*. 2003;5(1):105-118.

Santos, C. & Lima, L. (2022). Autogestão na doença oncológica: contributos para as intervenções de enfermagem. In Galvão, A., Pereira, A., Magalhães, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Bastos,

C., Santos, C., Carqueja, E., Pinto, E., Pereira, F., Silva, F., Castro, F., Baptista, G., Antas, J., Perestrelo, J., Freitas, J., Bermejo, J., Calheiros, J., Ribeiro, J., ... Miguel, S., *Cuidar em oncologia: reflexões para a prática clínica (capítulo 9)*. Euromédice.

Sartor, O., et al. (2018). Immunotherapy in prostate cancer. *European Urology*, 73(5), 709-715. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2018.01.007>

Schiffer, C. A., Mangu, P. B., Wade, J. C., Camp-Sorrell, D., Cope, D. G., El-Rayes, B. F., Gorman, M., Ligibel, J., Mansfield, P., & Levine, M. (2013). Central venous catheter care for the patient with cancer: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 31(10), 1357-1370. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.45.5733>

Schulmeister L. (2014). Safe management of chemotherapy: infusion-related complications. *Clinical journal of oncology nursing*, 18(3), 283-287. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.283-287>.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Image J Nurs Sch*, 26(2), 119-127. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x>

Sequeira, C. (2016). A comunicação. In Sequeira, C., Sequeira, A., Rodrigues, A., Gonçalves, A., Sequeira, A., Falcó-Pegueroles, A., Gau, C., Amaral, C., Ruiz, D., Sampaio, F., Salgueiro, J., Pinho, J., Carvalho, J., Merino, J., Cruz, M., Coelho, T., Fortuño, M., Carvalho, M., Llobet, M., ..., Lluch, T., *Comunicação clínica e relação de ajuda (capítulo 1)*. Lidel.

Sharma, P., & Allison, J. P. (2015). Immune Checkpoint Targeting in Cancer Therapy: Toward Combination Strategies with Curative Potential. *Cell*, 161(2), 205-214. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2015.03.030>

Shneider, F., & Pedrolo, E. (2011). Extravasamento de drogas antineoplásicas: avaliação do conhecimento da equipe de enfermagem. *REME, Revista Mineira de Enfermagem*, 15(4), 522-529. <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/66>

Silva, A. S. (2014). *GESTÃO DO RISCO CLÍNICO NA SEGURANÇA DO DOENTE - CONTRIBUTOS PARA A MELHORIA DA QUALIDADE DOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM*. Lisboa.

Silva, D. (2019). *iGestSAúde: A autogestão de Sintomas na Pessoa em Tratamento de Quimioterapia - uma parceira no cuidar* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/28026>

Silveira, F. M., Wysocki, A. D., Mendez, R. D. R., Pena, S. B., Santos, E. M., Malaguti-Toffano, S., Santos, V. B., & Santos, M. A. (2021). Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. *Acta Paul Enferm.*, 34, eAPE00583. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021A000583>

Sivakumar, V. P., & Susila, C. (2021). *Effectiveness of self-care measures on knowledge, self-*

efficacy and performance status among cancer patients. Journal of Caring Sciences, 10(1), 1-8. <https://doi.org/10.34172/jcs.2021.003>

Smith, R.N., Nolan, J.P. (2013). Central venous catheters. *British Medical Journal, 347.* <https://doi:10.1136/bmj.f6570>

Smith, S. N., Moureau, N., Vaughn, V. M., Boldenow, T., Kaatz, S., Grant, P. J., Bernstein, S. J., Flanders, S. A., & Chopra, V. (2017). Patterns and predictors of peripherally inserted central catheter occlusion: The 3P-O Study. *Journal of Vascular and Interventional Radiology, 28(5), 749756.e2.* <https://doi.org/10.1016/j.jvir.2017.02.005>

