



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

**IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM
PARA ATENDIMENTO DA PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA**

FERNANDA MARIA VIVO RELVEIRO

LISBOA

2017



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

**IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM
PARA ATENDIMENTO DA PESSOA COM DOENÇA
ONCOLÓGICA EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA**

FERNANDA MARIA VIVO RELVEIRO

ORIENTADORA:

DOUTORA MARIA ALEXANDRA PINTO SANTOS DA COSTA

LISBOA

2017

“Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados”.

Florence Nightingale (s.d)

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Alexandra Pinto Santos, o meu maior agradecimento por toda a disponibilidade e orientação prestada, pelo apoio e compreensão que sempre manifestou.



A todo o corpo docente da escola, por todos os ensinamentos transmitidos ao longo deste meu percurso académico. Foi bom voltar à escola!



Às instituições de saúde que colaboraram comigo e me ajudaram a tornar possível a concretização de um desejo, ser especialista e mestre numa vertente de enfermagem que muito me agrada, a oncologia



Ao meu pai e ao meu irmão, pela compreensão que tiveram da minha ausência nestes últimos dois anos. Mas sei que, no fundo, estão orgulhosos de mim!



À minha mãe, que Deus a tenha. Obrigada pela força imensa que me deu para conseguir cumprir este objetivo. Que saudades minha mãe!



Aos meus amigos, por acreditarem em mim. Muito especialmente aos colegas de trabalho, cada um por si, mas todos de igual valor. Quantas horas estiveram comigo e me ajudaram a construir o que é hoje este relatório. Muito, muito obrigada.



Mas, o meu maior agradecimento vai para meus filhos, meu grande orgulho de vida. O meu pedido de desculpa pela ausência e o meu muito obrigada pelo valor, orgulho, carinho, ajuda, força, compreensão...transmitidos ao longo deste percurso. Foram eles o meu porto mais seguro.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	-	Antes de Cristo
APA	-	Associação Americana de Psicologia
ASCO	-	American Society of Clinical Oncology
CE	-	Consulta de Enfermagem
cit.	-	citado
CR	-	Centro de Referência
DGS	-	Direção-Geral da Saúde
EONS		European Oncology Nursing Society
HDO	-	Hospital de Dia de Oncologia
HT		Hormonoterapia
INCA	-	Instituto Nacional do Câncer
NHF	-	Necessidades Humanas Fundamentais
nº	-	número
OE	-	Ordem dos Enfermeiros
ONS	-	Oncology Nursing Society
p.		página
PSA	-	Antigénio Específico da Próstata
QT	-	Quimioterapia
RORENO	-	Registo Oncológico Região Norte
RT	-	Radioterapia
UTM	-	Unidade de Transplante de Medula

RESUMO

O cancro é uma doença do passado, do presente e do futuro (Direção-Geral da Saúde, 2013a).

O presente relatório inclui-se no plano de estudos do 6º Curso de Pós-Licenciatura/Mestrado na Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente de Enfermagem Oncológica, e pretende documentar o percurso realizado para o desenvolvimento das competências de enfermeiro especialista e mestre nesta área.

A necessidade deste relatório surge primeiro de uma vontade pessoal, uma vez que só os doentes da clínica da mama usufruíam de uma consulta de enfermagem estruturada e organizada, onde é dada toda a informação necessária à pessoa para início do tratamento de QT, possibilitando-lhes um melhor controlo e gestão de toda a sintomatologia. Segundo, foi igualmente vontade da instituição oferecer cuidados de excelência à pessoa com doença oncológica e por fim do doente, pois não terão todos o direito ao mesmo cuidado individualizado e personalizado que a CE lhe possibilita? Então, porque não alargar a consulta de enfermagem a todas as pessoas que realizam quimioterapia em hospital de dia de oncologia?

Assim para conseguir dar resposta a este projeto implementei uma CE para atendimento da pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia, tendo sido construídas várias ferramentas de apoio à mesma, como sendo uma *check-list* das intervenções de enfermagem da CE de 1ª vez à pessoa em tratamento de QT no HDO, um instrumento de colheita de dados orientador das consultas de enfermagem no HDO, um guia orientador das consultas de atendimento telefónico e ainda um manual de procedimentos da CE para pessoas em tratamento de quimioterapia. Para a construção destes documentos baseei-me nos princípios estabelecidos por Phaneuf, (2005), Buckman (2005) no seu protocolo SPIKES e em Henderson (2007), considerando a alteração das 14 NHF da pessoa em tratamento de quimioterapia e participei em três diferentes campos de estágio onde a CE já era uma realidade.

Palavras-chave: consulta de enfermagem, cancro, informação, educação, quimioterapia.

ABSTRACT

Cancer is a disease of the past, the present and the future (Direção Geral de Saúde, 2013a).

This report is included on the 6th Post-Bachelor / Master's degree study programme in the area of Specialization of Medical-Surgical Nursing, Oncology Nursing field. It aims to demonstrate the development of competencies of the nurse specialist in Medical-Surgical Nursing.

The need for this report came primarily from a personal willingness, because only the patients from the Breast Unit of my workplace were benefiting from a structured and organized nursing consultation: in those all the necessary information regarding chemotherapy is given to the patients allowing them to be able to control and manage efficiently all symptomatology. Secondly, it was also the institution's willingness to provide excellence in the quality of care on the person with cancer, because aren't all patients entitled to have the same individualized and personalized care that the nursing consultation allows them to? So why not extend the nursing consultation to all the people who undergo chemotherapy in the outpatient oncology day hospital?

In order to respond to this project, I've implemented a nursing consultation for the patient with cancer undergoing chemotherapy having built several tools to support it: a checklist compiling the nursing interventions for the patient of a first-time consult; a data collection instrument which serves as guidelines for the consultation, a guideline of the consultations through phone service/call centre and also a nursing consultation procedures manual for the patient undergoing chemotherapy. On the drafting of these documents are underpinned the principles established by Phaneuf (2005), Buckman (2005) on his SPIKES protocol and in Henderson (2007), focusing on the changes of the 14 basic human needs on the person with cancer undergoing treatment. It's also underpinned the realization of three different internships where the nursing consultation already was a reality.

Keywords: nursing consultation, cancer, information, education, chemotherapy

ÍNDICE

	Pag.
INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	25
1.1. A pessoa com doença oncológica	25
1.2. A complexidade do tratamento de quimioterapia	30
1.3. Estrutura e procedimentos de uma consulta de enfermagem de um hospital de dia de oncologia.....	35
2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS	45
2.1. Metodologia	45
2.2. Estágio na consulta de enfermagem de uma clínica da mama de um hospital central especializado em oncologia	47
2.3. Estágio na consulta de enfermagem num hospital de dia de oncologia médica de um hospital central	56
2.4. Estágio num hospital de dia de oncologia médica num centro clínico privado	61
3. AVALIAÇÃO	71
3.1. Limitações da implementação do projeto	71
3.2. Pontos fortes e fracos	72
3.3. Questões éticas	73
4. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	
Apêndice I	- Histórico da pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE
Apêndice II	- Reflexão sobre as “Vivências de uma pessoa com cancro da mama”
Apêndice III	- <i>Check-list</i> das intervenções de enfermagem da CE de primeira vez à pessoa em tratamento de QT no HDO
Apêndice IV	- Instrumento de colheita de dados orientador das CE no HDO
Apêndice V	- Reflexão crítica sobre “A problemática da pessoa com situação de doença oncológica”: um olhar que olha o outro

- Apêndice VI - Convocatória e ata da reunião de apresentação do projeto à equipa de enfermagem do HDO
- Apêndice VII - Agenda e ata das reuniões entre o enfermeiro HDO e os enfermeiros das Clinicas Multidisciplinares
- Apêndice VIII Fluxograma do circuito do utente em tratamento de quimioterapia
- Apêndice IX - Manual de procedimentos da CE para pessoas em tratamento de QT
- Apêndice X Questionário aos enfermeiros do HDO após primeiro tratamento de QT à pessoa com doença oncológica (*follow-up* telefónico)
- Apêndice XI - Guia orientador da consulta telefónica de seguimento
- Apêndice XII - Tratamento e apresentação dos dados da CE de 1ª vez no HDO
- Apêndice XIII - Tratamento e apresentação dos dados obtidos nas consultas telefónicas de seguimento do HDO

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico nº 1 - Temas sugeridos para a entrevista telefónica pela equipa de enfermagem.....	63

INTRODUÇÃO

O presente relatório, intitulado “implementação da consulta de enfermagem para atendimento da pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia” inserido no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, tem como finalidade apresentar de forma crítica e reflexiva o percurso desenvolvido para obtenção de conhecimentos aprofundados num domínio especializado na área da intervenção oncológica com o intuito de adquirir o título de enfermeiro especialista e mestre. Sendo que o meu percurso profissional maioritariamente e até à data é cuidar da pessoa com doença oncológica em regime ambulatorio, foi meu interesse desenvolver competências no âmbito da comunicação e educação, para assim poder desenvolver a consulta de enfermagem.

Assim, este interesse nasceu então, por um lado, de uma necessidade pessoal, uma vez que no meu local de trabalho, os doentes que iniciam o tratamento de QT recebem uma breve informação sobre os efeitos secundários destas terapêuticas, mas sem se conseguir responder às suas necessidades, que verdadeiramente se desconhecem e sobre as quais se espera, da parte da equipa, uma informação mais completa e dirigida à pessoa (Berglund, Gustafsson, Johansson & Bergenmar, 2015). Eventualmente, pelo elevado número de QT a serem administradas e toda a sua variedade e complexidade, para os doentes de 1ª vez resta pouco tempo e espaço para a equipa de enfermagem investir nos aspetos relacionais essenciais à humanização dos cuidados prestados ao doente e família, naquilo que Gross (2015) chama, a essência da nossa prática ou a arte da enfermagem. Há indícios de que o doente tem dúvidas e questões a pôr sobre o seu tratamento, embora nem sempre as apresente porque muitas vezes ficam retraídos, pela invasão da sua privacidade e em abordarem os profissionais de saúde numa sala de tratamentos onde estão rodeados por pessoas “estranhas”, sujeitos muitas vezes ao seu olhar (Garcia, 2014), ou ainda por não se sentirem suficientemente à vontade devido a nem sempre haver espaço para as relações e sentirem pouca disponibilidade da parte do profissional (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). As necessidades dos doentes oncológicos em hospital de dia de oncologia

(HDO) são muito semelhantes às referenciadas numa consulta de enfermagem (CE) (Andrade, 2012), ambiente propício a um cuidar individualizado, onde é respeitado o direito do doente à sua privacidade na prestação de todo e qualquer cuidado, o direito a ser informado sobre a sua situação clínica de forma confidencial (Lei nº 15/2014, de 21 de março). Numa experiência que tive como cuidadora de familiar com doença oncológica, vivi toda essa problemática e percebi a importância e necessidade de se estar informado antes de iniciar um tratamento de QT, tal como é referido na literatura científica (Berglund et al., 2015).

A instituição onde trabalho está organizada por unidades ou clínicas multidisciplinares, mas só a Clínica da Mama oferece uma resposta estruturada e dirigida às necessidades da pessoa com cancro que vai iniciar QT, constatando-se que estes doentes chegam ao HDO com outra preparação e uma maior tranquilidade (Garcia, 2014). Para este facto não é estranho a European Society of Breast Cancer Specialists (2012) ter dado indicações para que as pessoas com patologia mamária fossem atendidas em unidades de mama para as quais estabeleceu requisitos estruturais, como o funcionamento multidisciplinar da equipa, onde o enfermeiro pertence, devendo este ter formação avançada para reconhecer a condição física e psicossocial das pessoas com cancro da mama, relativamente ao diagnóstico, tratamento e *follow-up*. Dado ao papel chave do enfermeiro na coordenação dos cuidados (European Oncology Nursing Society [EONS], 2009), levou a interrogar-me: porque não alargar esta consulta a todos os doentes oncológicos que se dirigissem ao hospital de dia? É notória a falta de informação após uma prescrição de QT nos doentes provenientes das restantes clínicas multidisciplinares, embora a pessoa tenha aí uma primeira abordagem com o enfermeiro de referência dessa unidade, porque em qualquer serviço de oncologia o alvo das intervenções de enfermagem são os doentes em tratamento de QT, radioterapia (RT), hormonoterapia (HT), entre outros (Banha, Costa & Mendes, 2014). As pessoas afetadas por outra patologia oncológica, que não a mamária, têm também as suas necessidades humanas fundamentais (NHF) alteradas, pelo que é da responsabilidade do enfermeiro intervir dando-lhes a força, a vontade ou o saber (Henderson, 2007) para conhecerem os procedimentos, técnicas de segurança associadas à administração de terapêutica segundo o protocolo instituído e seus efeitos adversos que têm implicações na gestão da sua vida. Assim, e porque os

modelos ajudam a dar consistência aos cuidados prestados, apoiam as intervenções e decisões dos enfermeiros, servindo de guia de orientação na área da formação e investigação (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette & Major, 1996), decidi ter como suporte para a prestação de cuidados e alicerce para a elaboração deste relatório, o modelo teórico das NHF de V. Henderson (2007), sendo a que me pareceu mais adequada ao tema. De acordo com esta teórica, são 14 essas necessidades: 1) respirar normalmente; 2) comer e beber de forma adequada; 3) eliminação; 4) manter uma boa postura; 5) dormir e descansar; 6) escolher a roupa, vestir-se e despir-se; 7) temperatura corporal; 8) manter o corpo limpo; 9) evitar os riscos do ambiente; 10) comunicar com os outros; 11) realizar práticas religiosas segundo a fé de cada um; 12) trabalhar de modo a sentir-se realizado; 13) manter as atividades de recreação; 14) aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade de modo a conduzir a um desenvolvimento e uma saúde normais.

O doente é um ser humano que precisa de ajuda para obter a independência. O primeiro trabalho de V. Henderson foi publicado em 1955 na obra de Harmer e Henderson “*The Principles and Practice of Nursing*”, onde incluiu os princípios fisiológicos e psicológicos no seu conceito de enfermagem cuja função clarificou: “assistir o indivíduo doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a recuperação (ou para uma morte pacífica) que executaria sem auxílio, caso tivesse a força, a vontade e os conhecimentos necessários” (Henderson, 2007, p.3).

Este meu interesse associou-se ao da instituição que manifestava preocupação pela diferença da acessibilidade ao serviço de CE nos diferentes grupos de doentes que, de modo igual, necessitavam de tratamentos de QT e que projetava criar uma CE para atendimento das pessoas a fazer esses que minimizasse a insegurança no controlo sintomático da doença e no tratamento à pessoa e familiares. Só deste modo a instituição cumpriria a sua missão, de centrar a atividade clínica no doente, personalizando os cuidados prestados pelas equipas multidisciplinares e promovendo a qualidade de vida dos seus clientes.

A CE foi criada pela primeira vez no Brasil e, em Portugal foi definida em Diário da República como sendo uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (Portaria n.º 306-

A/2011 de 20 de dezembro, 2011, p.5348[2]). É um espaço que vai permitir ao doente/família complementar a informação já adquirida, esclarecer dúvidas (Andrade, 2012) e aos enfermeiros permite conhecer as suas necessidades em relação aos cuidados humanizados (Grisales-Naranjo & Arias-Valencia, 2013), bem como as suas expectativas em relação à doença e tratamento, para que possamos intervir tornando-os mais autónomos e independentes para lidarem com a doença, indo ao encontro do já defendido por V. Henderson, cit. por Tomey e Alligood (2004).

Embora se saiba que esta doença não é um produto da vida moderna, pois encontraram-se 21 fósseis humanos datados de 8.000 A.C. com vestígios de cancro ósseo e descrições de tumores em papiros no Egito e em documentos na Índia datados de 1.600 A.C. (Pinheiro, 2012), e que não é contagioso¹, tal como se pensava nos séculos XVII e XVIII, tendo sido criado em 1740 em Rheims, França, o primeiro hospital especializado no seu tratamento, financiado pela Igreja com o intuito de manter os doentes isolados e evitar a propagação da doença (Pinheiro, 2012), só durante o século XX passou a ser considerada uma doença crónica, que dura meses, por vezes anos, às vezes toda a vida, com a intervenção de tratamentos prolongados e muito complexos (Neves, 2012).

A maioria dos enfermeiros já sentiu o impacto pessoal e profissional desta doença em algum momento da sua carreira (Otto, 2000). Ainda que as previsões nacionais e europeias apontem para um aumento de novos casos em cerca de 13% na próxima década (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013a), a evolução nos métodos de diagnóstico e tratamento tem significado um aumento do número de sobreviventes e, conseqüentemente do prognóstico da doença (Clarck et al., 2013; Wood, 2012), e da esperança de vida destes doentes (Carvalho, 2012; Clarck et al., 2013). Aos novos tratamentos instituídos, como os recentes tratamentos antineoplásicos sob a forma oral, subcutânea ou intramuscular e os anticorpos monoclonais, associam-se vários tratamentos em estudo (Clark et al., 2013; Wood, 2012) que se constituem numa necessidade permanente de atualização de conhecimentos e competências para o profissional (Tostes, 2015).

O aumento da doença confirma-se, mas a taxa de mortalidade por tumor maligno é menor a nível mundial, sobretudo na faixa etária inferior aos 65 anos (DGS, 2014). Os dados estatísticos nacionais (DGS, 2014) indicam que os cancros

¹ Esta ideia do cancro ser contgioso ainda permanece no imaginário de alguns de nós (Pinheiro, 2012).

mais frequentes são o da próstata, com uma taxa de incidência de 108,81 por cada mil habitantes, o da mama, com 57,94 e o coloretal com 47,94, embora os mais mortais sejam o do pulmão e estômago² (DGS, 2014). Os tumores hematológicos, nomeadamente as leucemias linfóides e mielóides também tiveram um aumento significativo nos últimos anos (DGS, 2014), e para estes existe um elevado número de terapêuticas orais, igualmente complexas, mas menos invasivas ou agressivas para o doente, que encurtam a permanência no hospital e que têm menor toxicidade relacionada com a medicação (Thivat et al., 2012), mas implicam também uma preparação para a gestão sintomática no domicílio, colocando-me a questão, “porque não realizar uma CE a todo o doente oncológico, não terão todos o mesmo direito à informação e educação antes de iniciar um tratamento de QT?

A melhoria de cuidados no serviço onde desempenho funções e o desenvolvimento de competências para enfermeira especialista e de mestre, levaram-me à procura de boas práticas, a situações de inovação e procurar oportunidades de desenvolvimento, uma vez que ao enfermeiro especialista é exigido uma prestação de cuidados que requer um nível mais profundo de conhecimentos e habilidades, atuando especificamente junto do doente (indivíduo, família e grupos) em situação de crise ou risco, no âmbito da especialidade que possui (Decreto-Lei nº 437/91, de 08 de novembro). Definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), existem quatro domínios de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas: o da responsabilidade profissional, ética e legal; o da melhoria da qualidade; o da gestão de cuidados: o do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, que considero neste trabalho. Ainda, como mencionado pela OE (2009), o enfermeiro especialista é:

...o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas os processos de vida e os problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (p.10)

E como mestre, assume um papel de liderança para que os doentes tenham os melhores cuidados possíveis (Tostes, 2015).

² Taxa de incidência do cancro de pulmão é de 33,6 e de estômago é de 29,22 por cada 1000 habitantes a nível mundial

Estando desde muito cedo tão envolvida por motivos pessoais (familiares) com esta doença e tendo frequentado após a licenciatura duas pós-graduações, a primeira em Psico-oncologia e a outra em Cuidados Paliativos ao longo destes anos fui desenvolvendo ou adquirindo competências relacionais e da comunicação. No entanto, como o conhecimento é contínuo e infinito, senti a necessidade de reforçar saberes e desenvolver competências para, de forma segura e cada vez mais consistente, poder responder aos desafios colocados por mim própria e pela restante equipa de HDO. Assim, para o desenvolvimento de competências, fundamentei-me no modelo de Dreyfus, modelo de aquisição de competências aplicado à enfermagem, onde Benner (2001) distingue cinco estados de perícia para o enfermeiro: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Na relação empática com a pessoa, considero que me encontro no patamar de perito que, segundo Benner (2001), corresponde ao enfermeiro que “detém enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num leque de soluções e diagnósticos estéreis” (p.58). Pretendo atingir igualmente a competência de perito na área da comunicação à pessoa com doença oncológica a realizar QT, demonstrando um domínio intuitivo de qualquer situação relacionada com a pessoa doente, respondendo às suas NHF alteradas.

Este trabalho está organizado em cinco capítulos: um primeiro de introdução onde se contextualiza o problema fundamentando-o em razões, pessoais, institucionais e científicas, e se reflete sobre as competências clínicas e de mestre que se pretende desenvolver. O segundo capítulo enquadra teoricamente os três conceitos do trabalho, a pessoa com doença oncológica, desenvolvida no primeiro subcapítulo, que tem de lidar com a complexidade do tratamento de QT e os seus efeitos adversos, no segundo subcapítulo encontrando na CE do HDO um local estruturado e com uma intervenção sistematizada e qualificada para responder aos seus problemas, no terceiro subcapítulo. No terceiro capítulo, apresenta-se o percurso efetuado, a metodologia adotada, a escolha dos campos de estágio e as atividades desenvolvidas em cada um deles, segundo os objetivos que me propus atingir, tendo atenção o que diz a prática baseada na evidência científica. No quarto representadas as limitações para a implementação do projeto, quais os pontos francos e fortes. Por último, a conclusão e as perspetivas futuras.

Mencionarei as implicações deste caminho acadêmico na minha prática profissional em relação aos aspetos positivos, que servirão como uma mais-valia para melhorar o meu desempenho. Termino, dando algumas sugestões de continuidade para o projeto no serviço onde foi pensado.

Este trabalho foi escrito de acordo com as normas da American Psychological Association.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A pessoa com doença oncológica

A doença oncológica é, ainda, a segunda causa de morte em Portugal e tem um profundo impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral (DGS, 2013b), sendo a doença mais temida na população (Carvalho, 2012; Cassol, Quintana & Velho, 2015; DGS, 2013b, 2014). Este diagnóstico, que é considerado uma ameaça de vida, causa uma instabilidade pessoal e familiar que vai crescendo à medida que a doença vai evoluindo (Querido, 2012; Tostes, 2015).

Em Portugal, existem cerca de 45.000 novos casos e 24.000 óbitos de cancro por ano (Penedo et al., 2013). Em relação ao cancro do pâncreas e melanoma, ocorrem cerca de 800 novos casos/ano, mas apenas uma pequena percentagem tem indicação para cirurgia (Penedo et al., 2013). No reto, são aproximadamente 2.000, tendo como tratamento, muitas vezes, a combinação entre QT e RT. No testículo, são 130 e dizem respeito, quase na sua totalidade, a jovens, com grande potencial curativo com a administração de QT (Penedo et al., 2013). Em relação ao cancro da próstata, espera-se que as modificações no rastreio com o PSA (antigénio específico da próstata) reduzam o número de doentes operados, atualmente são diagnosticados 80% dos casos através de exames de diagnóstico (DGS, 2013a). No esófago, são 600, no estômago, 2.900 e o cancro da mama tem a maior taxa de incidência com cerca de 5.500 novos casos por ano (Penedo et al., 2013).

Existem vários centros de referência³ (CR) em oncologia em Portugal, tanto públicos como privados, alguns mesmo destinados só a esta área e reconhecidos internacionalmente (Registo Oncológico Região Norte, 2014). Para além destes CR, existem cerca de 15 hospitais de dia⁴, no país, onde profissionais de saúde, com conhecimento em oncologia, realizam tratamentos de QT ao doente oncológico em regime ambulatorio.

³ Um CR é uma “unidade prestadora de serviços de saúde com conhecimentos técnicos na prestação de cuidados de elevada qualidade aos doentes com determinadas situações clínicas e que exigem uma especial concentração de recursos ou de perícia devido à baixa prevalência da doença, complexidade no diagnóstico e tratamento” (Penedo et al., 2013, p.35).

⁴ Um hospital de dia é um “serviço de um estabelecimento de saúde onde os doentes recebem, de forma programada, cuidados de saúde, permanecendo sob vigilância, num período inferior a 24 horas” (Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro, 2011, p.5348).

É do conhecimento geral que ter um cancro, não é algo estático ou circunscrito a uma única crise, mas uma mudança de vida para um mundo diferente onde se experimentam emoções e sintomas estranhos e a pessoa é frequentemente submetida a múltiplos exames e a encontros com profissionais de saúde desconhecidos que nem sempre evitam o uso de termos técnicos que não lhe são perceptíveis (Salgado, 2011). Estar sentado frente ao médico, esperar que este lhe diga o nome da doença que tem e ouvir a palavra “cancro”, é um momento que fica para a vida toda! É um despertar para uma mistura de sentimentos, medos e incertezas no futuro, que ficam registados para sempre numa pessoa (Cardoso et al., 2009; Carvalho, 2012; Dias & Aquino, 2014; Salgado, 2011). Ter cancro é como ter a vida a “prémio”, foi assim considerado até meados do século XX, que conduzia a uma vida de sofrimento permanente e, por fim, à morte (Cassol et al., 2015). No entanto, e apesar dos avanços tecnológicos, ainda hoje permanece este preconceito, que leva à criação de “eufemismos” substitutos da palavra (Carvalho, 2012). Como Schreiber (2008), que passou por uma situação de cancro e refere que “a primeira reação a um diagnóstico de cancro, é frequentemente, a incredulidade (...) parece que para o resto da vida estava a carregar o estigma de uma pessoa condenada a morrer” (p.47). Muitos dos doentes que cuidei referiram que a partir dessa palavra, já não conseguiam registar mais nenhuma informação, recusavam-se simplesmente a verbalizá-la em voz alta, tal o sentimento profundo que causa. Ainda há pouco tempo, uma senhora relativamente jovem me dizia “Deus me livre de dizer aquela palavra à minha filha de 10 anos!”.

Ouvir uma má notícia e conseguir entender a linguagem médica que não nos é familiar, é uma tarefa nada fácil. “Cancro” é um tema difícil de ser falado, tanto para quem o tem, como para os amigos e familiares, mas também para o profissional de saúde, reconhecendo-se que é importante que este tenha consciência das suas próprias reações emocionais e atitudes na relação com os doentes oncológicos (Barranco, Moreira & Menezes, 2010; Barros, Carmo & Antunes, 2015; Cardoso et al., 2009).

Associado à doença vem uma série de alterações dramáticas, às quais, umas pessoas se adaptam, outras não, como a alteração da vida laboral, social, pois sabe-se que há pessoas que evitam o contacto com o outro, muitas vezes devido a sentimentos, como a repugnância, como se a doença contagiasse só de olhar,

(Salgado, 2011), alterações familiares (Barros et al., 2015), que implicam mudanças de papéis (Tostes, 2015). Muitas vezes, o trabalho doméstico, predominantemente da responsabilidade da mulher, passa para os filhos ou para o marido. Acontece que, por vezes, um dos elementos do casal abandona a casa, virando as costas, simplesmente por não conseguir assistir à degradação física e psicológica do(a) companheiro(a), pelo que também o cuidador precisa de acompanhamento psicológico para suportar as alterações na dinâmica familiar e da alteração de papéis do seio familiar (Baptista et al., 2012; Ribeiro & Souza 2010; Volpato & Santos, 2007).

A experiência de ter cancro é particularmente marcada por um itinerário terapêutico denso, programado, de fases do tratamento, atravessando uma diversidade de espaços clínicos (Salgado, 2011). Este autor (Salgado, 2011) realizou um estudo exploratório descritivo, segundo uma metodologia qualitativa com entrevistas semi-estruturadas a um casal jovem com dois filhos menores de idade, com história oncológica de um dos seus elementos, com o objetivo de compreender a humanização dos laços afetivos e a sua eficácia terapêutica, incluindo também o modo como a relação com o próprio hospital pode qualificar os próprios laços familiares, donde concluiu que são os laços afetivos que dão sentido à história oncológica numa pessoa, revelando-se a estratégia integrativa mais sólida do doente e família, pois a doença é igualmente um assunto familiar (Salgado, 2011).

Há uma sensação de impotência, de revolta, de injustiça, “o que se fez, para merecer tal sorte”? Uma das razões que leva ao aumento desta carga emocional, é a representação social, o estigma associado ao cancro, que dificulta a clareza do processo de comunicação, tornando-a ambígua, confusa e imprecisa (Carvalho, 2012). Os próprios laços entre as pessoas e as relações de afeto são, na maioria das vezes, transformados ao longo da história oncológica (Salgado, 2011).

O cancro é considerado uma proliferação anormal de células no organismo que o sistema imunitário deveria destruir, no entanto, quando isso não acontece por não serem identificadas, desenvolvem-se descontroladamente e formam um tumor, uma massa de novas células, a chamada neoplasia (Instituto Nacional do Câncer [INCA], 2011; Otto, 2000). Nem todos os tumores são malignos, há os benignos que, ao não alastrarem para os tecidos, têm melhor prognóstico e não põem a vida da pessoa (sob algumas exceções), em risco. Nos tumores malignos, as células

crecem desordenadamente, de forma rápida, perdendo a sua identidade genética e morfológica, invadindo os tecidos e órgãos circunjacentes e dando origem a metástases (INCA, 2011; Twycross, 2001). Estes tumores são classificados segundo uma terminologia específica, TMN⁵, desenvolvida por Pierre Denoix (França) entre os anos 1943-1952, por entender que devia haver uma nomenclatura que ajudasse a classificar o tumor, passando a partir desta altura, a ser mais fácil ao médico organizar a forma de tratamento, avaliar os seus resultados e indicar qual diagnóstico e o prognóstico.

Porém, os tumores malignos podem ser controlados por vários tratamentos, como a QT⁶, terapia hormonal⁷, terapias alvo⁸ e imunoterapias⁹ que, para além dos anticorpos monoclonais¹⁰, também envolve, por exemplo, citocinas e vacinas (Lesterhuis, Haanen & Punt, 2011), que têm sido usadas em combinação com outros fármacos ou como monoterapia¹¹ (Clark et al., 2013). O aparecimento destas novas terapias tem vindo a diminuir o número de internamentos, mas também de sessões realizadas em HDO, pois grande parte delas não requer admissão hospitalar por poderem ser realizadas diariamente em casa (DGS, 2014). O tratamento é sempre o mais adequado para aquele doente, pois tanto o diagnóstico como a decisão terapêutica são feitos por uma equipa multidisciplinar¹², para que a comunicação entre os especialistas beneficie o cuidado à pessoa com cancro (EONS, 2013).

Na maioria das instituições de saúde, públicas e privadas, estas consultas de grupo têm vindo a aumentar, tanto pelo crescente número de doentes, como pela complexidade da doença, mas também pela importância atribuída pelos profissionais de saúde à partilha da decisão terapêutica (Pereira, 2010). Cada vez mais os serviços trabalham em conjunto e a decisão terapêutica é sempre debatida em reunião com todas as especialidades implicadas no processo terapêutico, onde hoje,

⁵ Sistema de classificação que diz respeito à extensão anatómica da doença, referenciando-se as letras: T= A extensão do tumor primário; N= ausência ou presença e a extensão de metástases nos gânglios linfáticos regionais; M= ausência ou presença de metástases à distância (Costa, Magalhães, Félix, Costa & Cordeiro, 2005)

⁶ É a utilização de drogas citotóxicas no tratamento do cancro. Uma das quatro terapêuticas que proporciona cura ou controlo da doença (Otto, 2000).

⁷ A hormonoterapia tem um papel importante, mas em restrito número de doenças, tais como o cancro de mama e próstata (Clark et al., 2013).

⁸ Tratamento por agentes derivados de fontes biológica e/ou que afetam as respostas biológicas. A maioria dos seus agentes deriva do genoma mamífero (Otto, 2000).

⁹ Estratégia terapêutica que melhora a imunidade do doente, tais como a estimulação imunológica por estímulos exógenos (Clark et al., 2013).

¹⁰ Anticorpos monoclonais, também chamados de terapias-alvo, um novo tipo de tratamento que ataca especificamente as células cancerígenas e provoca poucos danos nas células normais. Estes medicamentos são geralmente usados conjuntamente com a QT. Algumas destas terapias bloqueiam mesmo o crescimento dos novos vasos sanguíneos (Masters et al., 2015).

¹¹ Monoterapia, quando usado apenas um fármaco (Clark et al., 2013).

¹² Grupo de profissionais de saúde de diversas áreas de cuidados que, combinando diferentes competências e recursos, asseguram a coordenação de cuidados de saúde a prestar ao doente (Penedo et al., 2013).

mais que nunca, estão incluídos os enfermeiros, ficando muitas vezes como referência¹³ do doente/família (Tostes, 2015).

A CE é fundamental desde que o diagnóstico é comunicado à pessoa pelo médico assistente, como forma de cuidar individual e personalizadas a pessoa (Andrade, 2012). Nesta, está sempre presente a comunicação, que é de todo uma das ferramentas mais importantes (Tay, Hegney & Ang, 2010), pois a ansiedade e o medo presentes na situação de doença criam barreiras à comunicação (Garcia, 2014). Estabelecer uma relação com alguém que o pode ajudar é, desde o início, uma forma de partilhar o que lhe vai na alma (Cardoso et al., 2009; Oliveira, et. al., 2012). Quanto melhor e mais formação e informação a pessoa/familiar/cuidador tiverem, com especial atenção à faixa etária da pessoa e à capacidade cognitiva, melhor será a sua colaboração e decisão face ao plano terapêutico (Cardoso et al., 2009; Garcia, 2014; Salgado, 2011), salvo aspetos éticos de recusa de ter informação ou de “privilegio terapêutico”. Estar bem informado ajuda na tomada de decisão, diminui medos e ansiedades e provoca na pessoa uma forma de gerir e digerir os seus sintomas (Berglund et al., 2015; Valenti, 2014).

Cuidar da pessoa com doença oncológica é um processo em que o enfermeiro tem o dever de se envolver. É imprescindível desempenhar o seu papel com toda a competência e habilidade necessárias, adaptando essa ajuda às circunstâncias e condições do momento e desenvolver ao mesmo tempo competências comunicacionais (Garcia, 2014; Gross, 2015). Como refere Winkeljohn (2010), o enfermeiro é uma parte essencial da equipa oncológica para ensinar os doentes acerca da QT e têm a responsabilidade de fornecer a maioria da informação, bem como detetar precocemente os sintomas e sinais adversos desse tratamento, de forma a impedir que os mesmos afetem a qualidade de vida da pessoa (Mollaoglu & Erdogan, 2014). É o profissional de saúde que mais tempo passa com o doente (Garcia, 2014), sendo um elemento vital para providenciar cuidados de qualidade e, hoje, mais que nunca, considera-se ser um direito da pessoa com doença ter cuidados competentes e conscientes durante todo o processo de doença (Otto, 2000). É ele que promove os interesses dos doentes,

¹³ Enfermeiro de referência em oncologia assume um papel de liderança para que os doentes obtenham o melhor resultado possível no seu processo de doença. Fornece assistência direta ao doente, desempenha um papel primordial na educação do mesmo, sobre a melhor forma de controlar os sintomas e oferece suporte após o diagnóstico, durante e pós-QT (Tostes, 2015).

avalia o sofrimento físico e psicossocial, pedindo-se-lhe que seja o advogado de defesa de doente (Vaartio-Rajalin & Leino-Kilpi, 2015).

Atualmente, duas em cada três pessoas que adoecem com cancro são potenciais candidatos ao tratamento de QT (Costa et al., 2005). Esta, que antigamente era considerada como o último recurso, tem hoje um papel na cura do cancro, no prolongamento da vida e na palição dos sintomas de uma variedade de patologias (Costa et al., 2005). Assim, este tratamento pode ser curativo, mas quando não é possível alcançar a cura, há que procurar uma outra linha de tratamento com o intuito de o doente estar o maior tempo possível sem sinais de doença ativa, embora não se entenda como curado, mas em período de remissão da doença (Maia, Dantas, Santos & Ramos, 2010). Quando a oportunidade de remissão é pouco provável e a intenção passa a ser a de controlar a doença e os seus sintomas, chama-se de QT paliativa (Maia et al., 2010). Em qualquer dos tipos de tratamento, o principal objetivo é melhorar a qualidade de vida da pessoa.

1. 2. A complexidade do tratamento de quimioterapia

A QT está historicamente descrita a partir do século XIX, quando alguns metais, como o arsénico, zinco e prata, foram estudados de forma a determinar os seus efeitos antineoplásicos com o objetivo do tratamento de tumores (Costa et al., 2005). Foi descoberta a solução de Fowler, em 1885, e a toxina de Coley, em 1890, mas só em 1919 se deu o “boom” da história da QT, quando marinheiros expostos a gás mostarda nitrogenada desenvolveram depressão medular grave (Costa et al., 2005). Cada década trouxe novas descobertas, em 1930 foram descobertas novas substâncias, evoluindo-se até aos agentes hormonais, tais como os estrogénios quando apareceram os primeiros resultados favoráveis no tratamento de cancro da próstata e da mama e, em 1950, foi criado um programa de investigação pelo National Cancer Institute e Cancer Chemotherapy National Service Center, que permitiu, nos 11 anos seguintes, sintetizar cerca de sete fármacos citostáticos, conseguindo-se a primeira cura por QT para o tumor de Wilms (nefroblastoma), em 1956 (Costa et al., 2005). A década de 60 foi caracterizada pela descoberta de vários regimes ou protocolos poliquimioterápicos¹⁴ ou de combinação, aos quais se

¹⁴ QT de combinação quando são administradas mais que uma droga num determinado protocolo. Por vezes, é mais eficaz em certos tipos de tumores, mas a probabilidade de efeitos adversos é mais intransigente (Otto, 2000).

seguiu a QT adjuvante¹⁵, sendo nesta altura (1964) que Skipper e colaboradores, cit. por Otto (2000), estabeleceram os princípios da QT, que ainda hoje se conhecem pelos Princípios de Skipper, a saber: 1) O tempo que as células neoplásicas proliferativas levam a crescer para o dobro, é constante; 2) A percentagem de células destruídas por um fármaco é constante, independentemente do tamanho do tumor.

Entende-se, então, por QT a utilização de substâncias químicas com atividade citotóxica, que têm como objetivo tratar pessoas com doença oncológica (Otto, 2000). Com esta terapêutica pretende-se assegurar que cada célula de uma população tumoral seja exposta a um fármaco letal, em dose suficiente e por um período adequado para a destruir (Andrade, 2012; Costa et al., 2005). Pode ser administrada por várias vias (subcutânea, intramuscular, endovenosa, intra-tecal e oral) (Maia et al., 2010), como terapêutica neoadjuvante¹⁶, adjuvante e paliativa¹⁷.

Todo o tipo de QT, seja ela oral ou injetável, obedece a normas e procedimentos regidos por padrões de qualidade e segurança. No serviço onde trabalho, estão criados protocolos de serviço para as diferentes patologias, com critérios de inclusão e exclusão, definidos pela direção clínica da instituição e de acordo com o estabelecido pelo Programa de Certificação da Qualidade definido pela BC Cancer Agency (2016). Em relação às normas de segurança da administração de QT no ambulatório, por ser uma intervenção de alto risco, há uma preocupação acrescida nos hospitais de dia de que esta administração e vigilância devem estar em conformidade com as definidas desde 2009 pela American Society of Clinical Oncology Nursing (ASCO) (Jacobson et al., 2009).

Trata-se de fármacos citotóxicos que obedecem a tempos definidos para perfusões e diluições, habitualmente preparados na farmácia do hospital por profissionais devidamente credenciados para este fim, e doseados para a pessoa doente de acordo com certos critérios, onde se inclui o estado geral, a idade, a superfície corporal, o tipo de doença e o seu estadio (Otto, 2000). São os médicos que definem o protocolo de QT, são os técnicos de farmácia e os farmacêuticos que os preparam e são os enfermeiros que os administram (Abreu, Rodriguez & Paixão,

¹⁵ QT adjuvante, quando administrada após cirurgia ou radioterapia, com o intuito de destruir as células neoplásicas residuais. Geralmente combinada (Otto, 2000).

¹⁶ QT neoadjuvante quando administrada em alta dose, no período pré ou peri-operatório, com o intuito de diminuir o tamanho do tumor, possibilitando a cirurgia. Geralmente combinada (Otto, 2000).

¹⁷ QT administrada para controlar os sintomas ou prolongar a vida num doente em que a cura é pouco provável (Otto, 2000).

2013). Todos eles têm de fazer uma dupla validação ou verificação. No caso do enfermeiro, o último elo da cadeia, este tem um papel fundamental no processo de administração da medicação e deve assegurar com responsabilidade ética, técnica e científica a proteção dos doentes e os seus direitos de serem bem cuidados (Abreu et al., 2013). Há que validar com o doente ou familiar, em caso de o próprio não estar em condições para responder, se se trata da pessoa certa, mas também validar a dose e via certas, nome do medicamento e hora certa de administração, que Benner, Malloch e Sheets (2010) consideram ser uma boa prática de enfermagem. Atualmente, já há evidência que existem cerca de sete ou nove certos¹⁸ para validar uma terapêutica, minimizando a possibilidade do erro na administração de medicamentos. Já Florence Nightingale (1959) escreveu em "*Notes on Hospitals*" as seguintes palavras latinas *Primum non Nocere*, o que quer dizer, "primeiramente não cause dano", tendo como preocupação que a medicação fosse sempre dada dentro do mesmo horário para não haver possíveis esquecimentos, nem administrações repetidas (Abreu et al., 2013).

Nos Estados Unidos, foi feito um estudo qualitativo em 55 centros oncológicos sobre a administração de QT em regime ambulatorio, que mostrou existir uma taxa de erro em cerca de 3% a 8% das administrações, porque nem todos cumprem todas as normas de segurança estabelecidas (Weingart et al., 2012). A ASCO e a Oncology Nursing Society (EONS, 2009) publicaram um conjunto de normas para a prática do ambulatorio nos adultos em relação à administração segura de QT, descritas por Jacobson et al. (2009), que foram desenvolvidas através de um processo multidisciplinar e validadas por um painel de especialistas, revisão de literatura e ainda dúvidas da opinião pública. Dos 31 padrões selecionados inicialmente, ficaram apenas oito: 1) normas em relação ao pessoal; 2) planeamento de QT; 3) clínica geral de QT; 4) ordem de administração da QT; 5) preparação de drogas; 6) consentimento do doente e educação; 7) administração de QT e monitorização; 8) avaliação.

Os registos clínicos, em determinadas instituições, ainda se mantêm feitos de forma manual, o que, por vezes, leva ao erro pela dificuldade na interpretação da caligrafia e devido ao uso de abreviaturas pouco nítidas e desconhecidas (Abreu et al., 2013). O uso de prescrições por sistemas computadorizados vem minimizar esta

¹⁸ Incluídos estão ainda: tempo certo, abordagem, validade e registo certos. Disponível em: http://www.hospitalsantalucinda.com.br/downloads/prot_medicamentos.pdf

dificuldade e prevenir este erro (Abreu et al., 2013). No meu local de trabalho já é prática diária o registo clínico em sistema informático e estão criados programas para fazer o reporte do risco, seja ele relacionado com o erro da medicação ou não.

Convém ainda lembrar que todos os sentimentos esperados pela doença oncológica se intensificam quando, em situação de QT, se lhe associa o desconforto que decorre deste tratamento e conseqüente aumento da ameaça à integridade (Gross, 2015). Apesar deste sofrimento, muitas vezes a pessoa mantém-se resiliente, lutando pela vida, superando todas as potenciais dificuldades provocadas pela QT, de forma a não perder o seu equilíbrio físico e emocional (Henderson, 2007). É especialmente nestas condições que a pessoa tem necessidade de apoio por parte da equipa de saúde, particularmente da de enfermagem (Andrade, 2012; Cassol et al., 2015).

Um estudo qualitativo, de tipo fenomenológico, realizado por Brataas, Thorsnes e Hargie (2009) com o objetivo de explorar as perceções dos enfermeiros em oncologia em relação à comunicação com o doente e família em contexto de consulta de ambulatório a 12 enfermeiros, aos quais foi pedida uma entrevista narrativa sobre a sua experiência nesta área e, posteriormente, analisada numa perspetiva hermenêutica inspirada em Ricoeur, revelou que os enfermeiros experienciavam a intervenção na consulta como um trabalho difícil, rotineiro ou artístico e que a conceptualização que estes têm do seu papel é influenciada pelos princípios da prática de enfermagem e pela ética na prestação de cuidados. Concluindo, o significado que os enfermeiros atribuem ao seu papel influencia a sua perceção face à comunicação entre enfermeiro/doente/família (Brataas et al., 2009). No entanto, ficou explícito (Brataas et al., 2009) que a primeira abordagem entre enfermeiro e doente é importante, pois a informação dada neste momento leva a um melhor controlo sintomático dos efeitos colaterais da QT e os doentes ficam mais preparados para o que eventualmente lhes pode acontecer após o tratamento e podem organizar e planear a sua vida e os suportes que vão necessitar.

Sabe-se que a educação permanente do enfermeiro e da pessoa com cancro favorece o sucesso do cuidado de enfermagem e do tratamento (Dalby et al. 2013; Valenti, 2014). Para tal, é necessário criar as condições físicas, psíquicas e ambientais para que a educação da pessoa em tratamento de QT ocorra de forma tranquila (Rosa, Mercês, Marcelino & Randunz, 2007), pois esta tem direito ao seu

espaço e privacidade para partilhar as suas emoções, sentindo por parte do enfermeiro uma disponibilidade que lhe permita verbalizar a sua angústia, medos e receios (Cassol et al., 2015), e onde o enfermeiro a possa informar, apoiar e contribuir para o desenvolvimento das suas potencialidades (Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro).