Sousa, C., Magalhães, B., Rafael, M., Fernandes, C. & Santos, C. (2020). IGestSaude – a autogestão dos sintomas na pessoa em tratamento de quimioterapia: uma revisão integrativa da literatura. *Onco.News, 41, 6-17.* DOI:<https://doi.org/10.31877/on.2020.41.01>

Suspiro, A., & Prista, J. (2012). Exposição ocupacional a citostáticos e efeitos sobre a saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 30(1), 76-88.* <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2011.12.002>

Tavares, A., Soares, E., André, S., Barreiros, C., Pité-Madeira, C., Sá, R., & Haddad, I. (2019). Gestão de risco não clínico. In Bridi, A., Alves, A., Teles, A., Tavares, A., Fontes, B., Pité-Madeira, C., Barreiras, C., Corrêa, C., Santos, E., Pina, E., Soares, E., Ferreira, E., Haddad, I., Castro, I., Tavares, J., Pontes, J., Pinto, L., Reis, L., Zambon, L., ... Shcolnik, W., *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas instituições de saúde (capítulo 15)*. Fiocruz.

Taylor, S. G. & Renpenning, K. M. (2011). *Self-care Science, Nursing Theory and Evidence-Based Practice*. Springer

Teixeira, M., Quintão, J., Rocha, A., Leomaro, V., & Sales, L. (2024). *Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: Quantos são os “certos”?* *Salutis Scientia*.

Usta, Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pac J Cancer Prev, 13(8), 3569-3572.* <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.8.3569>

Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J. H. (2016). *Guia Farmacológico para Enfermeiros 14 edição*. Loures: Lusodidacta.

Vasques, C. I., & Lacerda, J. B. (2022). Imunoterapia em oncologia: Implicações para a prática de enfermagem. *Concilium, 22(7), 177-185.* <https://doi.org/10.53660/CLM-672-732>

Vazquez, A. (2017). Hypophysitis: Nursing Management of Immune-Related Adverse Events. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 21(2), 154-156.* <https://doi.org/10.1188/17.CJON.154-156>

Wiley, K., Lefebvre, K. B., Wall, L., Baldwin-Medsker, A., Nguyen, K., Marsh, L., & Baniewicz, D. (2017). *Immunotherapy administration: Oncology Nursing Society recommendations*. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 21(2, Suppl.), 2-7.* <https://doi.org/10.1188/17.CJON.S2.2-7>.

World Health Organization. (2003). *Adherence to Long-Term Therapies. Evidence for Action*. Geneva: World Health Organization-
<https://www.paho.org/en/documents/who-adherence-long-term-therapies-evidence-action-2003>

World Health Organization. (2020). *WHO report on cancer: Setting priorities, investing wisely and providing care for all*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/330745>

World Health Organization. (2023, setembro 16). *Noncommunicable diseases*. Retrieved from Noncommunicable diseases:
<https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>

7. ANEXOS

Anexo I

Entrevista com perito na área da imunoterapia

Entrevistador(a): Enf.^a Carla Brandão

Introdução

O meu objetivo é compreender melhor os efeitos secundários mais frequentes da imunoterapia e como podem ser geridos na prática clínica. Para começar, poderia apresentar-se e falar um pouco sobre a sua experiência nesta área?

1. Noção geral sobre a imunoterapia

Poderia explicar brevemente o mecanismo de ação da imunoterapia no tratamento oncológico?

Em comparação com a quimioterapia, quais são as principais diferenças em termos de efeitos adversos?

2. Efeitos secundários frequentes

Quais são os efeitos secundários mais comuns associados à imunoterapia?

Existem diferenças na frequência e gravidade desses efeitos consoante o tipo de imunoterapia utilizada?

Poderia destacar quais os sistemas do organismo mais afetados, como o sistema gastrointestinal, endócrino ou pulmonar?

3. Monitorização e gestão dos sintomas

Como é realizada a monitorização das pessoas em tratamento com imunoterapia?

Quais são os sinais de alerta que indicam complicações mais graves?

Que medidas podem ser adotadas para minimizar ou tratar esses efeitos secundários?