A inovação terapêutica tem sido um importante sustentáculo na melhoria dos indicadores de saúde, estimando-se que os novos medicamentos como, por exemplo, as terapias-alvo, aumentaram as taxas de sobrevivência do cancro em cerca de 50% a 60%, podendo haver benefícios em termos de eficácia, qualidade de vida e adesão ao tratamento, uma vez que estes agentes são de fácil administração e têm menor toxicidade que a QT tradicional (Clarck et al., 2013).

A administração de quimioterapia, também chamada de QT citostática ou de agentes antineoplásicos, qualquer que seja o protocolo indicado pelo médico, pode provocar toxicidade, sendo a mais relevante a hematológica (Delicado, 2013), embora nem todos os fármacos provoquem esta toxicidade. Uma vez que estes medicamentos atuam nas células da medula óssea, estas ficam muito vulneráveis à agressividade medicamentosa, o que lhes dificulta a reposição das células sanguíneas envelhecidas ou mesmo mortas (Costa et al., 2005). Um dos primeiros sinais da toxicidade é a neutropénia, seguida da anemia e da trombocitopénia (Delicado, 2013). Quando esta acontece, é necessário, na maioria das vezes, fazer um ajuste da dose da terapêutica, sendo importante o estado geral¹⁹ e a superfície corporal²⁰, para que a intolerância à QT ou o aparecimento dos efeitos adversos seja menor (Otto, 2000).

Um tratamento de QT é definido por um determinado protocolo²¹ que está de acordo com determinado doente e com a sua patologia oncológica (Maia et al., 2010). Estes medicamentos são, na sua maioria, considerados vesicantes e corrosivos²² quando administrados por via injetável, causando desconforto orgânico e um conjunto de sintomas que ocorrem geralmente nos primeiros dias após a realização do tratamento (Maia et al., 2010). Para combater estes sintomas já está

¹⁹ Entende-se por estado geral do doente, o facto de ter ou não outra comorbilidade clínica (cardíacas ou respiratórias). É importante estar hidratado e nutrido.

²⁰ O cálculo da superfície corporal é realizado através do peso e altura da pessoa. Este garante a administração de uma dose proporcional da QT sem ocorrências dos efeitos adversos (Maia et al., 2010).

²¹ Um protocolo diz respeito a um grupo de QT associadas ou isoladas e são geralmente nomeados através de siglas (Maia et al., 2010).

²² Vesicante ou corrosivo, são os fármacos que por fuga acidental provocam extravasão de medicamento no tecido subcutâneo com dor, necrose, infeção e até mesmo perda da mobilidade do membro afetado (Otto, 2000).

definido no protocolo a medicação de suporte sintomático que, muitas vezes, é preciso o doente levar também para casa, em via oral (Maia et al., 2010).

Para além do efeito secundário já mencionado, há outros que merecem igual atenção, como a fadiga (American Cancer Society, 2011; Howell et al., 2015), as náuseas e vômitos, a diarreia ou obstipação (Mollaoglu & Erdogan, 2014), a inflamação das mucosas orais (mucosites), a hipertermia, esta última, muitas vezes associada a uma neutropénia febril²³, a alteração da frequência cardíaca e da tensão arterial, a alopecia, a dor ou edema (Aranda et al., 2012; Maia et al., 2010; National Cancer Institute, 2015).

Dar esta informação à pessoa com doença oncológica (Mollaoglu & Erdogan, 2014), familiarizá-la com os efeitos secundários da sua QT é um dos objetivos de uma CE, podendo paralelamente entregar-se suporte informativo em papel e projetar a vigilância em consultas futuras.

1.3. Estrutura e procedimentos de uma consulta de enfermagem de um hospital de dia de oncologia

Em Portugal, a consulta de enfermagem foi legalizada com a legislação do exercício profissional da enfermagem, em junho de 1986 (Santos, 2001) e surgiu na profissão como estratégia eficaz para deteção precoce de desvios de saúde e para acompanhar e dar seguimento às medidas institucionais ao bem-estar das pessoas envolvidas” (Rosa et al., 2007, p.489), para ser feita por profissionais “capacitados para fornecer, parecer, instrução ou examinar determinada situação a fim de decidir sobre um plano de ação sobre sua área de conhecimento em relação às necessidades apresentadas pelo cliente” (Galperin & Portella, 1990, cit. por Santos, 2001, p.1).

O avanço da tecnologia, que nos permite ter uma melhoria dos meios de diagnóstico e tratamento, pode aumentar o sofrimento devido aos efeitos adversos que geram (Andrade, 2012), pelo que se torna necessária uma intervenção do enfermeiro devidamente formado (Mollaoglu & Erdogan, 2014) que ajude a gerir todo

²³ Manifesta-se por temperatura axilar superior a 38.5°C durante mais de uma hora ou duas leituras superiores a 38°C no período de duas horas associado a uma contagem de neutrófilos inferior a $0.5 \times 10^9/L$. (Naurois et al., 2012). Uma das complicações mais comuns do uso de QT na qual o risco de morte é superior aos que a não têm, sendo considerada uma urgência em oncologia (Naurois et al., 2012).

e qualquer transtorno causado ou experimentado pelo doente.

Como refere Henderson (2007), é a necessidade de estimar as necessidades afetadas, imediatas e a longo prazo, e planejar os cuidados, físicos, de apoio emocional e de reeducação, que faz da enfermagem um serviço da maior importância.

É da responsabilidade do enfermeiro a avaliação, o planeamento, a execução, a coordenação, a supervisão e a avaliação dos cuidados de enfermagem, em todas as fases do tratamento (Andrade, 2012). Quando a pessoa chega ao HDO já tem diagnosticado a sua doença oncológica e foi, em consulta de grupo, proposto e aceite iniciar tratamento com QT. Numa revisão integrativa da literatura realizada por Oliveira et al. (2012), foram analisados 31 artigos, entre 2009 e 2010, utilizando como termo de pesquisa “consulta de enfermagem”. Esta revisão teve como objetivo identificar os aspetos a abordar numa CE, e os resultados referem que o tempo de uma consulta de primeira vez decorra entre os 20 a 30 minutos e as de seguimento dentro do mesmo tempo. Já Aranda et al. (2012) num estudo também realizado sobre a CE falam de um tempo superior, como sendo cerca de 40 minutos. Considerando que numa CE de primeira vez, a necessidade de colheita de informação sobre a pessoa é mais extensa porque o enfermeiro não a conhece e a necessidade de informação da pessoa é maior devido ao desconhecimento quase total sobre o tratamento e as implicações que pode ter na sua vida e que numa consulta de seguimento ocorre sobretudo a monitorização dos efeitos adversos e a validação da informação para os gerir, (Howell et al., 2015), estabeleci 45 minutos para a CE de primeira vez e 20 minutos nas de seguimento²⁴. O número das consultas realizadas/dia vai variar de acordo com as consultas médicas, prevendo-se até 5/dia (4h/dia) e, sempre que possível, fazê-la coincidir com outros agendamentos programados na instituição (Oliveira et al., 2012). Cabe ao enfermeiro demonstrar o custo-benefício e a eficácia da CE, através da obtenção de indicadores sobre, a sua duração, a avaliação dos registos, o uso de roteiros de entrevista, o tipo de comunicação usado, a sistematização da assistência de enfermagem e a importância atribuída pela pessoa à CE (Oliveira et al., 2012). Na primeira consulta, há que proceder a um levantamento das NHF da pessoa, orientado pelo referencial teórico de Virgínia Henderson (2007) e do protocolo de

²⁴ Tempos médios, pois sabe-se que há pessoas que têm tempos diferentes (Andrade, 2012).

Buckman (2005), preparando um roteiro de entrevista onde se integre uma comunicação terapêutica que permita ter um conhecimento da pessoa e lhe proporcione confiança e segurança nos cuidados, para além de lhe dar a informação que ela necessita (Oliveira et al., 2012; Stacey, Carley, Ballantyne, Skrutkowski & Whynot, 2015).

Conhecem-se algumas dificuldades para a implementação da consulta, como os aspetos processuais ligados à deficiência nos registos, a ausência de um referencial teórico que fundamente esses cuidados, já para não falar da dificuldade em comunicar de alguns profissionais de saúde sobre a questão de uma doença crónica como é o cancro (Rosa et al., 2007), mas também outros aspetos estruturais, como a dificuldade de ter um espaço apropriado, o número reduzido de colaboradores, a sua formação inadequada, a indisponibilidade de tempo, e a existência de normas e procedimentos que, muitas vezes, são criadas pela direção/administração sem o parecer dos intervenientes (Crozeta, Truppel, Meier & Danski, 2009), e acrescento eu, o estabelecimento do circuito da pessoa na organização e a articulação entre as consultas de enfermagem das clínicas multidisciplinares e a do HDO.

Os registos facilitam a comunicação entre profissionais e servem também para avaliar os cuidados, a sistematização da assistência consiste na utilização do processo de enfermagem, composto pelas etapas de histórico, diagnósticos, planeamento, implementação e avaliação (Andrade, 2012)

Mas, então como se planeia ou implementa uma CE de um HDO? Que estrutura e condições logísticas têm de estar asseguradas? Que documentos se deveria construir como suporte para a intervenção do enfermeiro? De acordo com a competência estabelecida pela OE (2010a) “avalia a qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado” (p.6) e de acordo com Donabedian (1997), um serviço qualificado deve contemplar três áreas de intervenção: a **estrutura** - que inclui preparação dos recursos físicos, espaço, tempo do horário semanal do serviço de CE, equipamento técnico (equipamentos materiais) como para monitorização de parâmetros vitais, registo informático e arquivo, os recursos humanos, os enfermeiros da CE e sua formação, assistente operacional para apoio no acompanhamento ao doente e família, assistente técnico para monitorização do processo clínico e agendamento de consultas futuras, e os

recursos financeiros necessários à assistência (orçamento); **processo**, referentes ao planeamento das atividades que envolvem os profissionais de saúde qualificados e os doentes; **resultados**, enquanto produto final da assistência prestada, considerando a satisfação de padrões e expectativas.

No cuidar, existe uma relação entre o eu e o outro que pode ser construída a partir do momento da consulta (Rosa et al., 2007). Assim, também uma CE implica recursos estruturais, tempo, formação dos recursos humanos, estes devem ter conhecimento total dos efeitos adversos de um protocolo de QT, bem como das dependências na satisfação das necessidades que estes tratamentos provocam às pessoas e família. A estrutura física pode ser um dos fatores que intervém negativamente na qualidade da consulta se houver ruídos, interrupções e falta de privacidade que comprometam a continuidade da consulta, podendo mesmo levar à não realização de ações educativas pelo constrangimento do momento (Oliveira et al., 2012). Daí a consulta dever realizar-se num determinado espaço, preferencialmente fechado, tipo gabinete, permitindo ao doente uma privacidade no diálogo (Oliveira et al., 2012).

Mas deverá a CE ser realizada pelo enfermeiro de referência ou pelo do HDO? No meu local de trabalho são os enfermeiros das clínicas multidisciplinares que fazem a primeira consulta à pessoa após a consulta médica, ficando posteriormente como enfermeiros de referência. Muitas vezes, a pessoa quando chega à consulta médica, vindo referenciada do exterior, já tem um trajeto de doença oncológica com alterações das NHF, como diarreias ou obstipação, emagrecimento, anemia, alterações cutâneas, pelo que quando lhe é proposto um tratamento de QT em que todos estes sintomas podem agravar-se pelo efeito do tratamento, as questões que levanta são mais que muitas. Daí ser importante a primeira consulta após a consulta médica, feita por um enfermeiro capaz de realizar um ensino adequado ao tratamento e à vida da pessoa, considerando-se que no presente, os enfermeiros com mais preparação e experiência, competências e habilidades, são os do HDO (Koutsopoulou, Papathanassoflou, Katapodi & Patiraki, 2010; Tostes, 2015). Uma CE deve além do exame físico, fazer uma entrevista sustentada, tanto num referencial teórico, como no conhecimento profundo das necessidades deste grupo de pessoas, onde é importante a relação de ajuda e confiança entre enfermeiro e doente, que deve ser iniciada logo no começo, porque

é necessário cuidar do primeiro contacto com a pessoa, de ocupar o tempo necessário para tomar conhecimento com ela e permitir-lhe sentir-se à vontade (...), conhecer as expectativas da pessoa em relação ao contexto de cuidados, precisar o seu pedido de ajuda, e compreender a dificuldade que ela vive e a forma como esta dificuldade a afecta. (Phaneuf, 2002, p.264)

O enfermeiro busca, no seu dia a dia, informação científica que alimente o seu cuidar. No entanto, embora se verifique um crescimento nos artigos publicados, a CE ainda não está instalada como prática regular, apesar de regulamentada desde a década de 80 (Oliveira et al., 2012).

Os doentes em QT relatam muito sofrimento psicológico para além do físico, pelos seus efeitos adversos. Aranda et al. (2012) acrescentam mesmo que as taxas de morbilidade psiquiátrica e psicossocial são bastante altas, mas podem ser reduzidas quando se prepara o doente para poder lidar com a autogestão dos sintomas do tratamento quimioterápico a autogestão dos sintomas com alguma qualidade.

Assim, num hospital especializado em oncologia, em Melbourne na Austrália, Aranda et al. (2012) no período de setembro 2005 a dezembro 2007 usaram um programa experimental de intervenção educacional pré-QT (ChemoEd) entretanto desenvolvido e avaliaram o impacto deste, na angústia do doente, medida com a escala hospitalar de ansiedade e depressão (HADS)²⁵, preocupações relacionadas com o tratamento que foram avaliadas pela escala CATS²⁶, aplicadas no segundo e terceiro tratamento e a prevalência e gravidade de seis efeitos secundários e QT, a saber. náuseas, vômitos, infeção, mucosites, fadiga e alopecia medida pela escala C-SAS²⁷. A amostra foi seleccionada aleatoriamente ou a pessoas com idade superior a 18 anos com cancro da mama, gastrointestinal e hematológico e de acordo com o risco alto ou não da QT originar uma neutropénia febril. O grupo experimental recebeu a informação num DVD, com uma lista de questões, uma folha com informação sobre os procedimentos e efeitos dos fármacos, uma brochura com 16 tópicos sobre estratégias baseadas na evidencia para diminuir a intensidade dos sintomas e uma consulta de enfermagem realizada em 3 momentos: 1) uma

²⁵ A escala HADS é uma medida auto-relatada de 14 itens com duas subescalas (ansiedade e depressão), que podem ser pontuadas por escala ou como uma pontuação total representando sofrimento total (Aranda et al. (2012).

²⁶ A CATS é uma medida de auto-relato de 24 itens que comprova a validade, confiabilidade e responsividade à mudança em doentes com cancro ((Aranda et al. (2012).

²⁷ C-SAS é uma medida de auto-relato de 24 itens que comprova a validade, confiabilidade e responsividade à mudança em doentes com cancro (Mollaoglu e Erdogan 2014)

consulta 24 horas antes do primeiro tratamento; 2) uma consulta telefónica 48 horas após o dia 1 do ciclo; 3) uma consulta imediatamente após o segundo tratamento. Os resultados foram medidos no início do estudo e imediatamente anteriores ao primeiro e segundo ciclos de QT. Como resultados, este programa de educação de pré-QT (ChemoEd) não reduziu significativamente a angústia do doente, contudo, observou-se uma diminuição relevante nas preocupações sensoriais/psicológicas e processuais bem como na prevalência e gravidade de um dos sintomas (vómitos). Foi pedido aos participantes que refletissem sobre o que a equipa do hospital poderia ter feito para ajudá-los a lidar melhor no tempo que antecedeu o tratamento, ao que os mesmos respondem ser o défice de informação, nomeadamente relacionadas com o autocuidado e com as coisas que eles podem fazer para se manterem bem. Como conclusão final, os estudos mostraram que os doentes precisam de informação antes de iniciar QT, que é geralmente um momento de grande stresse e que o papel de informar é da responsabilidade do enfermeiro especialista em cancro, e que o programa ChemoEd aborda a necessidade de maior educação do doente e preparação para a autogestão em regime ambulatorio e é potencialmente adequado como um programa generalizado para melhorar a assistência ao doente (Aranda et al., 2012).

Ao encontro deste estudo vão Mollaoglu e Erdogan (2014) que, com o objetivo de analisar o efeito de um plano educacional para doentes em tratamento ambulatorio de QT, no controlo dos sintomas, optaram por um estudo quasi-experimental utilizando um formulário para a colheita de dados do doente (PIF) e a escala de avaliação de sintoma de QT, a C-SAS. O estudo teve uma amostra de 120 doentes em regime de ambulatorio e hospitalizados numa unidade de hemat-oncologia, também com idade superior a 18 anos, que receberam QT pela primeira vez entre abril de 2010 e fevereiro de 2011. Foram separados 60 doentes no grupo experimental e 60 no grupo de controlo sendo as características sociodemográficas dos grupos idênticas (idade, sexo, estado civil, nível educacional, tipo de residência, seguro de saúde e profissão). A intervenção no grupo de controlo consistiu em 2 momentos presenciais, a primeira antes de iniciado o tratamento de QT, para preenchimento do PIF²⁸, o segundo depois do terceiro tratamento, para avaliação dos sintomas. A intervenção do grupo experimental, foi planeada após os

²⁸ Formulário de inrmação do doente relativos a dados sociodeográficos, clínicos e com as características do tratamento.

investigadores terem determinado as necessidades de educação de cada doente, através dos registos de enfermagem e médicos e de informação dada por familiares e membros da equipa de enfermagem. O plano educacional individual estabelecido, foi desenvolvido e aplicado em três momentos presenciais. Na primeira sessão, que decorreu antes do primeiro tratamento de QT, recorreu-se ao PIF para recolha de dados e foram abordados tópicos relacionados com os possíveis efeitos adversos do tratamento em questão, como sintomas, causas associadas, cuidados de prevenção e de controlo. Nesta sessão, esteve presente um familiar do doente, num total de 40 a 45 minutos, havendo espaço para colocação de dúvidas. No final da sessão, foi entregue uma brochura com os tópicos abordados. A segunda sessão foi realizada antes do segundo tratamento de QT, também com a presença de familiares do doente. Os tópicos abordados na primeira sessão foram repetidos, dando ênfase aos sintomas atuais do doente e às estratégias de controlo utilizadas. Cada sessão teve duração de cerca de 30-40 minutos. Quanto à terceira sessão, mais uma vez com a presença do doente e familiares, aconteceu antes do terceiro tratamento de QT, com o intuito de discutir os tópicos previamente abordados, de acordo com as necessidades do doente e familiar. De igual forma, foi dado ênfase aos sintomas presentes e às estratégias de controlo utilizadas e todas as questões colocadas foram respondidas. Os resultados demonstram que o programa de educação implementado contribuiu para a diminuição da severidade, frequência e grau de desconforto dos efeitos adversos dos tratamentos de QT, não só dos sintomas físicos (vómitos, obstipação, dor, infeções, alteração do peso, fadiga) como dos psicológicos (ansiedade, angústia, pessimismo). Do mesmo modo, o estudo considera que os planos educacionais, que garantem uma avaliação sistemática dos sintomas induzidos pelos tratamentos e o controlo através das atividades educacionais realizadas, contribuem para o aumento da qualidade de vida das pessoas pelo controlo de sintomas. Paralelamente, os planos educacionais permitem um acesso apropriado à informação, transmitida verbalmente e através de matérias de suporte (DVDs, brochuras), reduzindo as necessidades de informação e de suporte relacionadas com a preparação para o tratamento e são particularmente benéficos para as pessoas que revelam níveis de distresse elevados antes do primeiro tratamento de QT (Aranda et al., 2012).

Estes estudos (Aranda et al., 2012; Mallaoglu & Erdogan, 2014) apontam para que as necessidades de educação e conhecimento das pessoas em tratamento de QT devem ser considerados na intervenção do enfermeiro na consulta, para que o doente participe nos processos de tomada de decisão, saiba controlar a sua doença e os sintomas associados ao tratamento e para consiga lidar com a experiência de ter um cancro. A CE é assim, uma estratégia eficaz para a deteção precoce das necessidades das pessoas e acompanhamento das medidas instituídas que se dirigem ao seu bem-estar, viabilizando o trabalho do enfermeiro durante o atendimento aos doentes e facilitando a identificação de problemas e decisões a serem tomadas pelos mesmos (Oliveira et al., 2012). Compreende, uma série de ações realizadas numa sequência ordenada, desde a receção da pessoa, até à avaliação física, emocional e crítica das NHF, pois o enfermeiro colhe a informação transmitida pelo doente, observa e examina para conhecer e compreender e depois explicar o diagnóstico de enfermagem, e a situação de saúde, tendo atenção às reais necessidades daquele doente e termina com o registo destes elementos no processo (Lennam et al., 2012) para tal requer um grande conhecimento da parte do enfermeiro.

Henderson (2007), embora não referisse as etapas do processo de enfermagem em particular, dizia que os conceitos estavam interrelacionados e acreditava que o processo de enfermagem era um processo de resolução de problemas, ainda que não fosse específico da Enfermagem. Na fase da apreciação, o enfermeiro avalia o doente em todos os 14 componentes dos cuidados básicos e, após este primeiro componente ter sido finalizado, passa ao seguinte e assim sucessivamente. Em relação à fase do planeamento, Henderson, (2007) acreditava que um bom plano é integrado do trabalho de todos os participantes da equipa de saúde, e que a sua implementação ajudaria o doente a desempenhar atividades para manter a saúde, para recuperar da doença ou para ajudar à morte pacífica, devendo as intervenções serem individualizadas, isto é, dependentes de cada pessoa, de acordo com a sua idade, cultura, traços psicológicos e físicos. Para Henderson (2007) o plano escrito força aqueles que o fazem a pensar nas necessidades individuais (Henderson, 2007) e aumenta a eficácia da intervenção.

Como consideração final deste capítulo, cito um estudo qualitativo realizado por Araújo e Rosas (2000), cit. por Oliveira et al. (2012), para compreender o

significado da CE para o doente e o seu cuidador, indicou que estes procuravam a CE para orientação, prática do autocuidado e, no caso de doenças graves e crónicas, procuravam a CE para adquirir informações acerca da doença e do seu tratamento, uma vez que uma das ações do enfermeiro é orientar o doente de acordo com as suas necessidades para promoção e recuperação da saúde, situação esta também corroborada por Pedersen, Kuktved e Nielsen (2013).

2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

O presente capítulo aborda a metodologia utilizada na realização deste trabalho, fazendo depois uma descrição e análise das atividades devidamente fundamentadas com a evidência científica, desenvolvidas em três locais de estágio e que são reflexivamente relatadas nos contributos que deram para o desenvolvimento de competências do 2º ciclo de estudos e de enfermeira especialista.

2.1. Metodologia

Este trabalho baseou-se numa metodologia de projeto ao procurar-se integrar a teoria com a prática com o intuito de introduzir mudanças num contexto real que visava a resolução de problemas (Hernández & Ventura, 1998). Estes mesmos autores referem que deve ser o aluno/profissional a investigar, perspetivar resultados, tomar decisões e resolver os problemas, sendo o “professor” apenas orientador, um parceiro na procura de soluções e um coordenador de conhecimentos de acordo com as necessidades do “aluno”. Uma metodologia do projeto pode criar, tanto projetos inovadores como de investigação ou de boas práticas, tendo por base a qualidade dos cuidados em função do doente (Hernández & Ventura, 1998). Para desenvolver este projeto, foi realizado um diagnóstico da situação do problema, formulados os objetivos, selecionadas as estratégias de intervenção, observação e análise e programadas as atividades dos vários locais de estágio bem como dos resultados finais, obtidos com as mesmas.

Este projeto permitiu o desenvolvimento de competências de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da intervenção de enfermagem oncológica particularmente junto da população que realiza tratamento de QT em regime de ambulatório. Considerando que a competência é desenvolvida a partir da prática e através da procura de soluções para os problemas e ainda de uma reflexão contínua, foi delineado um estágio cerca de 450 horas entre 28 setembro de 2015 e 12 de fevereiro de 2016 repartido por três locais distintos. Uma consulta de enfermagem de oncologia de um hospital especializado, um HDO de um hospital central e um hospital de dia de um hospital privado, todos locais

selecionados por irem ao encontro da especificidade do meu projeto e terem em funcionamento consultas de enfermagem à mesma população.

A passagem pelos três campos de estágio implicou a operacionalização de uma prática baseada na evidência científica, da experiência clínica, da intervenção junto dos doentes e informação dentro do contexto, levando à consulta de manuais, teses da especialidade e de artigos científicos, pelo que foi necessária uma consulta do catálogo bibliográfico de diferentes escolas/universidades, do repositório científico de acesso aberto em Portugal, de motores de busca, como a EBSCO e de estratégias de consenso definidas pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, International Society of Nurses in Cancer Care e pela EONS. Na sequência desta pesquisa, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, recorrendo às palavras-chave: “consulta de enfermagem”, “cancro”, “quimioterapia” e “educação” e “informação”. Os termos indexados a cada uma destas palavras-chave foram cruzados utilizando os operadores booleanos *AND* e *OR* e, deste cruzamento, resultaram oito artigos, da base de dados *CINAHL* e 10 artigos da base de dados *MEDLINE*. Esta pesquisa contemplou estudos que se apresentassem em *full text* na língua portuguesa e inglesa; participantes com idade ≥ 19 anos e um limite temporal entre 2010-2016 (Apêndice I). O tipo de revisão selecionada procurou identificar o que já foi investigado sobre a temática, por forma a permitir a identificação dos conhecimentos já consolidados e de omissões ou lacunas na literatura existente (Grant & Booth, 2009). Para o efeito, os estudos incluídos foram sintetizados de forma textual e a sua análise teve um contributo importante para o enquadramento teórico do relatório e para estabelecer as próprias atividades planeadas.

Nos estágios adotei a estratégia, primeiramente, de observação das intervenções de enfermagem nas quais participei com a enfermeira orientadora, de conversas informais com a equipa multidisciplinar, particularmente a equipa de enfermagem, de reflexão sobre as práticas de serviço, nomeadamente sobre a comunicação entre o enfermeiro e o doente em contexto de consulta, bem como sobre o plano de informação transmitida à pessoa em situação de doença oncológica e que vai realizar um tratamento de QT. Posteriormente, pedi autorização para a consulta de informação já existente nos referidos serviços, especificamente os manuais de serviço e outros documentos de apoio à prática diária do enfermeiro. Por fim, foi-me possível a realização de algumas consultas de enfermagem de

primeira vez e de seguimento, em qualquer dos serviços, de forma a experienciar esta intervenção, com o objetivo de desenvolver competências e fazer transferir essa experiência para o meu local de trabalho.

2.2. Estágio na consulta de enfermagem de uma clínica da mama de um hospital central especializado em oncologia

Como primeiro objetivo para este estágio, que decorreu entre 28 de setembro e 06 de novembro de 2015, com cerca de 180h delineei “descrever a organização e procedimentos da CE numa clínica da mama”.

A opção de concretizar a primeira fase do projeto num hospital especializado em oncologia deve-se ao facto de este ser uma referência no tratamento ao doente oncológico e por ter já em funcionamento uma CE estruturada e dirigida à pessoa com cancro da mama. Embora a minha população-alvo seja a pessoa adulta com qualquer doença oncológica, e apesar dos 24 anos de experiência profissional, 18 dos quais em HDO, nunca tinha passado pela experiência de uma unidade tão específica, focalizada apenas para o cancro da mama, pelo que foi importante observar a estrutura e os procedimentos adotados nesta CE. É notória a boa organização e execução desta consulta, comprovada mais tarde por alguns dos testemunhos de mulheres em várias fases de tratamento, que realçaram a qualidade do atendimento de enfermagem. Neste serviço, a consulta funciona de 2ª a 6ª feira entre as 08.00 e as 17.00 horas, sendo assegurada por três enfermeiras com experiência na área de cirurgia oncológica. Os circuitos dos doentes estão perfeitamente definidos e protocolados no regulamento interno do serviço²⁹. Cada enfermeiro tem uma agenda própria onde organiza individualmente o seu trabalho. Após confirmação do diagnóstico de cancro de mama, é agendada uma consulta de grupo, identificada como consulta de decisão cirúrgica, sem a presença do doente, onde a equipa dos cirurgiões da mama definem qual o procedimento cirúrgico a propor àquela doente, posteriormente conversado com a pessoa, em consulta, onde o médico assistente a informa da decisão e o consentimento informado é assinado. Após esta consulta médica, está estabelecido uma outra, a de enfermagem, que visa

²⁹ Fluxograma, onde está predefinido o circuito do doente após a chegada à unidade, qual a sua origem, se o diagnóstico é maligno ou pré-maligno o encaminhamento é feito de maneira diferente. Quais os exames necessários a realizar para validação do diagnóstico, se necessária cirurgia, qual o percurso a seguir e quais as hipóteses de tratamento e, por último, as consultas pelos profissionais (médico + enfermeiro).

fornecer apoio e orientações ao doente e família e que decorre da necessidade de efetuar uma colheita de dados que permita conhecer a pessoa, bem como as suas necessidades, destacando-se as afetivas e de informação (aprendizagem) associadas à notícia que acabou de ter e à preparação processual para a cirurgia e o internamento. É entregue um boletim informativo, elaborado pela equipa de enfermagem, que sistematiza a informação dada em CE pós-decisão cirúrgica, à qual se acrescentam folhetos informativos³⁰ referentes ao tipo de cirurgia proposto. No pós-operatório, a doente mantém a sua ida à clínica da mama para realização dos pensos cirúrgicos. Neste período, é feita uma segunda consulta de grupo, denominada de consulta de decisão terapêutica, para decidir o tratamento a instituir àquela pessoa, mas sem a sua presença. Trata-se de uma consulta multidisciplinar, onde se encontram reunidos profissionais de diferentes especialidades médicas, cirúrgicas, RT e oncologia médica, mas sem a presença do enfermeiro, contrariamente ao preconizado por Senkus et al. (2015). Numa outra consulta, agendada entre o oncologista e o doente, se é para propor QT, ou entre o médico de RT e o doente, se a proposta é para fazer RT, ou no caso de doença metastática, os doentes são encaminhados para o HDO da instituição e passam a ser seguidos nesta unidade. Caso a doente tenha apenas indicação para tratamento com HT, é-lhe dada uma prescrição interna de terapêutica a levantar na farmácia do hospital.

Após esta consulta médica, onde se comunica o plano terapêutico à pessoa, o processo clínico e as respetivas marcações são disponibilizadas ao enfermeiro para realização da segunda CE para educação e aconselhamento sobre estes tratamentos e seus efeitos secundários ou outros assuntos em que a enfermeira detete necessidade de intervenção. É nesta CE que é feito o levantamento das NHF da pessoa, competência esta definida pela OE (2010a) e estabelecidas as intervenções de enfermagem ao longo do processo da doença, tal como definido por Henderson (2007), sendo esta mesma teórica adotada em toda a instituição. O enfermeiro que recebe o doente após consulta de decisão do grupo, vai ser a partir de então o enfermeiro de referência daquela pessoa, facultando-lhe o contacto telefónico dentro do seu horário de expediente e um outro para as restantes horas do serviço, que corresponde ao serviço de atendimento não programado da instituição (urgência). O enfermeiro pode, ainda, articular-se com a assistente social

³⁰ Cirurgia mamária, biópsia do gânglio sentinela, biópsia de tecido mamário, auto-exame da mama, mastectomia, guia de alimentação, orientações sobre o cancro da mama.

ou com a psicóloga, em caso de necessidade de apoio específico que identifique na doente, vindo estes profissionais à clínica quando solicitados.

A importância da existência de unidades ou clínicas multidisciplinares no cuidar da pessoa com doença oncológica, uma vez que se trabalha numa equipa multidisciplinar, isto é, funciona-se como um grupo de diferentes especialidades que têm um objetivo comum (Lucas, 2010; Senkus et al., 2015) e que se deslocam à clínica para atender a pessoa, em vez de ser esta a ir às várias consultas de especialidade. Desde a primeira Conferência Europeia de Cancro da Mama, em Florença, que foram definidos os requisitos europeus publicados em 2000 pela EUSOMA (European Society of Mastology) para estas unidades especializadas, que realçaram a introdução do trabalho multidisciplinar e a discussão de, pelo menos, 90% dos casos em grupo, onde estão presentes profissionais de todas as especialidades, inclusive da enfermagem (Senkus et al., 2015), o que não acontece na clínica da mama, sendo o enfermeiro o único profissional que não consta do grupo para discussão dos casos clínicos.

As práticas de enfermagem na clínica da mama estão enquadradas pelos quatro meta-paradigmas de enfermagem: a saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de saúde (OE, 2001). A saúde é entendida não apenas como o oposto à doença, mas como um estado/representação mental do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto emocional e espiritual. A pessoa é um ser social com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. O ambiente é considerado com todos os elementos envolventes à pessoa (humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais), que condicionam e influenciam o estado de saúde. Reportando-me ao que Henderson (2007) preconizou como saúde, que equiparou a independência, a capacidade do doente em desempenhar os 14 componentes dos cuidados de saúde sem auxílio, essencial ao funcionamento humano, refere ainda que os indivíduos só conseguem manter a sua saúde se tiverem a força, o desejo ou o conhecimento necessário. O ambiente está determinado como o agregado de todas as condições e influências externas que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, devendo os enfermeiros ter conhecimento dos costumes sociais e das práticas religiosas para avaliar os perigos, manter o equilíbrio físico e emocional.

Existe uma folha de colheita de dados instituída e transversal a toda a instituição, também construída a partir do referencial teórico de Virgínia Henderson

(2007) que é preenchida no final da consulta, mas o mais importante é a análise ou interpretação feita dos problemas daquela pessoa durante a entrevista, que me permitiu ir ao encontro das competências definidas pela EONS (2013) “Identificar as necessidades de informação da pessoa com doença oncológica, durante o seu diagnóstico, tratamento e cuidados pós-QT”.

Tal como descrito na Lei nº 8/2014, de 20 de fevereiro, relativa ao Estatuto da OE (2014), é respeitado o direito à informação, o respeito pela intimidade, o dever de sigilo profissional e a excelência do exercício em todo o ato profissional. Os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem estabelecidos pela OE (2001), como forma do controlo da qualidade do exercício profissional do enfermeiro, definem seis enunciados descritivos de extrema importância: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. Ao longo deste estágio, percebi que todos eles estão presentes no atendimento que a equipa de enfermagem faz a todos os doentes que por ali passam, de forma simpática, responsável e humana, tendo em atenção as diferenças entre cada pessoa quando as atendem num gabinete de consulta, pois não existem gabinetes suficientes, deslocando-se estes profissionais entre os espaços disponíveis. É desenvolvido um diálogo, conjuntamente com o familiar em caso deste o permitir na consulta, e feita a articulação com os recursos administrativos para agendamento de próximas consultas e/tratamentos.

Também estão contempladas outras consultas de *follow-up*, ou seja, de seguimento, que se iniciam geralmente na semana seguinte à realização do primeiro tratamento de QT, não havendo uma calendarização pré-estabelecida. Esta é orientada de acordo com as NHF alteradas detetadas pelo enfermeiro na primeira consulta e atualizadas pelas experiências de saúde, entretanto ocorridas. Em caso de existência de comorbidades da pessoa, dificuldade na aquisição da informação, havendo a necessidade de a validar, falta de suporte familiar ou simplesmente para se saber como decorreu o primeiro tratamento de QT, cada enfermeiro de referência tem o compromisso profissional de realizar este *follow-up* que, na maioria das vezes, é feito via telefónica, embora Valenti (2014) seja de opinião de que as chamadas telefónicas não provam ser um meio bem-sucedido de educação. Na minha opinião, este telefonema é considerado uma continuidade dos cuidados e permite uma

validação da eficácia das intervenções de enfermagem planeadas (Williamson, Chalmers & Beraver, 2015) e uma monitorização dos sintomas, pois, dado o enorme volume de doentes, e a falta de gabinetes de consulta, não é comportável a equipa assumir uma consulta de seguimento, presencial a todas as pessoas.

È fundamental um espaço apropriado e um tempo definido para a realização de uma CE Andrade (2012). Dizem as *guidelines* internacionais (Canadian Partnership Against Cancer, 2015) identificadas que o doente oncológico necessita de se sentir cuidado ao longo da sua doença (Howell et al., 2015). É importante o interesse da parte do profissional, de forma a ser transmitida confiança e disponibilidade, levando a uma maior tranquilidade no processo de doença (Winkeljonh, 2010). O modelo de enfermeiro de referência foi implementado em fevereiro de 2012 na clínica da mama com a intenção de cada doente ser alocado a um enfermeiro que o acompanhasse desde a decisão e planificação do tratamento inicial, até à vigilância de saúde. Lamentavelmente, ainda não estão criadas condições para que os registos de todas estas consultas se realizem informaticamente em ficheiro próprio, embora tal esteja de momento em curso. Todos os registos são realizados em processo manual, com todos os potenciais riscos, que vão desde a dificuldade de interpretar a caligrafia (Abreu et al., 2013), aos riscos de falta de sigilo, sendo os processos levantados pelos “estafetas”, que os levam de serviço em serviço num “carro de compras”, depois de terem sido solicitados pelos assistentes técnicos ao arquivo clínico.

Para dar cumprimento ao segundo objetivo, “participar na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com cancro da mama em CE”, fui-me integrando na equipa de enfermagem onde a minha participação na CE foi evoluindo ao longo dos dias de estágio, sendo que nos primeiros dias optei pela observação da comunicação das minhas colegas com o doente oncológico com patologia mamária. Mais tarde, passei a intervir nas mesmas, contribuindo com a minha experiência no esclarecimento da pessoa em relação aos efeitos secundários da QT e indo ao encontro da competência definida pela EONS (2013), “conhece profundamente os efeitos secundários (precoces e tardios) dos tratamentos para o cancro”. No entanto, fui tendo um papel mais ativo, pedindo autorização da pessoa para ser eu a realizar a CE, uma vez que estava numa situação de estágio e que não me conheciam, salvaguardando a questão do respeito e autonomia pelo doente na sua decisão.

Devo acrescentar que foi boa a receptividade da parte do enfermeiro orientador e do doente/família. Atendendo a que cada pessoa é diferente, cada profissional tem uma personalidade distinta e a CE é realizada em vários momentos do processo de doença, é de todo impossível que esta fosse conduzida com a mesma sequência, conteúdo, e se desenrolasse no mesmo tempo, tendo-se antes como critério o doente sair mais tranquilo e informado sobre o seu processo de doença. Embora alguns estudos refiram que o tempo da CE deve ter entre 20-30 minutos nas primeiras vezes (Oliveira et al., 2012), nenhuma decorreu em tempo igual. Uma das preocupações da equipa é tentar conciliar a realização de exames para preparação de cirurgia ou tratamentos no mesmo dia para evitar muitas deslocações ao hospital, acautelando um gasto monetário desnecessário. Mais uma das capacidades a valorizar nesta equipa.

Na realização deste ensino clínico foi-me possível estar em 39 consultas de primeira vez e de alteração de protocolo³¹, todas em mulheres, com idades compreendidas entre os 42 e os 77 anos, sendo 11 para regime de QT neoadjuvante, 10 para QT adjuvante, 8 para cirurgia (algumas com indicação para RT/HT concomitante), 3 para RT e apenas 1 para HT, 6 para esclarecimentos de exames de estadiamento ou reinício de QT. Presenciei vários *follow-up* telefónicos e presenciais. Praticamente colaborei em todos, partilhando os meus conhecimentos em QT e seus efeitos secundários e desenvolvendo as competências de comunicação. Todas as mulheres vinham acompanhadas por um dos filhos ou pelo seu cônjuge. Poucas foram as que referiram não ter apoio. Apenas duas situações foram encaminhadas para a assistente social para ajuda em relação aos transportes e outra em relação ao alojamento, e ainda uma outra para a psicóloga, por descompensação emocional relacionada com a ansiedade e medo dos efeitos secundários (Mollaoglu & Erdogan, 2014; Valenti, 2014). Em algumas das situações vividas em CE com as colegas foi inevitável não interferir. Há situações que emocionalmente nos tocam mais (Mercadier, 2004), principalmente mulheres com vida ativa, mães jovens, que sentem que a vida lhes está a fugir das mãos, que mostram os seus receios sobre o futuro (Griesser et al., 2011). Situações que nos

³¹ É também realizado CE quando há mudança de protocolo, o que acontece, ou por ineficácia do mesmo, intolerância da doente no tratamento estabelecido no início. Na clínica de mama a terminologia usada para esta consulta é: Consulta de viragem de protocolo.

fazem pensar e sobre as quais refleti, tal como mostra o apêndice sobre “vivências de uma pessoa com cancro da mama” (Apêndice II).

Reparei que a entrevista se iniciava sempre com a seguinte frase: então, tem dúvidas em relação ao que o seu médico lhe disse? Ficou alguma situação por esclarecer e que me queira perguntar? Daquilo que percebeu, o que pensa que vai acontecer? Como a posso ajudar? Qual é o apoio que tem em casa? Sendo a pessoa doente sempre a primeira a falar. Assim, e depois de confirmado através da leitura das minhas notas de campo, uma vez que nem sempre as mesmas estavam organizadas da mesma maneira, fiz uma análise temática dos tipos de intervenção ocorridos nas CE assistidas, e elaborei uma *check-list* das intervenções de enfermagem das ações ocorridas nessas consultas (Apêndice III). Esta atividade permitiu-me desenvolver uma competência definida pela OE (2009) “contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem”.

Não existem dados estatísticos sobre as pessoas com cancro de mama atendidas em CE nesta unidade, devido, segundo a enfermeira responsável, não haver recursos humanos (apoio informático) para este trabalho. A estatística de atendimentos não programados também não existe. Toda a atividade produzida na consulta, quer presencial, quer telefónica, é colocada manualmente em papel, entregue diariamente aos técnicos administrativos com o intuito de, mais tarde e quando possível, sair um plano informativo mensal destes dados tratados.

Relativamente à informação fornecida, foi sempre de acordo com o momento da consulta, se relacionada com a cirurgia, dar mais ênfase à informação sobre o internamento, à explicação do que se ia fazer e porquê, dando como apoio um folheto informativo sobre o tema da intervenção proposta. Se indicação para RT/QT, quais os efeitos secundários esperados, de acordo com o protocolo instituído. Neste campo, e por estar mais relacionado com a minha prática, algumas vezes a informação foi validada também por mim. Aqui, os efeitos mais relevantes foram a possibilidade de ocorrência de náuseas/vómitos, uma vez que da amostra supracitada foram cerca de 13 (61,9%) das mulheres com indicação para QT adjuvante e neo-adjuvante, num total de 21 mulheres, apenas 5 (23,8%) se mostraram preocupadas com alópecia, contrariamente ao descrito por (Aranda et al., 2012; Maia et al., 2010; National Cancer Institute, 2015), que dizer ser uma das grandes ansiedades nas mulheres. Uma das razões pode-se prender pela questão

dos recursos no mercado, que para além das cabeleiras existem disponíveis outros métodos de substituição (chapéus, turbantes, lenços) que se adequam à toalete da mulher. No caso do 1º sintoma, notei que o médico faz um bom reforço de suporte terapêutico após a QT para o domicílio. Também a American Cancer Society (2011) faz referência a este sintoma como uma das maiores preocupações do doente oncológico. No segundo sintoma devo acrescentar que todas as mulheres saíram com o contato de vários locais de compra destes recursos para a alopecia, havendo ainda disponíveis e a custo inferior na própria instituição (Liga contra o cancro). Outros sintomas, como a mucosite oral, a obstipação-diarreia e a xerostomia, são menos abordados, no entanto, é prescrito terapêutica SOS a levantar na farmácia hospitalar para o caso do aparecimento destes sintomas e relacionado com estes sintomas foram cerca de 11 (53,3%) mulheres, sendo as que passaram pela viragem de protocolo e o ensino é realizado para informação de outros sintomas ou cuidados a ter, uma vez que estas mulheres já terão iniciado um outro esquema de QT. No caso da fadiga, sendo este um sintoma relevante em tratamentos de QT, (Otto, 2000) e que esta pode estar relacionada, muitas vezes, com a baixa de alguns dos componentes sanguíneos, como os leucócitos, a hemoglobina e os eritrócitos, segundo a American Cancer Society (2011).este sintoma foi reportado por 18 mulheres, sendo que 7 (33,3%) já vinham cansadas, o início dos tratamentos já foi numa situação degradada, em estado emagrecido e 11 (52,3%) as de QT neoadjuvante com história de QT anteriormente. Neste âmbito, há que alertar o doente para a possibilidade de ter febre, devido ao risco de neutropénia febril, considerada uma urgência em oncologia e, por vezes, o doente descuida este sintoma, tomando por iniciativa própria um antipirético não recomendado pelo profissional (Naurois et al., 2012). A importância de um bom esclarecimento, estar informado e atualizado nos seus conhecimentos, sempre de acordo com a evidência científica, é uma mais-valia para o sucesso da qualidade dos cuidados na enfermagem (Dalby et al., 2013; Valenti, 2014).

Ao encontro do meu terceiro objetivo, "compreender qual informação transmitida e recebida da pessoa com doença oncológica mamária a fazer tratamentos de QT", sendo meu interesse desenvolver a consulta em doentes que realizam tratamento com QT, fui estando mais alerta sobre a informação relacionada com os efeitos adversos deste tratamento, no entanto, a informação é sempre a que

doente pode e quer receber. Mas é importante esclarecê-lo e informá-lo (Mollaoglu & Erdogan, 2014), reforçando a necessidade de entrar em contacto com a equipa sempre que este sintoma persistir. Para além da abordagem feita dos efeitos secundários à QT, quando esta está indicada, é também dado esclarecimento sobre os exames a realizar, a importância dos mesmos, data, hora e local onde se realizam, informação sobre os serviços de apoio, nomeadamente a Liga Portuguesa Contra o Cancro³² e a Acreditar, que dão um grande apoio aos doentes, e ainda alguma informação sobre os seus direitos e deveres, qual a articulação com os cuidados primários da área da sua residência, numa tentativa de manter os cuidados no domicílio. Refere o código deontológico que o enfermeiro tem o dever de “atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” e ainda de “informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter” (OE, 2015).