4. Impacto na qualidade de vida

De que forma considera que os efeitos secundários da imunoterapia afetam a qualidade de vida das pessoas?

Existe um perfil de pessoas que tem maior risco de desenvolver efeitos adversos graves?

5. Perspetivas futuras

Nos últimos anos, houve avanços significativos na imunoterapia. O que podemos esperar no futuro em termos de eficácia e redução dos efeitos adversos?

Existem novas abordagens ou estratégias a serem implementadas para melhorar a segurança deste tratamento?

A terapia com células CAR-T tem sido uma grande inovação no tratamento de certos tipos de cancro. Quais são os principais desafios e riscos associados a esta?

Conclusão

Para finalizar, teria alguma recomendação para os profissionais de saúde, especificamente os enfermeiros que acompanham pessoas em tratamento com imunoterapia?

Anexo II

Guião de colheita de dados

Sinais e sintomas induzidos pela imunoterapia

Este guião permite uma abordagem estruturada para a colheita de dados, facilitando a monitorização dos efeitos adversos da imunoterapia e contribuindo para uma intervenção precoce.

1. Identificação

Idade: Sexo: M F

Diagnóstico oncológico:

Tipo de imunoterapia:

Data de início do tratamento:

2. Sinais e sintomas gerais

- Fadiga intensa
- Febre (>38°C)
- Calafrios
- Perda de peso significativa
- Sudorese noturna

3. Sintomas gastrointestinais

- Náuseas e vômitos
- Diarreia (>3 episódios/dia)
- Obstipação
- Dor abdominal
- Perda de apetite

4. Sintomas dermatológicos

- Prurido
- Erupção cutânea
- Pele seca ou descamação
- Alteração da pigmentação da pele

5. Sintomas respiratórios

- Tosse persistente
- Dificuldade respiratória (dispneia)
- Dor torácica

6. Sintomas musculoesqueléticos

- Dor muscular
- Dor nas articulações
- Fraqueza muscular

7. Sintomas neurológicos

- Cefaleia
- Tonturas
- Alteração na visão
- Formiguelo ou dormência

8. Sintomas endócrinos

- Fadiga extrema
- Alterações no peso (perda/ganho)

Intolerância ao frio/calor

Alteração do humor

9. Sintomas cardiovasculares

Palpitações

Edema nos membros inferiores

Tensão arterial alterada

10. Avaliação geral e observações

Grau de impacto na qualidade de vida (Escala de 1 a 10):

Outros sintomas relatados:

Observações do enfermeiro:

Anexo III

Guião de colheita de dados

Autogestão do regime medicamentoso na imunoterapia

Este guião orientador tem como finalidade, recolher informações sobre a experiência da pessoa em tratamento com imunoterapia, identificando as suas principais necessidades, dificuldades e fatores que influenciam a autogestão do regime medicamentoso.

Foi aplicado em formato de questionário, permitindo adaptar as perguntas conforme a necessidade.