As perguntas feitas pelos doentes/familiares refletem quais as suas necessidades mais imediatas (Goss et al., 2015). Nas consultas realizadas e das quais fiz um registo pessoal num bloco de notas, identifiquei que as reações não estavam só relacionadas com a alteração da imagem ou como iam conseguir controlar os efeitos de uma QT, mas sim o medo de não ficarem curadas, tal como referido por outros autores (Griesser et al., 2011; Hagen et al., 2015), e em relação às mulheres acima dos 60 anos, a questão da sobrecarga para os filhos e para esta situação nas consultas assistidas foram 29 mulheres (74,3%) que manifestaram preocupação neste sentido.

Parece-me que, no final deste campo de estágio, através da observação e participação, consegui adquirir algumas das competências definidas para o enfermeiro especialista, bem como todos os objetivos propostos, de acordo com as competências requeridas pela EONS (2013) e as definidas pela OE (2010), e assegurei o sigilo profissional indicado no Código Deontológico do Enfermeiro, artigo 106º, garantindo o anonimato a todas as pessoas neste relatório (OE, 2015).

³² Grupos de voluntários que oferecem gratuitamente ao hospital algumas horas do seu tempo, em benefício dos doentes. Para além da companhia, proporcionam-lhe ajuda na refeição, distribuem flores nos vários serviços, serviço de cabeleireiro, apoio a doentes mastectomizadas através do Movimento Vencer e Viver, serviço de ostomizados e acompanhamento aos doentes na realização/marcação de exames, quando estes se encontram sozinhos ou debilitados.

2.3. Estágio na consulta de enfermagem num hospital de dia de oncologia médica de um hospital central

Este estágio foi orientado por uma enfermeira especialista, sendo ela mesma a responsável pela implementação da CE, mas direcionada à adesão da terapêutica oral e decorreu no período entre 09 de novembro e 04 de dezembro de 2015 num total de 160h.

Para este campo de estágio defini como objetivos “descrever a organização e procedimentos da consulta em HDO”. Este hospital de dia funciona das 08.00 às 19.30 horas, em dias úteis, com 10 enfermeiros distribuídos entre a sala de tratamentos e a CE, embora apenas oito a realizem por razões pessoais. Tem oito unidades para doentes em QT com cadeirões e espaço para um acompanhante e uma unidade com uma marquesa para administração de terapêutica de suporte a efeitos adversos agudos.

Convicta de encontrar a mesma população do meu projeto, uma vez que são atendidas todas as valências oncológicas neste hospital de dia, iniciei o estágio após ter reunido com o enfermeiro chefe e orientadora de estágio a quem apresentei o meu projeto. Apesar da perturbação relacionada com o facto de a estrutura física estar a ser alterada para ampliação de espaço, a equipa mostrou-se sempre disponível em me acompanhar e as consultas de primeira vez e de seguimento mantiveram-se em funcionamento, cumprindo do mesmo modo a agenda prévia dos tratamentos e respeitando o horário de atendimento.

O acesso do doente a este serviço pode ser por circuito externo ou interno por referência, no primeiro caso da rede dos centros de saúde da área de influência e de outros hospitais que reencaminham as situações oncológicas de doentes. O diretor clínico faz a triagem dos pedidos de consulta e atribui um médico assistente. A primeira consulta é marcada pelo serviço e comunicada ao doente/família telefonicamente e o secretário de unidade dá ao doente um cartão com identificação para o registo das consultas e tratamentos.

Assim, foi-me possível assistir a quatro consultas de primeira vez, duas de QT injetável e duas de QT oral e, a partir daí, tive um papel mais participante em 13 consultas que realizei a oito pessoas em tratamento injetável e a cinco em tratamento oral, com autonomia total e sob orientação da enfermeira orientadora.

Estas consultas tiveram a duração de 20 a 30 minutos, indo ao encontro do preconizado por Oliveira et al. (2012). Em relação às consultas de *follow-up*, designados pela equipa como um cuidado diferenciado ao doente oncológico, depois de ter observado as duas primeiras, decidiu-se em consenso com a minha enfermeira orientadora, prestar esse serviço autonomamente. Fiz 20 consultas de seguimento (*follow-up*) telefónico, 10 a pessoas em QT injetável e 10 em tratamento oral. Estas CE são realizadas para avaliação de sintomas, despiste de toxicidade à QT e aconselhamento sobre medidas a tomar, e dependendo do protocolo é realizado à sexta feira, no caso de doentes que fizeram tratamento na segunda, terça e quarta feiras da mesma semana, e os de quinta e sexta feiras são realizados na segunda feira da semana seguinte. Se necessidade de controlo era realizado nova consulta telefónica para avaliação sintomática. O registo escrito manual destes *follow-up* fica em processo clínico pelo que, na véspera o enfermeiro responsável pela CE desarquiva esses processos.

Em caso de terapêutica oral, o procedimento da monitorização de sintomatologia é diferente, pois a primeira consulta telefónica é feita uma semana após o início da terapêutica, sendo neste caso a entrevista orientada por um questionário para validação da informação dada no primeiro dia. A partir de então, é feito entre as 3-4 semanas e depois de um mês, sempre acompanhada do preenchimento do mesmo questionário³³ durante o tempo que se mantém com a terapêutica oral. No caso dos casos doentes em QT oral, esta informação não é guardada em processo clínico, mas num dossier destinado apenas aos *follow-up*, e é analisada semestralmente de acordo com os dados introduzidos na base de dados³⁴ em sistema informático.

Também a OE (2009) confirma que o atendimento ou encaminhamento telefónico apresentam particularidades, como a rapidez de resposta, maior acessibilidade da resposta aos cuidados e do enfermeiro à pessoa, maior equidade no acesso a cuidados e potencial de ganhos em saúde em tempo útil, ainda que acrescente algumas desvantagens como a dificuldade na interpretação do que é dito ao telefone, pelo que a validação da informação percebida é uma das estratégias

³³ Neste questionário consta a avaliação de sintomatologia presente na CE de primeira vez e outras que se atribua aos efeitos adversos do protocolo de QT+ adesão à terapêutica, ao que a equipa designa como ganhos de conhecimento do doente/família.

³⁴ Folha feita em exell para registo de dados recolhidos dos telefonemas realizados ao doente com o intuito de monitorização e avaliação de resultados.

recomendadas. Assim, realizei cerca de 20 consultas telefónicas a doentes de QT oral e 10 de QT injetável, obedecendo aos critérios definidos pelo serviço, em tempo inferior aos das de primeira vez, cerca de 15 minutos, salvo em duas delas (2%) que demorei 20-25 minutos, uma com o próprio doente e outra com o familiar que tiveram necessidade de partilhar comigo questões de ordem pessoal não relacionadas com o tratamento, conseguindo, assim, estabelecer uma comunicação eficaz, dando a informação de acordo com o tratamento (EONS, 2013), pois “conheço os efeitos secundários precoces e tardios dos tratamentos para o cancro” (EONS, 2013 p.17).

Eu própria constatei que o doente se encontra muito mais tranquilo e satisfeito com este cuidado, o que me levou a pensar que seria importante levar este serviço para o meu local de trabalho.

Elaborei um instrumento de colheita de dados orientador das CE (Apêndice IV) para sistematizar a colheita de dados da consulta de enfermagem de 1ª vez passando a utiliza-lo nessas consultas toda a informação recolhida pelas pessoas em CE.

Como segundo objetivo: “Identificar os problemas detetados nas pessoas que realizam tratamento de QT foi cumprido através dos telefonemas realizados e apenas dois doentes mostraram mais insegurança em relação à toma da medicação devido aos efeitos secundários ocorridos, nomeadamente à diarreia e à alteração da integridade cutânea, é o expectável dentro do protocolo prescrito, sendo este muito sugestivo do aparecimento destes sintomas. Nesta situação, a minha intervenção passou pela informação aconselhada no âmbito dos cuidados à pele, tipo de alimentos consumidos e, em caso de necessidade, pelo encaminhamento para a dermatologia e/ou nutricionista, havendo da parte da instituição a possibilidade deste apoio. Nesta situação, pode dizer-se que as NHF alterada que mais se destacou foi a alimentação (83,3%), pela dificuldade na deglutição com o aparecimento das mucosites, a eliminação (56,6%) pelas diarreias e a alteração do padrão habitual de sono (46,6%) devido à toma, muitas vezes, de corticóides como terapêutica recomendada após QT, bem como devido ao aspeto psicológico pelo peso e gravidade desta doença.

Não existe um protocolo ou uma escala de avaliação de efeitos adversos da QT, que seja orientador da avaliação dos sintomas. A orientação do enfermeiro vai

ao encontro do seu conhecimento pessoal e profissional, bem como do conhecimento que tem do doente. Diz a evidência científica consultada que, tendo em conta a complexidade dos sintomas relacionados com os tratamentos, torna-se essencial que a avaliação, a triagem e a gestão dos mesmos sejam realizadas de forma adequada, prevenindo as emergências oncológicas e assegurando que as idas ao serviço de urgência são apropriadas (Stacey et al., 2015). De realçar que a QT oral é fornecida pelos serviços farmacêuticos, contrariamente à vontade dos enfermeiros, uma vez que o controlo sintomático é feito por eles. Como referem Mollaoglu e Erdogan (2014), o papel educativo do enfermeiro vem sempre em destaque na gestão de sintomas e deteção precoce dos mesmos. Ainda que não haja no serviço um plano de educação pré-defenido, é da responsabilidade do enfermeiro a monitorização sintomática, seja qual for o tipo de tratamento prescrito ou via de administração (Mollaoglu & Erdogan, 2014). Outra das competências definidas pela EONS (2013), atingidas foi o fato de ter demonstrado conhecimento da complexidade e múltiplas necessidades das pessoas com cancro e sua família na trajetória da sua doença”

Para atingir o terceiro objetivo, “avaliar as necessidades de informação na pessoa com doença oncológica durante o tratamento de QT e cuidados de suporte”, a dizer que esta necessidade foi manifestada por praticamente toda a amostra com cerca de 28 pessoas (93,3%). Continuei a valer-me da *chek-list* e do instrumento de colheita de dados que já tinha começado a elaborar, uma vez que neste constam todas as NHF da pessoa, para perceber em cada campo, e dentro do necessário para aquela pessoa, qual seria a informação de que ela necessitava, ajudando-me ainda na construção do diálogo com o doente e família. Na primeira CE há uma preocupação acrescida em conhecer a pessoa e em responder às suas necessidades, que podem estar relacionadas com o tratamento e efeitos secundários, ou não, pois como referem Kousopoulou et al. (2010), o papel do enfermeiro como provedor de informação é importante desde o início do tratamento, e este é um dos seus grandes desafios, melhorar a capacidade dos doentes para lidarem com os efeitos secundários (Pedersen et al., 2013). O conhecimento sobre os sintomas mais comuns permite ao enfermeiro fornecer ao doente um perfil de sintomas previsíveis que representam uma gama de experiências normais durante e após o tratamento. No entanto, tal como referem Pedersen et al. (2013), os sintomas

mais comuns não são sempre os mais angustiantes para o doente e as pessoas têm diferentes necessidades de informação entre homens e mulheres, jovens e adultos e diferentes estratégias para enfrentar a doença. Sendo cada pessoa diferente de outra, há que triar muito bem qual a informação necessária e fazer um exame crítico da pessoa para perceber qual a informação mais oportuna para aquela pessoa e, muitas vezes, não se resume ao medo do descontrolo sintomático, mas ao impacto do tratamento em suas vidas, ainda que alguns autores refiram que, quanto mais informação a pessoa tiver, melhor vai ser a sua colaboração e tomada de decisão em relação ao plano terapêutico (Cardoso et al., 2009; Garcia, 2014; Salgado, 2011). Constatei que a consulta também tem início com a mesma abordagem da do primeiro estágio, então diga-me o que o médico disse que não tivesse percebido, ou que dúvidas têm em relação ao tratamento? Nas consultas que me foi possível realizar a informação que transmiti à pessoa e familiar foi relacionada, em parte, com os efeitos secundários esperados pelo tratamento, algumas recomendações sobre cuidados a ter no domicílio, a importância do reforço hídrico e o cumprimento de terapêutica pós-QT como forma de ajudar a minorar os sintomas e, ainda, porque é inevitável que a pessoa não verbalize com o enfermeiro as suas emoções e tristezas para além do problema de ter uma doença crónica, tentei ajudar na adaptação à nova situação de vida, tentarem cuidar de si mesmos, envolvendo toda uma rede familiar e social para manter o quotidiano o mais normal possível. A orientação sobre este impacto pode levar a um sofrimento desnecessário quando o doente perde o controlo e se sente preso a um círculo vicioso que é o de fazer tratamentos de QT durante tempos imprevisíveis (Pedersen et al., 2013). Em cada CE, fui assinalando a necessidade que a pessoa me referiu ser a mais significativa, fiz o registo no processo clínico e alertei os colegas sobre a situação de cada pessoa. Durante as consultas foi entregue, ainda, um guia de acolhimento entre outros folhetos³⁵, importantes para a pessoa, dado conhecimento sobre as normas de funcionamento, apresentado o serviço e restante equipa e contactos telefónicos, o que me faz sentido, pois no momento da primeira consulta nem sempre o doente consegue reter toda a informação, podendo consultá-la em casa ou mesmo pedindo ajuda para a interpretar. Em cada uma delas, e de acordo também com a minha check-list, deixei em aberto que podiam telefonar sempre que necessário, embora em caso de

³⁵ Folhas criadas pela própria equipa sobre o protocolo médico da pessoa com a informação mais importante como, os efeitos secundários, periodicidade, alguns conselhos sobre a alimentação com realce para a importância da ingestão hídrica.

gravidade sintomática o atendimento fosse feito pelos enfermeiros da urgência hospitalar. Lamentavelmente, comparando com o primeiro estágio, não existe enfermeiro de referência, contrariamente ao descrito por Tostes (2015), que dá ênfase à sua importância. Como ajuda à organização/estrutura da consulta, depois do primeiro estágio voltei a usar a *Check-list* que planeei, facultando-me uma ordem definida na construção do diálogo com o doente/família.

A comunicação entre doente/familiar e enfermeiro leva a um aumento de confiança nos cuidados e adesão ao tratamento (Brataas et al., 2009), também uma das competências relevantes estabelecida pela OE (2001). Pela relevância da presença do familiar, sendo maioritariamente das vezes o cuidador, resolvi desenvolver uma segunda reflexão crítica em relação à problemática dos cuidadores da pessoa com doença oncológica (Apêndice V).

As competências para o enfermeiro especialista e mestre, e por mim adquiridas, vão ao encontro das descritas no capítulo anterior, acrescentado que este estágio teve maior relevância, uma vez que abraçou uma grande variedade de doenças oncológicas e inúmeros protocolos de QT, indo também ao encontro da minha realidade.

2.4. Estágio num hospital de dia de oncologia médica de um centro clínico privado

A última fase deste projeto decorreu no hospital de dia de um centro clínico privado com cerca de 144 horas de tempo atribuído, no período de 07 de dezembro de 2015 a 12 de fevereiro de 2016, tendo sido orientada pela própria chefia do serviço, enfermeira especialista em enfermagem oncológica.

Para este estágio tive como primeiro objetivo específico “Promover a melhoria do atendimento feito pela equipa de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento de QT na CE”, tendo tido como primeira atividade a apresentação do meu projeto - implementação da CE de enfermagem em HDO. Para isso, convoquei uma reunião, previamente articulada com a chefia do serviço usando o email, para convocar a equipa de enfermagem do HDO e comunicar os assuntos na agenda (Apêndice VI). Após a reunião e ouvida a opinião, consensual, de toda a equipa, a necessidade de uma CE era sentida por todos e relevante para o doente e a sua

família. Esta reunião foi apresentada com o apoio de slides, onde é apresentado os objetivos da mesma, o diagnóstico da situação, a pertinência do tema, como se implementa uma CE e qual o modelo usado. Foi dado a conhecer os documentos de apoio à CE já elaborados durante os campos de estágio anteriores, como sendo: o instrumento de colheita de dados orientador da CE em HDO, check-list das intervenções de enfermagem da CE de primeira vez à pessoa em tratamento de QT no HDO e o guia orientador da consulta telefónica de seguimento.

Outra das atividades foi a reunião entre mim e os enfermeiros das clinicas multidisciplinares, agendada via email (Apêndice VII) para estabelecermos o fluxograma do circuito do doente entre estas clinicas e o HDO (Apêndice VIII) e onde foi articulado a responsabilidade pelos cuidados das pessoas entre cada serviço, definindo quem ficaria como enfermeiro de referência do doente seria o enfermeiro de cada clinica multidisciplinar, até pela sua posição em termos logísticos, sendo que trabalha conjuntamente com o médico e assiste às reuniões de grupo Multidisciplinar. Depois de apresentado o projeto a todos os enfermeiros da instituição, ficou decidido os objetivos das consultas, (1ª vez e telefónica), os circuitos de atendimento, o calendário das consultas, ou seja, de que forma estas iriam ser agendadas, qual o tempo e espaço onde iriam decorrer, dando cumprimento à competência definida pela OE (2012) “provê liderança na formulação e implementação de políticas e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho” (p.10). Vontade da equipa demonstrada nessa mesma reunião, foi a elaboração de um manual de procedimentos da CE (Apêndice IX) onde adotei a filosofia de cuidados de Virgínia Henderson (2007) e os princípios de “comunicação, entrevista e relação de ajuda” estabelecidos por Phaneuf (2005), para além dos pressupostos estabelecidos por Buckman (2005) no seu protocolo SPIKES³⁶. Este manual está organizado em cinco partes: **1) Introdução**, onde consta a finalidade e objetivos do manual, uma breve introdução onde se enquadra teoricamente a CE do hospital de dia e a filosofia de cuidados dessas consultas de acordo com os teóricos supracitados; **2) A organização e princípios orientadores das consultas de enfermagem**, onde está descrito o circuito do doente, enfermeiro de referência e articulação entre equipas, HDO e clínicas multidisciplinares; **3) Princípios gerais para a entrevista de enfermagem**; **4) Consulta de enfermagem**

³⁶ SPIKES é um protocolo que descreve seis passos para transmitir más notícias aos doentes desde a preparação do profissional de saúde ao espaço físico, até à transmissão da informação propriamente dita.

de 1ª vez à pessoa com doença oncológica em tratamento de QT e o procedimento da consulta com o instrumento de colheita de dados orientador da CE e a chek-list das intervenções de enfermagem na CE; 5) Plano educativo sobre a QT à pessoa com doença oncológica e seus familiares/cuidadores 6) Consulta telefónica de seguimento à pessoa com doença oncológica. Ambas as consultas contemplam os aspetos organizacionais, procedimentos e registos necessários às referidas consultas. Foi então apresentado à equipa o manual de procedimentos da CE para pessoas em tratamento de QT, dando-lhes cerca de três dias para me darem um feed-back sobre o mesmo, e ainda que me respondessem a um tipo de questionário construído por mim, para identificar as questões que consideram dever fazer-se numa consulta telefónica para vigilância e controlo de sintomas da QT (Apêndice X). Este meu pedido foi feito por email e as respostas mais tarde da equipa de enfermagem foram o que está descrito no gráfico seguinte:

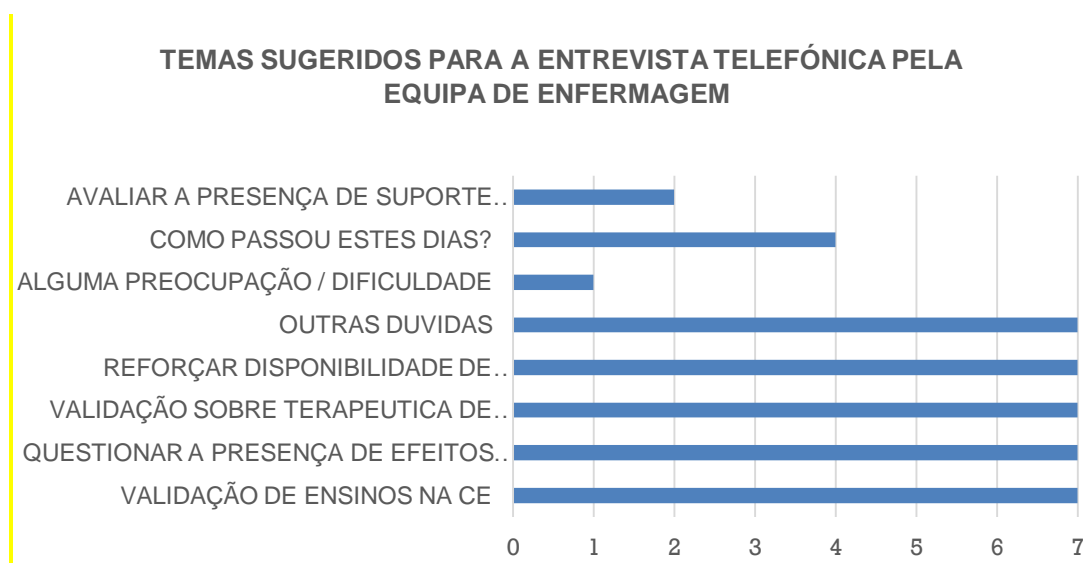


Gráfico 1 - Temas sugeridos para a entrevista telefónica pela equipa de enfermagem

O gráfico nº1 mostra que a maioria dos enfermeiros (5) identifica as mesmas questões para serem feitas em consulta telefónica, nomeadamente, reforçar a disponibilidade da equipa, validação sobre a terapêutica de suporte, questionar a presença de efeitos secundários e validação de ensinamentos na CE, entre outras dúvidas. A pergunta aberta como passou estes dias apenas é identificado por 4 enfermeiros, a avaliação da presença de suporte familiar ou social só 2 dão importância e 1 identifica a presença de alguma preocupação ou dificuldade.

Estas respostas serviram para a construção de um guia orientador da consulta telefónica (Apêndice XI). Outra atividade foi a de supervisão clínica dos colegas que de forma a experienciarem a CE, sugeri que cada um deles realizasse uma consulta de primeira vez, na minha presença para validação do uso do instrumento de colheita de dados. O feed-back dos colegas, em relação ao uso do instrumento, foi francamente positivo, acrescentando que era uma forma de ter atenção a todas as NHF da pessoa que faz QT.

Para dar resposta ao 2º objetivo “Responder às NHF da pessoa com doença oncológica em tratamento de QT familiarizando-a com os procedimentos técnicos e organizacionais destes tratamentos bem como os efeitos secundários do tratamento de QT e suas implicações na vida do dia-a-dia”, comecei a realizar as consultas com cada pessoa e acompanhante, respeitando a sua vontade depois de ter solicitado ao assistente técnico que a partir daquele dia todos os tratamentos de primeira vez fossem agendados para mim em sistema informático, enquanto permanecesse em estágio.

Foi possível realizar a CE a 30 pessoas em variadas situações clínicas e de diversos protocolos médicos de acordo com a patologia e o estadió de doença, todas em presença do familiar que me pareceu ser ele o cuidador principal. Algumas das entrevistas o familiar/cuidador também participou, dando resposta a algumas questões colocadas. O tempo de duração das 30 consultas foi o estabelecido pela literatura científica (Oliveira et al., 2012), entre 20-45 minutos já previamente elaborado pelo serviço. Para esta questão, parece-me oportuno realçar a competência desenvolvida no âmbito do autoconhecimento e assertividade, de desenvolvimento de uma prática profissional e ética, utilizando estratégias de resolução em parceria com a pessoa, uma vez que o “juízo baseado no conhecimento e experiência está refletido na tomada de decisão” (OE, 2010, p.4). Para a complementar, forneci um guia de acolhimento do HDO³⁷ já previamente elaborado pelo serviço. As consultas foram orientadas na entrevista pelo preenchimento do instrumento de colheita de dados, entretanto aceite pela equipa de enfermagem. A parte relativa aos dados gerais da pessoa é preenchida pelo assistente técnico, uma vez que diz respeito à informação não clínica e analisados em conjunto com a informação do processo clínico sobre os dados relativos à

³⁷ Guia informativo do hospital de dia onde constam os efeitos secundários de uma forma generalizada, alguns conselhos sobre a alimentação e contatos telefónicos disponíveis da instituição.

situação de saúde da pessoa. Só depois chamei a pessoa para a consulta, tendo-me apresentado, perguntando se queria conhecer 1º o serviço ou fazer a consulta. Iniciei as entrevistas começando por perceber qual a informação que a pessoa tinha da consulta médica, tendo optado por explorar a informação que conhecia sobre a sua situação clínica e tratamento de QT, e permitir-lhe que falasse espontaneamente das suas preocupações e emoções deixando-a que ela orientasse o diálogo. Como refere Baile (2012), uma aprendizagem valiosa é aquela onde se “pergunta antes de falar”, pois a comunicação pode ser ineficaz quando a pessoa demonstra uma preocupação e o profissional não identifica isso e aborda outro tema, ou quando demonstra desinteresse durante a entrevista, pois não basta “debitar informação” numa altura em que a pessoa está com elevada ansiedade, (Garcia, 2014). Procurei estabelecer uma relação terapêutica, isto é estabelecer uma parceria com o cliente, “no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (...) que tem por objetivo ajudar o doente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (OE (2001, p.10).

Da análise que fiz dos dados colhidos pelo instrumento de colheita de dados orientador da CE das 30 consultas de primeira vez que fiz e cujo tratamento se apresenta em (Apêndice XII) há a referir que, 67,0% das pessoas consultadas era do sexo masculino, estando de acordo com a informação da DGS (2014) que, pelos resultados estatísticos, mostra haver maior número de homens em situação de doença oncológica, maioritariamente pertencentes à faixa etária dos 51-60 anos, à semelhança do descrito pela DGS (2014). Cerca de 41,0% estava em tratamento adjuvante, estes dados mostram que a intenção terapêutica da QT tinha o intuito de diminuir a possibilidade de recidiva (Otto, 2000), após a cirurgia oncológica, numa intenção terapêutica (a necessitar de maior confirmação) curativa. Em regime paliativo, uma pequena percentagem, que tem como intenção o controlo da doença, quando a oportunidade da remissão é pouco provável (Maia, Dantas, Santos & Ramos, 2010), e provinham da clínica do digestivo (24,0%). A realidade não é esta, é a unidade da Mama que tem maior número de doentes atendidos/ano, embora a amostra não o comprove, porque a CE é realizada na própria clínica e não no HDO. Os 10% da amostra dizem respeito a 3 mulheres que por indisponibilidade de recursos humanos no dia foi pedido ao HDO que assumisse a consulta. Por último em relação à cabeça e pescoço com 3%, não havendo esta especialidade, os

doentes são observados por um dos médicos da Clínica do Digestivo, o que justifica ser um dado muito inferior. Nas restantes patologias os números são menos relevantes, nomeadamente a hematologia sendo uma das hipóteses o fato de não haver consultas médicas da especialidade todos os dias. As estatísticas em saúde referem que o tipo de tumor mais frequente é a próstata (não representado nesta amostra, porque durante o período de estágio não surgiram pessoas a começar tratamento para esta patologia), seguido da mama, cólon e reto e depois o pulmão sendo esta a patologia com mais casos de mortalidade presentemente (DGS, 2014). De encontro ao referido pela DGS (2014) que confirma ser a unidade do pulmão com maior número de doentes oncológicos, embora nos últimos anos haja um aumento de anos de vida e particularmente para o sexo masculino, pelo aparecimento das terapias-alvo.

A maioria das pessoas (23) encontrava-se independente nas suas atividades, com uma *performance status* de 0. Apenas 1 (3,3%) não sabia ter um diagnóstico oncológico. Em relação ao nível 1, a pessoa ainda é capaz de levar o seu dia-a-dia, mas já apresenta alguns sintomas da doença, e o nível 2, ocasionalmente necessita de assistência, mas ainda é capaz de prover a maioria das suas necessidades. Nenhuma das pessoas nestas consultas apresentou níveis superiores como o 3, 4 ou 5. Representado por 93,0% das pessoas têm conhecimento da sua doença, mostram ter informação sobre o tratamento e/ou a doença e 7,0% aparentemente não mostraram ter perceção da doença podendo estar tanto em negação como em desinteresse pessoal ou ser um mecanismo de auto-defesa como refere Kübler-Ross (1996). Diz a literatura consultada, que estar bem informado ajuda na tomada de decisão, diminui medos e ansiedades e provoca na pessoa uma forma de gerir os seus sintomas (Berglund et al., 2015; Valenti, 2014). Uma das hipótese é a pessoa ter informação prévia à QT, ou ter alguém familiar que já acompanhou neste processo de doença.

Das 30 pessoas consultadas antes do início da QT, 28 (93,3%) tinham alteração das NHF da educação/adaptação ao novo estilo de vida, 10 (33,3%) tinham alteração na alimentação e da mobilidade, 8 (26,7%) na do sono e repouso e a eliminação com cerca de 7 (26,6%). Embora com menos expressão as NHF de Manutenção do ambiente seguro e Comunicação em 6 pessoas (20,0%) e Ocupação laboral com 5 (16,6%) também mostram alterações. Há 4 HNF que não

apresentam alterações. Nas 30 pessoas consultadas, Manter o corpo limpo, Temperatura corporal, Atividades de recreação e Práticas religiosas. A percentagem apresentada no caso da alimentação, justifica-se pelo tipo de cancro mais frequente. Em relação à eliminação, existe uma grande percentagem de doentes do foro urológico (14%) com toda a sintomatologia associada ao sistema urinário. No caso da alteração do padrão do sono e repouso, provavelmente associado a todo o tipo de cancro, pela ansiedade que este provoca (Mollaoglu & Erdogan, 2014) e no caso mais evidente, a educação e adaptação ao novo estilo de vida, onde praticamente todas as pessoas manifestaram dificuldades, pode-se entender que a necessidade de informação é uma realidade antes de se iniciar um tratamento de QT. A doença compreende uma série de mudanças, como o autoconceito, mudança de papéis no meio familiar (Baptista et al., 2012). O ensino deve ser o mais dirigido à pessoa com a alteração da NHF numa tentativa de promover a sua independência e tendo a QT como efeitos secundários a alteração das necessidades é preciso reforçar os cuidados recomendados com cada uma, o que quer dizer que não chega um plano fixo de educação, mas que temos de individualizar a informação para adaptar à pessoa

Para além da CE de primeira vez, realizei também as consultas telefónicas a todos os doentes a quem fiz a consulta, cujos resultados foram tratados em (Apêndice XIII). Esta consulta é realizada através de um telefonema e demorou, no geral, cerca de 15-20 minutos, é realizada às 24h, (Dia + 2) 48h (Dia + 3) ou ao 7^a dia (Dia + 7) após QT, dependendo do protocolo médico instituído ser um tratamento de um dia, um tratamento que implique manter uma perfusão contínua de fármacos no domicílio ou em caso de QT oral, quando se prevê sintomatologia relevante associada à terapêutica. O telefone é considerado como um meio na prestação de cuidados e promove a qualidade dos mesmos, tendo o objetivo de responder a necessidades de informação de suporte dos doentes (Williamson, Chalmers & Beaver, 2015), contribuindo para a continuidade dos cuidados, e é já uma realidade no serviço como forma de monitorizar a sintomatologia causada pela QT, esclarecer dúvidas, despiste de toxicidades e validar a informação recebida (Williamson et al., 2015).

Assim, foi realizado o telefonema a 24 pessoas após as 24h, 3 após as 48h e 3 após 7 dias. Nos dados recolhidos destas consultas, no geral as pessoas mostraram mais preocupação nos efeitos adversos, com dúvidas se conseguiam suportá-los, e se estes lhe dificultariam a realização de algumas tarefas diárias. Destas, 21 pessoas não referiram problemas. Porém, 7 (23,3%) referiram sintomas não controlados e 2 (6,7%) tiveram dúvidas em relação à medicação de suporte do seu protocolo de QT. Os restantes 4 doentes tiveram efeitos secundários no protocolo terapêutico de QT prescrita, 1 com mialgias (efeito secundário da sua QT), 1 com rash cutâneo surgido no dia seguinte ao tratamento (efeito secundário da medicação pós-QT com corticoiterapia), 1 com astenia (esperável pelo seu protocolo instituído, pela baixa de glóbulos brancos), 1 com diarreia (sendo já uma realidade daquela pessoa, antes de iniciar a QT) e 3 com náuseas que referiram que a medicação recomendada para o domicílio não foi suficiente. Estas situações foram encaminhadas para o enfermeiro de referência para posterior apoio médico, com o objetivo da monitorização e outros *follow-ups* para otimização do alívio sintomático. O registo das mesmas ficou em processo clínico informático e a articulação para o enfermeiro da unidade multidisciplinar foi realizado por via telefónica interna (telemóvel de serviço) e por email de serviço. Ainda assim, pode concluir-se por estes resultados que o ensino na CE foi eficaz no controlo sintomático, como referem Valenti (2014) e Berglund et al. (2015), estar bem informado ajuda a pessoa a gerir os seus sintomas.

Todas as minhas intervenções passaram por medidas farmacológicas e não farmacológicas, situações de encaminhamento para outros membros da equipa ou do serviço e pelo apoio emocional em alguns casos, com auxílio do protocolo de serviço definido pela CTCAE (Version 4³⁸) (2013) no caso de um sintoma mais grave. Sempre que identifiquei uma das NHF alterada, fiz o registo no instrumento de colheita de dados orientador da CE e, de seguida, encaminhei para o enfermeiro de referência da referida unidade, pois é este que faz a primeira abordagem à pessoa após a consulta médica e vai ser com ele que as consultas de *follow-up* vão continuar até à alta clínica (Beaver et al., 2012). É importante que a pessoa seja atendida pela mesma pessoa, para que haja um acompanhamento contínuo que evite uma má interpretação dos sintomas (Williamson et al., 2015). O enfermeiro

³⁸ Tabelas para avaliação sintomática com os efeitos adversos da QT mais comuns, onde cada sintoma é atribuído um grau de toxicidade que vai desde o grau 1 sem alteração relevante ao grau 5 no limite do acontecimento provocando a morte.

pode advogar para os doentes realizando funções de educador (Berglund et al., 2015; Williams, Williams, Lafaver-Roling, Johnson & Williams, 2011).

Ainda durante o período de estágio, das 30 pessoas que realizaram a CE de 1ª vez e de seguimento, houve 5 pessoas que solicitaram ajuda telefónica para o telemóvel de apoio ao HDO entre o 1º e o 2º ciclos mas por situações não relacionadas com o efeito secundário da QT: dor associado ao catéter subcutâneo, hipus (situação habitual do doente), rubor facial (devido à toma de corticóides) metrorragias, este caso encaminhado para serviço de urgência e 4 por questões administrativas, mas que recorreram ao telefone do HDO. Perante a complexidade dos sintomas relacionados com os tratamentos, torna-se essencial que a avaliação, triagem e gestão dos mesmos sejam realizadas de forma adequada e na prevenção de emergências oncológicas e/ou assegurar que as idas ao serviço de urgência sejam “apropriadas” (Stacey, Carley, Ballantyne, Skrutkowski & Whynot, 2015).

Nesta análise, não foi feita a avaliação de quem fez o contacto telefónico, se o próprio, familiar ou outro cuidador. Dados também importantes na interpretação sintomática, podendo ter resultados diferentes, no entanto, sabe-se que os sintomas reportados pelo doente e/ou familiar refletem a importância que a pessoa lhes dá, visto ser ela que determina quando deve contactar o enfermeiro. Esta importância pode estar relacionada com o ensino que lhe foi prestado (sinais de alerta, estratégias de *coping* insuficientes ou ineficazes), com a intolerância aos sintomas (por distresse, desconforto, incapacidade para os gerir) (Flanney, MCandrews & Stein, 2013).

Triar sintomas via telefone, tal como fornecer aconselhamento, é um serviço essencial na prestação de cuidados em contexto ambulatorio, mas exige ao enfermeiro uma capacidade para avaliar e gerir situações críticas, particularmente para gerir o tempo (Gleason, O’Neill, Goldschmit, Horigan & Moriarty, 2013) e para interpretar uma queixa do doente sem o ver e sem ter acesso à sua comunicação não-verbal (Shaw et al., 2013).

Todos os dados recolhidos comprovam a importância da informação dirigida à pessoa antes do início da QT, uma vez que os doentes conseguiram ter um maior controlo sintomático (Valenti, 2014) e ao telefone mostraram-se aparentemente mais tranquilos (Williams et al., 2011; Winkeljonh, 2010), comparativamente com a minha

experiência antes de iniciada esta consulta, pois os telefonemas eram em número superior.

Com estas atividades consegui cumprir a competência definida pela OE (2010b) “Gere na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente” (pp.5-6) e a definida pela EONS (2013) “identifica como a comunicação entre a equipa multidisciplinar pode beneficiar o cuidado à pessoa com cancro” (p.21), uma vez que tenho o conhecimento dos conceitos, fundamentos, teorias e factos relacionados com as ciências de enfermagem, como forma de suportar a sua atividade.

Para concluir, e após as atividades desenvolvidas e descritas neste estágio, tenho consciência das minhas capacidades como enfermeiro especialista e mestre em oncologia, consigo cuidar da pessoa em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento e maximizando o bem-estar, conforto e qualidade de vida, demonstrando sensibilidade para com os doentes e família em qualquer das fases do processo de doença (EONS, 2013). Sou capaz de explicar e facilitar os ensinamentos ao doente, monitorizar o estado de saúde, procurando os sinais e sintomas, tomando iniciativa para intervir, encaminhar, registar e avaliar (EONS, 2013), e ainda reconheço a importância da investigação em enfermagem na área do cancro (EONS, 2013).

O grau de Mestre em Enfermagem, na área de especialização médico-cirúrgica implica um conhecimento aprofundado que se complementa com as competências do enfermeiro especialista.

3. AVALIAÇÃO

Após a implementação deste projeto no serviço onde exerço funções, é importante fazer a avaliação do trabalho desenvolvido e perceber qual a relevância para a melhoria dos cuidados prestados, tendo em conta as questões éticas, as limitações encontradas para a sua execução e as perspectivas futuras, de forma a dar continuidade ao trabalho iniciado. Estou ciente que este trabalho desenvolvido foi motivo de reflexão para todos os elementos da equipa e futuramente o será para a instituição, uma vez que, de momento, quem realiza tratamento de QT têm uma consulta de enfermagem estruturada prévia. Cumpre-se assim um critério de justiça. É uma mais-valia que pode advir da possibilidade de formação dos profissionais que lá trabalham, levando-os a um crescimento pessoal e profissional, dado que a maioria dos enfermeiros ainda não tem o número de anos de experiência profissional suficiente, devido ao pouco tempo de carreira profissional. É em contexto de trabalho que emergem dinâmicas de formação que fazem com que os profissionais tentem atribuir um sentido ao que fazem e ao caminho que percorrem, dando uma melhor resposta àqueles que cuidam.

3.1. Limitações da implementação do projeto

Neste meu percurso académico, felizmente tive poucas limitações que me dificultasse a construção deste projeto. O empenho da equipa em colaborar comigo foi memorável. Também eles sentiam que o tempo atribuído ao ensino relatado a cada doente à QT de 1ª vez era reduzido e pobre na informação transmitida. Não havia uma forma organizada que levasse a um ganho de tempo e qualidade no atendimento. A mobilização de conhecimentos científicos através da consulta de várias bases de dados, a partilha com profissionais peritos na área, levou a uma sistematização da informação conseguida que me levou a dar resposta à minha problemática. Para tal, foram desenvolvidas ações de formação em serviço que contribuíram para sensibilizar os meus pares, tanto no local de trabalho, como na articulação com restante equipa multidisciplinar.

3.2. Pontos fortes e fracos

A título de demonstrar como a implementação do projeto foi conduzido, segue uma análise “SWOT”, identificando os pontos fortes e fracos, bem como as oportunidades e ameaças à continuidade do projeto.

Como pontos fortes, enumero a receptividade de toda a equipa de enfermagem e o bom ambiente profissional existente na instituição. A colaboração na implementação da CE; a articulação entre equipas e parceria nos cuidados que levaram à motivação geral, principalmente quando sentimos a satisfação daqueles que cuidamos, como fui referindo ao longo deste trabalho através da informação, comunicação e educação na gestão sintomática da pessoa com doença oncológica. Todos os enfermeiros participaram e avaliaram como positivo o impacto do projeto com contributos significativos para a sua prestação de cuidados, fazendo cada um deles enquanto eu permaneci em estágio, uma única consulta de primeira vez como forma de treino, experienciar a sua importância e sentir a diferença entre uma pessoa esclarecida, provocando, eventualmente, redução dos seus medos e ansiedades, e uma outra sem informação prévia.

Quanto aos pontos fracos, considero que o tempo para interiorizar novos conhecimentos e metodologias de trabalho foi insuficiente, apesar da vontade, a equipa não teve ainda tempo de se consciencializar que a partir deste momento existe um outro serviço - **a consulta de enfermagem**, o elevado número de doentes com a mais variedade de protocolos cada vez mais complexos implica um maior tempo de preparação para quem realiza a CE e faz apelo a uma formação permanente dos profissionais.

Relativamente às oportunidades, destaco o anseio da equipa por esta CE, o facto de me ter sido dada a hipótese dos vários ensinamentos clínicos com a possibilidade de assistir a outras realidades clínicas, conhecimento e partilha de práticas com peritos na área oncológica que contribuíram para a melhoria dos cuidados em HDO e possibilidade de dar visibilidade ao trabalho da enfermagem.

Como ameaças refiro o elevado número de doentes que podem impedir que seja realizada uma CE de acordo com o previsto ao longo do tempo, o potencial custo que pode advir para a pessoa com a CE, e apesar de existir um bom suporte informático, não permite o preenchimento dos documentos, estes têm de ficar

digitalizados para serem consultados por todos os intervenientes. No entanto, apesar das dificuldades referidas a equipa identificou mais vantagens que desvantagens na implementação da CE, primeiramente por existir um enfermeiro alocado apenas à CE, maior atenção e tempo despendido a cada doente, pela melhoria da qualidade dos cuidados que, mesmo sem ter havido um questionário neste sentido, de forma informal o *feedback* do doente e familiar mostra uma grande satisfação. No meu caso particulara, digo eu, que fiquei a ganhar na confinça e empatiaque estabeli com a apessoa e familiar.

3.3. Questões éticas

Foi primeiramente pedido a autorização à enfermeira diretora e chefia do serviço para a implementação deste projeto que percebi mais tarde ser uma vontade e necessiade da instituição. No domínio da responsabilidade profissional e ética, foi cumprido o direito do doente à privacidade e respeito da sua escolha, bem como a confidencialidade e segurança dos registos efetuados.

4. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

Este projeto centrou-se na implementação de uma CE para o atendimento da pessoa com doença oncológica em tratamento de QT como pretexto para aquisição de competências como enfermeira especialista e mestre, inserido no âmbito de um Curso de Mestrado em Enfermagem.

A sua importância advém da falta de um serviço de cuidados de enfermagem para a pessoa com doença oncológica que realiza QT, à semelhança do já existente noutra unidade, como é a clínica de mama. Porque é que só estas doentes tinham uma CE que as preparasse para a fase dos tratamentos de QT? Porque não alargar a todos as outras clínicas multidisciplinares, como forma de estabelecer um cuidado uniformizado? Não será o direito à informação um dever idêntico para todas estas pessoas? Foi este o meu ponto de partida para a elaboração deste projeto, indo ao encontro de um interesse pessoal, profissional e institucional. Porque gosto da comunicação com a pessoa, sinto facilidade na relação empática com os outros parece-me ter iniciado este percurso no patamar de proficiente. Várias fases foram percorridas, desde a conceção até à mudança, no meu próprio local de trabalho para permitir a introdução deste serviço a prestar aos utentes da instituição, que me possibilitou pôr em prática o apreendido nos vários campos de estágio durante um período de 18 semanas, embora me pareça que o tempo previsto para a concretização do projeto foi muito reduzido, não me sendo possível, enquanto trabalhadora-estudante, cumprir mais de 24 horas de estágio semanal ou oito diárias. Complementada com uma pesquisa bibliográfica, tendo em conta um referencial teórico que entendi ser o mais aplicável para este projeto e porque na minha Instituição não existe como referência nenhuma teórica definida. Desta experiência surge a implementação de uma CE que tem como objetivo principal fazer um ensino personalizado e individualizado à pessoa com doença oncológica de forma estruturada num espaço apropriado e com todos os recursos definidos pela evidência científica consultada, bem como a elaboração de um manual de procedimentos. A realização deste projeto veio permitir ao enfermeiro em HDO fazer uma reflexão sobre a sua prática e foi com grande interesse que toda a equipa de enfermagem se envolveu ativamente, na realização da CE ao doente oncológico, o

que levou a um crescimento pessoal e profissional em termos de conhecimentos e incorporação da prática.

A doença oncológica está de facto determinada como a maior causa de morte no mundo e em Portugal e continua a ter um forte impacto negativo na sociedade, apesar de todas as novas abordagens terapêuticas que começam a surgir e de todo o conhecimento disponível nas mais variadas fontes de informação. Mantém-se o estigma relacionado com a QT, um tratamento ligado a uma doença oncológica, entendida pela pessoa como uma doença letal. A maior complexidade deste tratamento são os seus efeitos secundários, que a pessoa identifica serem piores que a própria doença.

No entanto, através do aprofundar de conhecimentos nas novas terapêuticas inovadoras, dos resultados obtidos pelas boas práticas, da melhoria da comunicação, relação empática, disponibilidade total por parte dos profissionais, é garantido um ganho significativo em termos de qualidade dos cuidados prestados, levando a que o doente minimize os seus receios.

Devido ao elevando número de doentes agendados em HDO, nem sempre é possível realizá-la de acordo com o previsto, pelo que ainda não foi exequível obter um impacto significativo por parte dos enfermeiros para uma avaliação fidedigna da mesma. Para provar esta questão, pretendo no futuro desenvolver um questionário de avaliação de satisfação do doente, como indicador de qualidade demonstrando a relevância da CE. Ainda, posteriormente, fazer uma monitorização do controlo sintomático, ou seja, será que depois de um ensino bem elaborado, o número de atendimentos telefónicos como pedido de ajuda diminuiu? Quais são na realidade os motivos que levam a pessoa a fazer os telefonemas? Até à data os motivos mais evidentes foram: dor seguida de desconforto gástrico. Em relação aos telefonemas, devo de dizer que no período de 2015 e primeiro trimestre de 2016, a equipa de enfermagem atendeu 1853 pessoas e cerca de 57% dos casos foram resolvidos no domicílio, o que leva a concluir que o atendimento telefónico é um recurso real na prestação de cuidados em enfermagem oncológica (Nagel, Pernerleau & Penner, 2012; Shaw et al., 2013). Pretendo, ainda, iniciar em janeiro de 2017 uma monitorização dos dados, pois embora todo o registo seja informatizado, não existe um programa específico que nos leve a um levantamento de necessidades, comprovando o que refere a evidência científica consultada.

Tenho a consciência que se fosse hoje a iniciar este relatório daria mais ênfase a um plano educativo mais exausto para a pessoa com doença oncológica, mas dado o tempo e o trabalho fica o compromisso de seguir em frente com este projeto que dado a importância seria praticamente outro trabalho.

O crescimento deste projeto foi vivenciado por mim de forma intensa, mas sempre partilhado com os meus pares, que me ajudaram ao desenvolvimento de competências nesta área que é para mim a mais gratificante na enfermagem. Contudo, ainda há caminho a percorrer pois há que investir mais na aprendizagem, na reflexão constante dos saberes na prática diária, alteração de rotinas, desenvolvimento de mais informação escrita necessária ao doente oncológico, entre outras.

As minhas aprendizagens passaram pela melhoria das minhas competências relacionadas com a comunicação para com estas pessoas e seus cuidadores ou familiares, estar mais atenta à pessoa como um todo, formar e educar também os meus pares para a importância do atendimento à pessoa com doença oncológica de forma personalizada e individualizada. Apesar de todos os meus anos de carreira profissional, tal como descrevo no início, a aprendizagem é contínua, por mais anos que tenhamos o saber é uma constante. Agora, e depois de ter cumprido mais um dever, outros mais vão de aparecer. Ainda não chegou o fim. Este é um princípio de mais uma das minhas tarefas.

Resta acrescentar que este projeto não seria possível sem a colaboração de todos, tanto a nível académico como profissional (multidisciplinar) e retiro dele contributos para o poder alargar e dar continuidade.

Termino este relatório, convicta de que contribuí para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica em tratamento de QT e que assumo um papel de Enfermeira Especialista enquanto Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. C. F., Rodrigues, M. A., & Paixão, M. P. B. A. (2013). Erros de medicação reportados pelos enfermeiros na prática clínica. *Revista de Enfermagem Referência*, 10 (Série 3), 63-68.
- American Cancer Society. (2011). *Breast câncer*. Acedido a 23/04/2016. Disponível em: <http://www.cancer.org/Cancer/BreastCancer/index?ssSourceSiteId=null>
- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco News*, 21, 27-31.
- Aranda, S., Jefford, M., Yates, P., Gough, K., Seymour, J. Francis, P. ... Schofield, P. (2012). Impact of a novel nurse-led prechemotherapy education intervention (ChemoEd) on patient distress, symptom burden, and treatment-related information and support needs: Results from a randomised controlled trial. *Annals of Oncology*, 23(1), 222-231. doi:10.1093/annonc/mdr042
- Araújo, A. M. J. S. (2011). Refletindo acerca da comunicação não-verbal do paciente durante a consulta de enfermagem. *Saúde e Beleza*. Acedido a 23/04/2016. Disponível em: <http://www.webartigos.com/autores/ad67410gmailcom/#content-top-list>
- Baile, W. (2012). *Difficult communications in cancer care* [Workshop]. Lisboa: Fundação Champalimaud.
- Banha, P., Costa, D., & Mendes, I. (2014). Controlo sintomático no doente oncológico. Boas práticas de cuidados. *Onco News*, 25, 32-37.
- Baptista, B. O., Beuter, M., Girardon-Perlini, N. M. O., Brondani, C. M., Budó, M. L. D., & Santos, N. O. (2012). A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: Uma revisão integrativa da literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 33(1), 147-156. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n1/a20v33n1.pdf>
- Barranco, E., Moreira, M. C., & Menezes, M. F. B. (2010). O líder de enfermagem em unidades oncológicas: Intervenções da subjectividade na organização de espaços saudáveis de trabalho. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 56(2), 213-218. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/06_artigo_lider_enfermagem oncologicas. pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/06_artigo_lider_enfermagem_oncologicas.pdf)

- Barros, N., Carmo, V. F. S., & Antunes, L. A. T. B. (2015). O papel do enfermeiro diante dos cuidados prestados ao paciente adulto oncológico. *Revista Vitalis*, 1(2), 25-40. Disponível em: http://www.cienciasdavidia.info/vitalis/artigos/vollnoll/Artigo_02.pdf
- BC Cancer Agency. (2016). *Chemotherapy protocols*. Acedido a 07/01/2016. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/professional-resources/chemotherapy-protocols>
- Beaver, K., Campbell, M., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., & Heath, J. (2012). An exploratory controlled trial comparing telephone and hospital follow-up after treatment for colorectal cancer. *Colorectal Disease*, 14(10), 1201-1209. doi:10.1111/j.1463-1318.2012.02936.x
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito, excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Malloch, K., & Sheets, V. (2010). *Nursing pathways for patients safety*. Missouri: Mosby Elsevier.
- Berglund, C. B., Gustafsson, E., Johansson, H., & Bergenmar, M. (2015). Nurse-led outpatient clinics in oncology care: Patient satisfaction, information and continuity of care. *European Journal of Oncology Nursing*, 19 (6), 724-730. doi:10.1016/j.ejon.2015.05.007
- Brataas, H. V., Thorsnes, S. L., & Hargie, O. (2009). Cancer nurses narrating after conversations with care outpatients: How do nurses' roles and patient's perspectives appear in the nurses' narratives? *Journal of Caring Sciences*, 23(4), 767-774. doi:10.1111/j.1471-6712.2008.00679.x
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Communicatyon Oncology*, 2(2). 138-142. doi:10.1016/S1548-5315(11)70867-1
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Psilogos*, 6(1), 7 (1-2), 8-19. Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/429>
- Carvalho, C. P. (2012). *Processo de comunicação na consulta de enfermagem como fator de adesão ao tratamento*. Dissertação de mestrado não publicada, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/37520>
- Cassol, P. B., Quintana, A. M., & Velho, M. T. A. C. (2015). Utilização do suporte vital: Percepção da equipe de enfermagem na hemato oncologia. *Revista Baiana de*

- Enfermagem*, 29(2), 106-114. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/12740-44429-1-PB.pdf
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., & Cordeiro, S. (2005). *O cancro ea qualidade de vida. A quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Lisboa.
- Clarck, O., Fanti, L., Donato, B., Amaral, L. A., Santinho, C., & Benardino, G. (2013). Valor clínico das terapias biológicas em oncologia: Mensuração de desfechos para a avaliação de benefícios. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 5(1), 29-37. Disponível em: <http://www.evidencias.com.br/pdf/publicacoes/914b243d35e56c1c8a5641ace8de6d3d.pdf>
- Crozeta, K., Truppel, T., Meier, M., & Danski, M. (2009). Condicionantes e determinantes para a implementação da consulta de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 14(1), 120-126. Acedido a 23/04/2016. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14131/9513>
- Dalby, C., K., Nesbitt, M., Frechette, C. A., Kennerley, K., Lacoursiere, L. H., & Buswell, L. (2013). Standardization of initial chemotherapy teaching to improve care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 472-475. doi:10.1188/13.CJON.472-475
- Decreto-Lei n.º 437/91, de 08 de novembro (1991). Aprova o regime legal da carreira de enfermagem. *Diário da República Série I-A*, nº 257 (08-11-91). 5723-5741.
- Delicado, A. M. M. S. (2013). *O papel da terapia de suporte no tratamento do cancro*. Dissertação de mestrado integrado não publicada. Faculdade de Ciências e Tecnologias da Saúde da Universidade Lusófona de Humanidade e Tecnologia, Lisboa.
- Dias, S. A. O., & Aquino, G. B. (2014). Aspectos psicológicos do paciente oncológico diante do procedimento cirúrgico de laringectomia total. *Revista Científica da Faminas*, 9(1), 105-124. Acedido a 23/04/2016. Disponível em: file:///C:/Users/User/Downloads/cincias-humanas-e-sociais-aplicadas.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2007). *Plano nacional de prevenção e controlo das doenças oncológicas 2007/2010: Orientações programáticas*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2013a). *Portugal. Doenças oncológicas em números: 2013*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2013b). *Plano nacional de saúde (2012-2016). Versão resumo*. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Globocan estatísticas. Portugal. Doenças oncológicas em números: 2014*. Lisboa: Autor. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=26705>
- Donabedian, A. (1997). The quality of care. How can it be assessed? 1988. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 121(11), 1145-1150.
- European Oncology Nursing Society. (2009). *Post-basic curriculum for breast cancer nursing*. Bruxelas: Autor.
- European Oncology Nursing Society. (2013). *Cancer nursing curriculum* (4a ed.). Bruxelas: Harris DPI.
- European Society of Breast Cancer Specialists. (2012). The European Society of Breast Cancer Specialists recommendations for the management of young women with breast cancer. *European Journal of Cancer*, 48 (18). 3319-3514. Disponível em: [http://www.ejcancer.com/article/S0959-8049\(12\)00792-7/fulltext](http://www.ejcancer.com/article/S0959-8049(12)00792-7/fulltext)
- Garcia, S. (2014). The effects of education on anxiety levels in patients receiving chemotherapy for the first time: An integrative review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 516-521. doi:10.1188/14.CJON.18-05AP
- Goss, C., Deledda, G., Bottarini, A., Chiadera, F., Mazzi, M. A., Bellari, M., ... Zimmermann, C. (2015). Information needs of female italian breast cancer patients during their first oncological consultation. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(5), 451-457. doi:10.1016/j.ejon.2015.02.003
- Grant, M. J., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: An analysis of 14 review types and associated methodologies. *Journal Compilation*, 26(2), 91-108. doi: 10.1111/j.1471-1842.2009.00848.x.
- Griesser, A. C., Vlastos, G., Morel, L., Beaume, C., Sappino, A. P., & Haller, G. (2011). Socio-demographic predictors of high support needs in newly diagnosed breast cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 20(4), 466-474. doi: 10.1111/j.1365-2354.2010.01190.x
- Grisales-Naranjo, L. V., & Arias-Valencia, M. M. (2013). Humanized care: The case of patients subjected to chemotherapy. *Investigación y Educación en Enfermería*, 31(3), 364-376. Disponível em: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/view/17496/15166>
- Gross, A. H. (2015). What matters to the patient is what really matters: Quality in oncology nursing? *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 144-145. doi: 10.1188/15.CJON.144-145

- Hagen, K. B., Aas, T., Lode, K., Gjerde, J., Lien, E., Kvaloy, J. T. ... Lind, R., (2015). Illness uncertainty in breast cancer patients: Validation of the 5-item short form of the Mishel Uncertainty in Illness Scale. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(2), 113-119. doi:10.1016/j.ejon.2014.10.009
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Lisboa: Lusodidacta.
- Hernandez, F., & Ventura, M. (1998). *A organização do currículo por projetos de trabalho: O conhecimento é um caleidoscópio*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Howell, D., Keshavarz, H., Broadfield, L., Hack, T., Hamel, M., Harth, T., ... Ali, M. (2015). *A Pan Canadian practice guideline for screening, assessment, and management of cancer-related fatigue in adults: Version 2*. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer & Canadian Association of Psychosocial Oncology. Disponível em: <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=362203>
- Instituto Nacional do Câncer. (2011). *ABC do câncer. Abordagens básicas para o controle de câncer*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Jacobson, J. O., Polovich, M., McNiff, K. K., LeFebvre, K. B., Cummings, M. G., Galioto, M., ... McCorkle, M. R. (2009). American Society of Clinical Oncology/ Oncology Nursing Society chemotherapy administration safety standards. *Journal of Clinical Oncology*. 27(32), 5469-5475. doi:10.1188/09.ONF.651-658
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Koutsopoulou, E., Papathanassoglou, M. C., Katapodi, M. C., & Patiraki, E. (2010). A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5-6), 749-765. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02954.x
- Lei nº 15/2014, de 21 de março (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente aos serviços de saúde. *Diário da República I Série*, nº 57. (21-03-2014). 2127-2131.
- Lei nº 8/2014, de 20 de fevereiro (2014). Procede à primeira alteração à Lei nº 111/2009, de 16 de setembro, que procede à 1ª alteração ao estatuto da OE, aprovado pelo DL nº 104/98 de 21 de abril. *Diário da República I Série*, nº 36 (20-02-2014). 1511.
- Lenam, E., Vidall, C., Roe, H., Jones, P., Smith, J., & Farrell, C. (2012). Best practice in nurse-led chemotherapy review: A position statement from the United Kingdom Oncology Nursing Society. *Ecancer Medical Science*, 6, 263. doi:10.3332/ecancer.2012.263

- Lesterhuis, W. J., Haanen, J. B. A. G., & Punt, C. J. A. (2011). Cancer immunotherapy: Revisted. *Nature Reviews Drug Discovery*, 10(8). 591-600. doi:10.1038/nrd3500
- Lucas, H. P. (2010). Comunicação interdisciplinar em saúde: Importância e desafios. *Nursing*, 257. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3569-comunicacao-interdisciplinar-em-saude-importancia-e-desafios#>. WKBQFtSLSt8
- Maia, V. R., Dantas, A. C. A., Santos, M. G. S., & Ramos, V. P. (2010). *Protocolos de enfermagem: Administração de quimioterapia antineoplásica no tratamento de hemopatias malignas*. Rio de Janeiro: Hemorio. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/ccih.pdf>
- Masters, G. A., Krilov, A., Bailey, H. H., Brose, M. S., Burstein, H., Diller, L. R., ... Patel, J. D. (2015). Clinical cancer advances 2015: Annual report on progress against cancer from the American Society of Clinical Oncology (ASCO). *Journal of Clinical Oncology*, 33(7), 786-809. doi:10.1200/JCO.2014.59.9746
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar. O corpo âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.
- Mollaoğlu, M., & Erdoğan, G. (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), 78-84. doi:10.1016/j.ejon.2013.07.006
- Moreira, I. M. P. B. (2012). *Competências do familiar cuidador da pessoa com doença oncológica em quimioterapia*. Tese de doutoramento não publicada. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa.
- Nagel, D. A., Pernerleau, S. G., & Penner, J. L. (2012). Knowing, caring and telehealth technology: "Going the distance" in nursing practice. *Journal Holistic Nursing*, 31(2), 102-110. doi:10.1177/0898010112465357
- National Cancer Action Team. (2011). *Holistic needs assessment for people with cancer: A practical guide for healthcare professionals*. London: National Cancer Programme.
- National Cancer Institute. (2015). *Side effects*. Disponível em: <http://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/>
- Naurois, S. J., Basso, I. N., Gill, M. J., Marti, F. M., Cullen, M. H., & Roila, F., (2012). Management of febrile neutropenia: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 21 (Suppl.5). 252-256. doi:https://doi.org/10.1093/annonc/mdq196

- Neves, S. (2012). Impacto no cuidador principal do cuidado ao doente paliativo no domicílio. In A. Barbosa (Coord.), *Investigação qualitativa em cuidados paliativos* (pp. 105-128). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Oliveira, S. K. P., Queiróz, D. P. O., Matos, D. P. M., Moura, A. F., & Lima, F. E. T. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1). 155-161. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento Conceptual Enuciados Descritivos*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de desenvolvimento profissional. Sistema de individualização das especialidades clínicas em enfermagem (SIECE). Individualização e reconhecimento de especialidades clínicas de enfermagem. Perfil de Competências comuns específicas do enfermeiro especialista*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Servir a comunidade e garantir a qualidade: Os enfermeiros na vanguarda dos cuidados da doença crónica*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010b). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Proposta de regulamento dos padrões de qualidade da especialidade em enfermagem da pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico. Artigo 105.º do dever de informação. Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro*. Acedido em 20/11/2016. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/documents/legislacaooe/codigodeontologico.pdf>
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em oncologia* (3a ed.). Loures: Lusociência.
- Pedersen, B., Kolkvet, D., P., & Nielsen, L. L. (2013). Living with side effects from cancer treatment: A challenge to target information. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 715-723. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.01085.x.
- Penedo, J. M. V. S., Carvalho, B. S., Pego, G. A. M., Pedroto, I. M. T. C., Diniz, J. A., Sampaio, M. S. C. M. F. C., & Casella, P. M. (2013). *Centros de referência: Relatório final*. Governo de Portugal. Ministério da Saúde.

- Pereira, M. A. M. (2010). *A importância atribuída pelos enfermeiros ao empowerment do doente na relação terapêutica enfermeiro/doente*. Dissertação de mestrado, não publicada, Universidade Aberta, Lisboa.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista e relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, U. M. S. (2012). *Más notícias em oncologia: O caminho da comunicação na perspectiva de médicos e enfermeiros*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Centro de Ciências da Saúde, Brasil.
- Portaria nº 306-A/2011, de 20 de dezembro (2011). Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança. *Diário da República I Série (1º Supl.)*, nº 242. (5348-(2)-5348(4)).
- Querido, A. (2012). Dimensões da esperança em cuidados paliativos. In A. Barbosa (Coord.), *Investigação qualitativa em cuidados paliativos* (pp. 1-20). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Registo Oncológico Região Norte. (2014). Acedido a 28/09/2015. Disponível em: <http://www.roreno.com.pt/pt/novidades.html>
- Regulamento nº 124/2011, de 18 de fevereiro (2011). Regulamenta as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. *Diário da República Série II*, nº 35 (18-02-2011). 8656-8657.
- Ribeiro, A. F., & Souza, C. A. (2010). O cuidador familiar de doentes com cancer. *Arquivo Ciências da Saúde*, 17(1). 22-26. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/IDL3_jan-mar_2010.pdf
- Rosa, L., Mercês, N., Marcelino, S., & Radunz, V. (2007). A Consulta de enfermagem no cuidado à pessoa com câncer: Contextualizando uma realidade. *Cogitare Enfermagem*, 12(4), 487-493. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/10075/6927>
- Salgado, N. F. O. G. (2011). A história oncológica do doente. *Onco.News*, 18, 23-32.
- Santos, G. S. S. (2001). *Consulta de enfermagem: Atendimento ao cliente*. Disponível em: <http://www.ebah.pt/content/ABAAAjFoAD/consulta-enfermagem>
- Schreiber, D. S. (2008). *Anticancro. Um novo estilo de vida*. Alfragide: Artes Gráficas.

- Senkus, E., kayriakides, S., Ohno, S., Penault-Liorca, F., Poormans, P., Rutgers, E., ... Cardoso, F. (2015). Primary breast cancer: ESMO Clinical Practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 26(Suppl. 5), v8-v30. doi:10.1093/annonc/mdv298 8-30
- Shaw, J., Young, J., Butow, P., Chambers, S., O'Brien, L., & Solomon, M. (2013). Delivery of telephone-based supportive care to people with cancer: An analysis of cancer helpline operator and cancer nurse communication. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 444-450. doi:10.1016/j.pec.2013.07.003
- Stacey, D., Carley, M. Ballantyne, B., Skrutkowski, M., & Whynot A. (2015). Perceived factors influencing nurses' use of evidence-informed protocols for remote cancer treatment-related symptom management: A mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19, 268 -277. doi:10.1016/j.ejon.2014.11.002
- Stacey, D., Macartney, G., Carley, M., & Harrinson, M. B. (2013). Development and evaluation of evidence-informed clinical nursing protocols for remote assessment, triage and support of cancer treatment-induced symptoms. *Nursing Research and Practice*, 2013, 1-11. Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/nrp/2013/171872/>
- Tay, L. H., Hegney, D. G., & DNurs, E. A. (2010). A systematic review on the factors affecting effective communication between registered nurses and oncology adult patients in an inpatient setting. *JBI Library of Systematic Reviews*, 8 (22), 869-916. doi:10.11124/jbisrir-2010-149
- Thivat, E., Van P. I., Belliere, A., Mouret-Reynier, M. A., · Kwiatkowski, F., Durando, X. ... Chevrier, R. (2012). Adherence with oral oncologic treatment in cancer patients: Interest of an adherence score of all dosing errors. *Oncology*, 84, 67-74. doi: 10.1159/000342087
- Tomey, A. M., & Alligod, M. R. (Eds.). (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5a ed.). Loures: Lusociência.
- Tostes, C. (2015). *O papel do enfermeiro clínico especialista em oncologia*. Instituto Oncológico de Ribeirão Preto. Disponível em: <http://inorp.com.br/noticias/papel-do-enfermeiro-clinico-especialista-em-oncologia/>
- Twycross, (2001). *A patologia mais temida no mundo moderno*. Acedido em 20/07/2015. Disponível em: http://www.saudinha.com/parcerias/revista_imprensa/jornal_madeira/2007/jm_2007_09_01_1872_k.htm

- Vaartio-Rajalin, H., & Leino-Kilpi, H. (2015). Nurses as patient advocates in oncology care: Activities based on literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15 (5), 526-532. doi:10.1188/11.CJON.526-532.
- Valenti, R. B. (2014). Chemotherapy education for patients with cancer: A literature review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 637-640. doi:10.1188/14.CJON.637-640
- Volpato, F. S., & Santos, G. R. S. (2007). Pacientes oncológicos: Um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. *Imaginário*, 13(14), 1-15.
- Weingart, S. N., Li, J. W., Zhu, J., Morway, L., Sherri, O. Stuver, S. O., ... Hassett, M. (2012). US Cancer Center Implementation of ASCO/Oncology Nursing Society Chemotherapy Administration Safety Standards. *Journal of Oncology Practice*, 8(1), 7-12. Disponível em: <http://jop.ascopubs.org/content/8/1/7.full.pdf+html>
- Williams, P. D., Williams, K., LaFaver-Roling, S., Johnson, R., & Williams, A. R. (2011). An intercentration to manage patient-reportes symptoms during cancer treatment. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(3), 253-258. doi: 10.1188/11.CJON.253-258
- Williamson, S., Chalmers, K., & Beaver, K. (2015). Patient experiences of nurse-led telephone follow-up following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 237-243. doi:10.1016/j.ejon.2014.11.006
- Winkeljohn, D. (2010). Adherence to oral cancer therapies: Nursing interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 461-466. doi:10.1188/10.CJON.461-466
- Wood, L. (2012). A review on adherence management in patients on oral cancer therapies. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(4), 432-438. doi: 10.1016/j.ejon.2011.10.002

APÊNDICES

Apêndice I

Histórico da pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE

Tabela de Pesquisa CINAHL

Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase; All adult	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	8
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text; Published Date: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	20
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	41
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	131
S4	(MH "Education+") OR (MH "Outcomes of Education") OR (MH "Education, Nursing, Practical") OR (MH "Education, Nursing, Research-Based") OR (MH "Education, Nursing, Theory-Based") OR (MH "American Association for Cancer Education") OR (MH "Education Research")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	681,573
S3	(MH "Chemotherapy, Adjuvant+") OR (MH "Chemotherapy Care (Saba CCC)") OR (MH "Chemotherapy, Cancer+") OR (MH "Chemotherapy Management (Iowa NIC)") OR (MH "Neoadjuvant Therapy")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	22,503
S2	(MH "Cancer Patients") OR (MH "National Cancer Institute (U.S.)") OR (MH "Chemotherapy, Cancer+") OR (MH "Cancer Nurses Society of Australia") OR (MH "American Cancer Society") OR (MH "Oncologic Nursing+") OR (MH "Oncologic Care") OR (MH "Neoplasms+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	385,883
S1	(MH "Nurse Consultants+") OR (MH "Practical Nurses") OR (MH "Nursing Staff, Hospital") OR (MH "Nursing Skills") OR (MH "Nurse Attitudes") OR (MH "Research, Nursing") OR (MH "Registered Nurses") OR (MH "Staff Nurses") OR (MH "Nursing Units") OR (MH "Nursing Practice, Evidence-Based+") OR (MH "Nursing Outcomes") OR (MH "Nursing Interventions") OR (MH "Advanced Nursing Practice+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL Plus with Full Text	116,196

Tabela de Pesquisa MEDLINE				
Search ID#	Search Terms	Search Options	Last Run Via	Results
S8	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase; All adult	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	10
S7	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text; Date of Publication: 20100101-20161231 Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	15
S6	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Limiters - Full Text Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	74
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	162
S4	(MH "Education+") OR (MH "Health Education+") OR (MH "Education, Nursing+") OR (MH "Competency-Based Education") OR (MH "Education, Nursing, Associate") OR (MH "Health Educators") OR (MH "Teaching+") OR (MH "Patients+") OR (MH "Oncology Nursing") OR (MH "Nursing Research+") OR (MH "American Cancer Society")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	714,863
S3	(MH "Maintenance Chemotherapy") OR (MH "Induction Chemotherapy") OR (MH "Consolidation Chemotherapy") OR (MH "Chemotherapy, Adjuvant") OR (MH "Antineoplastic Combined Chemotherapy Protocols") OR (MH "Neoadjuvant Therapy")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	146,320
S2	(MH "American Cancer Society") OR (MH "Oncology Service, Hospital") OR (MH "Oncology Nursing") OR (MH "Neoplasms+")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	2,835,964
S1	(MH "Consultants") OR (MH "Nurses+") OR (MH "Nursing+") OR (MH "Family Nursing") OR (MH "Oncology Nursing") OR (MH "Nurse's Role") OR (MH "Nursing, Practical") OR (MH "Nursing Staff+") OR (MH "Nursing Research+") OR (MH "American Nurses' Association") OR (MH "Skilled Nursing Facilities") OR (MH "Nursing Staff, Hospital") OR (MH "Evidence-Based Nursing") OR (MH "Advanced Practice Nursing")	Search modes - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Databases Search Screen - Basic Search Database - MEDLINE with Full Text	348,773

Apêndice II

Reflexão sobre as “Vivências de uma pessoa com cancro da mama”



Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área Específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica
Estágio com Relatório

Vivências de uma pessoa com cancro da mama

Aluna: Fernanda Maria Vivo Relveiro

Lisboa

2015

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	3
1. SENTIMENTOS E PENSAMENTOS VIVENCIADOS PELA PESSOA COM CANCRO DA MAMA	5
2. AVALIAÇÃO	11
3. CONCLUSÃO	13
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	15

INTRODUÇÃO

O cancro da mama constitui a primeira causa de morte entre as mulheres tendo tido uma variação significativa no tratamento nas duas últimas décadas à qual não é alheio o avanço da tecnologia que veio beneficiar a deteção de tumores de pequenas dimensões e uma maior sensibilização das mulheres através de campanhas de esclarecimento e conscientização (Santos, 2013). Este aspeto realça um novo conceito denominado *breast awareness*, que significa uma atenção particular da mulher ao seu corpo durante a higiene, enquanto que o auto-exame, (*breast self-examination*) pressupõe ser um rastreio, que teve início numa época pré-mamografia na década de 50 diagnosticando muitos cancros da mama numa fase avançada, reconhecendo-se hoje como um método com algumas desvantagens pela ansiedade desenvolvida na mulher durante a palpação mamária e pela interpretação dos achados (Santos, 2013). Em Portugal, no Plano Nacional para Prevenção e Controlo de Doenças Oncológicas 2007-2010 (Ministério da Saúde, 2009) não está contemplado o auto-exame mamário como um método de rastreio.

São vários os fatores de risco para o cancro da mama (Stein et al., 2009), desde o sexo, cerca de 100 vezes mais elevando nas mulheres que no homem, a idade, aproximadamente 85% dos casos ocorrem em mulheres com mais de 50 anos de idade, 10% entre os 40-49 anos e 5% em mulheres mais jovens, a classe socioeconómica, provavelmente relacionado com o estilo de vida, encontra-se maior números de casos em classes com um bom nível educacional e boas condições socioeconómicas, no entanto a taxa de mortalidade é maior nos grupos de baixas condições económicas o que sugere que a dificuldade de acesso ao atendimento e adesão ao tratamento são um obstáculo para o seu diagnóstico. Outros fatores como a classe familiar e a predisposição genética, há um risco acrescido de contrair a doença nomeadamente em familiares diretos com doença mamária e quanto mais jovens, maior o risco conferido (Stein et al., 2009), os fatores de risco reprodutivo e endócrinos, a ablação ovarina reduz o risco de cancro e a exposição prolongada ao estrogénio endógeno está relacionada com um maior risco, como por exemplo ausência de gravidez, início precoce de menarca e menopausa tardia, ainda o aleitamento materno, protetor para o desenvolvimento do cancro da mama, existência de abortos, a obesidade, dieta e atividade física (Stein et al., 2009).

Este trabalho foi feito no estágio de uma clínica da mama, onde me foi permitido observar os pensamentos e sentimentos das pessoas quando a notícia do diagnóstico do cancro da mama lhes é comunicado. É um momento que é vivido com grande ansiedade, medo e angústia, que lembra pensamentos sobre a morte, reações emocionais que provocam um desequilíbrio na qualidade de vida da pessoa e familiares (Silva, Aquino & Santos, 2008), pois há todo um conjunto de mecanismos e de tarefas que se têm de adaptar à doença (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2009). Também os profissionais de saúde estão sujeitos a reações emocionais face ao sofrimento que presenciam no seu dia a dia, pelo que é importante desenvolverem técnicas de comunicação que lhes permitam intervir de forma adequada conjuntamente com o doente e familiar (Cardoso et al., 2009). Foi pela questão emocional que me levou a desenvolver este trabalho e perceber as diferenças de cada um para cuidar de forma individualizada e personalizada. Sendo meu objetivo a implementação de uma consulta de enfermagem ao doente oncológico e sabendo que a educação do doente diminui a ansiedade (Garcia, 2014) preciso de ter a perceção das diferenças de cada pessoa, que lidam com a doença oncológica de forma pessoal e individual, provavelmente influenciada pela sua personalidade, pelas experiências presentes e vividas, pelas mais variadas razões, mas o facto do doente suprimir as suas emoções pode levar um aumento dos níveis de ansiedade e depressão. Não existe uma forma única de resposta psicológica à doença oncológica que se possa considerar uma adaptação adequada (Cardoso et al., 2009).

Assim, esta reflexão diz respeito às pessoas na situação de cancro de mama que passaram na consulta de enfermagem durante o meu percurso de estágio, que tive oportunidade de conhecer e ouvir as suas vivências após a transmissão do diagnóstico dando relevância ao que Klüber-Ross refere ser os cinco estadios relacionados com o luto, perda ou tragédia.

1. SENTIMENTOS E PENSAMENTOS VIVENCIADOS PELA PESSOA COM CANCRO DA MAMA

Klüber-Ross (1996) foi a primeira autora a estudar de uma forma sistematizada a adaptação psicológica da pessoa a quem é diagnosticado uma doença oncológica (Cardoso et al., 2009). Pressupõe uma descrição de cinco fases porque passa uma pessoa ao lidar com a perda, luto ou tragédia. Refere que o doente tende a passar por um estado de auto depreciação e precisa de se consciencializar com alguns conceitos para se apoiar. Nesta minha passagem pela clínica da mama consegui ter a noção de cada um deles. Ao enumerá-los vou dar exemplos de algumas frases de mulheres, identificando-as apenas por uma letra do alfabeto, de forma a manter o seu anonimato. A primeira fase que Kluber-Ross refere é a **negação**. Sra. D^a. M. de 45 anos, recusa simplesmente dizer o nome “cancro”, “não quero que a minha filha ouça esta palavra”, “não quero saber muito do futuro e o passado já passou”. Sobre o presente tem alguma dúvida, está receosa. Quando confrontada com a notícia, a senhora recusa. Esta fase de negação funciona como uma defesa, a Senhora. D^a. M. adia um problema e de momento prefere não falar com a filha sobre a doença. A meu ver a informação tem de ser dada na altura, embora possa causar desconforto e dor, mas que idade tem a filha? Será legítimo esta informação? A informação é imprescindível e deve ser comunicada ao doente e familiares, o que constitui uma ameaça para eles (Lopes & Graveto, 2010), tem de se perceber de que modo é que a informação foi dada e por quem? Por alguém que é desconhecido e de forma abrupta? Todos esses fatores fazem a diferença no pensamento da pessoa. Comunicar eficazmente é uma tarefa complexa, a transmissão de uma notícia tem de ser alvo de uma preparação prévia, ser realizada num ambiente de privacidade, no tempo adequado e estabelecendo uma relação terapêutica (Lopes & Graveto, 2010).

Outra das fases é a **raiva ou a revolta** que me parece também ir de encontro à recusa, a Sra. D^a. J. (45 anos) refere “parece mentira! Que foi que eu fiz para merecer tal sorte? Não é justo..., parece mentira. E agora o que vai acontecer? Não vou conseguir aguentar isto. O melhor é estar quieta...nada vale a pena!”. Continuando na linha de pensamento de Kluber-Ross o que acontece é que muitos de nós não conseguimos colocar-nos no lugar do outro e perceber qual o motivo

daquela raiva. Possivelmente tem um motivo válido, e quando cair na realidade pode partilhá-lo como o profissional de saúde e transformar aquela raiva em aceitação. Comprova-se mais uma vez que há que conhecer a pessoa para melhor se lidar com a mesma (Williamson, Chalmers & Beaver, 2015). Provavelmente, quem devia dar a notícia do diagnóstico é quem melhor a conhece.

Contrariamente a sra. D^a. M. refere após a transmissão do diagnóstico, “porque não eu? Deus não escolhe, acontece. Não costumo pensar que é por maldade, ou por castigo, tenho de aceitar. Sendo este mais uma das fases de Klüber-Ross, a **aceitação**. Esta sra. de 55 anos de idade cuidadora de familiares, mãe e irmão com história de depressão, acrescenta” estou ao serviço dos outros” assistente social, é católica praticante e trabalha com miúdos com deficiência grave. Seguida pelo médico há cerca de 30 anos devido a pequenos nódulos mamários, diz que se descuidou com a sua saúde por motivos profissionais” sou católica e acredito que se Deus enviou é porque me diz respeito, olhando para outras patologias como a cabeça e pescoço seria pior um desses!...Tenho é muita sorte”, “cada pessoa é singular”, “temos vômitos, temos diarreia, talvez até nem temos!” acrescenta que só se deu conta que tinha cancro quando se olhou no espelho por ter caído o cabelo. “Afinal tenho mesmo cancro!”, “porque é que me vou preocupar com a estética, a reconstrução não ficou muito bem, mas o importante é a redução do tumor”. À avaliação destes sentimentos ou pensamentos da Sra. D^a. M. até pode parecer que nem sempre está presente o processo de aceitação porque há momentos que se mostra conformada, mas triste no seu olhar. Já com a Sra. D. F. a sua preocupação é com o neto de 8 anos, tendo a mãe (nora) falecido com doença oncológica cerebral. “E agora? O que vai acontecer? Se Deus me deixasse tratar dele primeiro!”, “com o cabelo não estou preocupada, até já o cortei” há como uma negociação entre Deus e a sua sorte, outra das fases que a Klüber-Ross identifica como a **negociação**.

Não estando incluído no seu método de avaliação dos sentimentos, mas referenciado no seu livro “Sobre a morte e o morrer” existe a **esperança** que tem sido considerada como um dos elementos essenciais na vivência das pessoas com doença oncológica. A perceção da esperança enquanto força interior (Querido, 2005). As pessoas agarram-se a algo que as faça viver, os filhos, os pais, os objetivos de vida por concretizar, entre outras. É um conceito que ajuda a pessoa a

lidar com a crise de uma forma mais eficaz e com as incertezas do futuro (Pinto, Caldeira & Martins, 2012). O enfermeiro enquanto profissional de saúde que mais tempo passa com o doente, tem um papel fundamental na promoção da esperança da pessoa, ajudando-o a melhorar as suas crenças. É-lhe pedido que consiga ler nas entrelinhas e que ajude a restaurar e encontrar sentido para a vida e a acreditar que o tempo que vive não tem de ser uma espera angustiante pela morte (Pinto et al., 2012). Como exemplo a Sra. D^a. L. de 37 anos, refere ter detetado um nódulo na mama durante o banho, feito exames como particular para obter mais rápido os resultados, acrescenta ter uma grande carga psicológica “não fui capaz de ir para o Instituto Português de Oncologia (IPO). Aqui tudo é mau, só de pensar!...Por opção fiz os exames como particular noutra instituição porque a nível psicológico não é tão pesado” e tinha a esperança que não fosse preciso chegar ao IPO..., que não fosse tão mau”. Pelo contrário, a sra. D^a. M. não concorda, “pois é aqui que eles conhecem melhor esta doença e a esperança dela é que fique bem tratada aqui”. É assim que perante o mesmo problema e diagnóstico, temos formas de pensar diferentes, esperanças às vezes irrealistas, sentimentos contrários, pois cada pessoa é diferente, dizia o marido de uma das senhoras, “cada pessoa é irrecuperável”. Um outro caso, o da Sra. D^a D. “não sou católica”, “não chorei”, “não tenho medo”, “eu é que consolo as minhas amigas” “confio no sistema, acredito que não é este o processo que acaba com a minha sobrevivência”. Aparentemente com bom suporte familiar, excelente marido. Carcinoma da mama bilateral invasivo, “estou à espera há 3 meses que aconteça alguma coisa”, “tenho expectativas baixas para não ficar assustada”, “estou aberta a tudo, estou pronta”. São muitas as esperanças de um doente oncológico a fazer tratamentos de quimioterapia em função de vários fatores, inclusivamente relacionados com a prática religiosa ou com a morte (Pinto, Caldeira & Martins, 2012). No entanto se fossemos avaliar os níveis de esperança de cada pessoa teríamos de avaliar em que fase do diagnóstico a pessoa se encontra. Tem indicação para cirurgia? Que tipo de cirurgia? Qual a abordagem terapêutica? Em que regime se encontra? Adjuvante, Neoadjuvante ou Paliativo? Qual o suporte familiar que o ajuda a lidar com a doença? Estas e muitas outras questões fazem a diferença na esperança da pessoa. Vale ou não a pena investir numa doença que provavelmente não vai ter cura? Pensamentos comuns entre as mulheres dos quais dou constantemente conta na minha prática diária. Testemunhos como “agora que estávamos bem é que vem esta doença”, “o melhor é não fazer nada, quando

tivermos de ir, vamos! é muito sofrimento”. Mas qual o meu papel como profissional? É esta resposta que procuro na análise das entrevistas que assisti e me fizeram pensar como pessoa e profissional que sou.

Outra das referidas fases diz respeito à **depressão**, e esta é um sentimento que praticamente está presente em todas as fases de doença. Antes do diagnóstico, quando há dúvida em relação ao mesmo e se tem medo de receber a pior notícia, quando o diagnóstico, seguem-se os diferentes tratamentos, cada qual com mitos, ideias preconcebidas e representações sociais e emocionais (Salgado, 2011) associadas à experiência de cada pessoa, personalidade (Lopes & Graveto, 2010) ou porque conhecem alguém com problemas idêntico, ou pela experiência de um familiar, há um medo constante e presente do tipo de tratamento e seus efeitos secundários, “nunca estamos preparados..., chorei muito, só pensava nos meus filhos e na queda de cabelo, parece que o mundo me fugiu dos pés. Não vou conseguir”, diz a sra. X. Este campo é de todo o maior trauma de quem faz tratamento com quimioterapia, a tolerância ou não dos efeitos adversos, a alteração da imagem (Santos & Vieira, 2011), a eventual dependência de alguém para a acompanhar, limitando a vida ao outro (Tostes, 2015), confirma “o que me faz mais confusão é depender os outros”, embora aparentemente reforce que até tem bom suporte familiar, contrariamente à Sra. D. M. cujo maior problema, para além do tratamento, é pensar em como se vai deslocar para o hospital, reside em Mafra. Sem apoio, cuida de 2 netos e de um filho que é seguido num Hospital psiquiátrico. Naquele dia tinha vindo com uma vizinha Outros vizinhos juntaram-se para lhe comprar o bilhete para Lisboa. Viúva, vive com a ajuda dos rendimentos dos netos devido ao divórcio dos pais e vai levantar um cabaz de mercearia à junta de freguesia semanalmente. Encaminhada para a assistente social e feita articulação com a área de residência para haver continuação da ajuda ou então passar a ficar na residência hospitalar. No entanto a Sra. está limitada com a responsabilidade que tem com os netos. Está deprimida, triste, desanimada. Como se consegue ajudar? O problema da sra. não é a doença, é tudo o que a mesma implica, problema idêntico a muitas mulheres, que são o pilar da família.

Mas a problemática numa pessoa a quem foi diagnosticado um cancro da mama, prende-se ainda com a questão da alteração da imagem e nesta questão também os sentimentos e pensamentos estão envolvidos. Não apenas relacionados

com os efeitos secundários de um tratamento, mais evidente a alopecia (Santos & Vieira, 2011), mas também pela cirurgia, a que a maioria é submetida, a mastectomia radical, uma cirurgia muito extensa com excisão dos gânglios linfáticos axilares, com elevado risco de linfedema e com limitação dos movimentos e força exercida dos membros superiores. Alguns desabafos deixados cair durante as entrevistas em consulta de enfermagem, como a Sra. D. M. que é cozinheira e que desde então teve de prescindir do que mais gostava de fazer, com a agravante de estar desempregada e ninguém a querer contratar ao dar conhecimento da sua doença. De momento ocupa-se a fazer uns docinhos e coisas simples para vender em casa. Diz, “fui penalizada duas vezes, pela doença, e pelo emprego...e agora? Pensei, quando me foi dada a notícia, como vou pegar naquelas panelas?”. Quando abordada sobre o fato de não ter a mama, acrescenta” isso é um mal menor, paciência, já tenho esta idade (60 anos), já aproveitei muito!! preciso é de continuar a trabalhar, para me sentir útil”. Ao contrário desta senhora, uma outra, mais jovem (55 anos) sofre imenso com a perda da mama, ainda que lhe tivessem proposto uma cirurgia reconstrutiva (ainda à espera, encontrando-se de momento em tratamento de QT e RT), “não é a mesma coisa, até hoje ainda não consegui despir-me na presença do meu marido”, “não voltamos a ser as mesmas” Acrescenta que da parte do marido tem todo o apoio e constantemente lhe diz que isso não é um problema, “mas é! Foi o que me custou mais, até porque não me deram a certeza que ia acontecer antes da cirurgia”. A idade condiciona o impacto que o cancro da mama tem na sexualidade e autoimagem, sendo mais relevante nas mulheres mais novas (Bober & Varela, 2012). Mais uma vez a questão da informação certa, no momento certo e a esperança. Esta senhora podia ter-se preparado para esta transformação do seu corpo, mas no seu pensamento só estava, talvez não seja preciso retirar a mama. Atualmente com o avanço da tecnologia, cada vez mais este tipo de cirurgia é realizado, havendo técnicas cirúrgicas que permitem preservar os músculos peitorais bem como os gânglios linfáticos axilares da própria mama (Moreira & Canavaro, 2012). A imagem corporal pode ser considerada como a maneira de se pensar no próprio corpo e de como o corpo é representado na mente (Akkaya, Atalay, SelcukST, Akkaya & Ardiç, 2011; Collins et al., 2011) e é influenciada por emoções e experiências no dia a dia. Conjuntamente com a alteração da imagem, estão as questões da sexualidade que ainda se mantém um assunto negligenciado, tanto da parte da pessoa, como do profissional. É importante investir neste campo

para prevenir situações desagradáveis para o casal, que muitas vezes se vê de costas voltadas por falta de informação e formação do profissional. Pude comprovar esta situação, sendo que em todas as entrevistas (39), apenas uma mulher fez referência ao assunto, mas mais direcionado para os efeitos da QT “preciso de manter a prevenção com a pílula durante o tratamento?” ao que a resposta foi positiva, os cuidados são os mesmos, responde a enfermeira que realizou a CE.

2. AVALIAÇÃO

Já era do meu conhecimento pessoal que uma relação empática entre o doente e enfermeiro é primordial num percurso favorável de doença ou na adesão ao tratamento. Na minha experiência profissional já constava o conhecimento de que a doença oncológica altera toda a dinâmica da vida da pessoa, que todas as suas NHF ficam alteradas, que todos os sentimentos e pensamentos se encontram em desordem, as emoções oscilam. Porém esta oportunidade de fazer um estágio numa clínica de mama de um hospital especializado em oncologia contribuiu, ainda assim para o meu crescimento pessoal e profissional dando-me mais contributos para a minha competência de comunicação e relação com a pessoa doente e seu familiar. Nas entrevistas que assisti ou realizei pude comprovar que a pessoa doente se encontra num processo de fragilidade muito complexo e que a adaptação à doença oncológica é influenciada por fatores pessoais (Cardoso et al., 2009), como a própria personalidade. Os mecanismos de defesa muitas vezes relacionados com experiências anteriores vividas e fatores socioculturais que podem incluir desde a atitude face à doença, o fato da pessoa ser mais ou menos otimista face à doença, as suas crenças. Há autores que referem que um pensamento positivo é favorável na evolução da doença, contrariamente ao negativismo, onde a pessoa se entrega à doença provocando