1. Dados sociodemográficos e clínicos

1.1. Iniciais:

1.2. Idade:

1.3. Género:

1.4. Diagnóstico oncológico:

1.5. Tipo de imunoterapia em uso:

1.6. Duração do tratamento até o momento:

1.7. Outras condições de saúde associadas:

2. Conhecimento e compreensão sobre o tratamento

2.1. O que sabe sobre a imunoterapia e o seu mecanismo de ação?

2.2. Como recebeu as informações sobre este tratamento? (Médico, enfermeiro, material informativo, internet, outros)

2.3. Sente que as explicações que recebeu foram suficientes para compreender o tratamento?

2.4. Tem dúvidas ou preocupações específicas sobre o tratamento?

3. Autogestão do regime medicamentoso

3.1. Como organiza a sua rotina para cumprir o plano de tratamento?

3.2. Tem apoio de familiares ou cuidadores na gestão da medicação e consultas?

3.3. Sente-se confiante na gestão dos efeitos secundários em casa?

3.4. Que estratégias utiliza para lidar com os efeitos adversos do tratamento?

3.5. Já necessitou de recorrer a serviços de urgência devido a complicações do tratamento?

4. Adesão ao regime terapêutico

4.1. Alguma vez pensou em interromper o tratamento? Se sim, porquê?

4.2. Quais os principais desafios que enfrenta para cumprir o regime terapêutico?

4.3. Alguma vez esqueceu ou atrasou uma dose do tratamento?

4.4. Acredita que o tratamento está a trazer benefícios para a sua saúde?

5. Fatores facilitadores da adesão ao tratamento

5.1. Que aspetos considera que o(a) ajudam a manter a adesão ao tratamento?

- Apoio da família e amigos
- Acompanhamento da equipa de saúde
- Facilidade de acesso ao hospital ou centro de tratamento
- Sensação de melhoria clínica
- Informação clara e acessível sobre o tratamento
- Outros: _____

5.2. Como avalia o apoio da equipa de saúde na sua jornada terapêutica?

5.3. Tem fácil acesso aos medicamentos necessários?

6. Fatores dificultadores da adesão ao tratamento

6.1. Quais são as maiores dificuldades que enfrenta na adesão ao tratamento?

- Efeitos adversos severos
- Dificuldade no acesso ao hospital/tratamento
- Falta de apoio familiar ou social
- Custos associados ao tratamento (transporte, medicação complementar, consultas)
- Medo ou ansiedade em relação aos efeitos secundários
- Falta de informação sobre o tratamento
- Outras: _____

6.2. O que poderia ser feito para melhorar a sua experiência com o tratamento?

7. Impacto na qualidade de vida

7.1. Como a imunoterapia tem afetado o seu dia a dia?

7.2. Houve mudanças na sua rotina profissional e social devido ao tratamento?

7.3. Que estratégias utiliza para manter uma boa qualidade de vida durante o tratamento?

7.4. Existe algum apoio psicológico ou social de que gostaria de beneficiar?

8. Sugestões e considerações finais

8.1. Que recomendações faria para melhorar o acompanhamento e a adesão ao regime terapêutico?

8.2. Gostaria de partilhar mais alguma informação sobre a sua experiência com a imunoterapia?

Anexo IV

Guião de colheita de dados

Necessidades do cuidador na vigilância de sinais e sintomas da imunoterapia

O presente guião tem com finalidade, avaliar as necessidades do cuidador e otimizar o suporte prestado pela equipa de enfermagem.

1. Informações gerais do cuidador

Nome (opcional):

Idade:

Grau de parentesco com a pessoa a realizar IT:

Tempo desempenhando o papel de cuidador:

2. Conhecimento sobre a imunoterapia

Foi informado sobre o funcionamento da imunoterapia?

Compreende os possíveis efeitos colaterais do tratamento?

Recebeu orientação sobre sinais de alerta a serem monitorados?

3. Vigilância de sinais e sintomas

Consegue identificar alterações na saúde da pessoa?

Sabe reconhecer sinais de alerta graves como febre alta, dificuldades respiratórias, cansaço extremo, reações cutâneas severas, diarreia intensa?

Como costuma agir quando percebe algum sintoma preocupante?

Tem dificuldade em interpretar os sinais e sintomas da pessoa?

4. Acesso e comunicação com profissionais de saúde

Tem facilidade para entrar em contato com a equipa de profissionais de saúde?

Recebeu orientação clara sobre o que fazer em caso de emergência?

Tem dificuldades em compreender as instruções dos profissionais de saúde?

5. Necessidades e dificuldades do cuidador

Sente-se preparado para monitorizar a saúde da pessoa que cuida?

Necessita de mais informações?

Enfrenta dificuldades emocionais a desempenhar o seu papel?

O que ajudaria a melhorar o seu desempenho como cuidador?

7. Conclusão

Principais dificuldades identificadas:

Sugestões para melhoria do suporte ao cuidador: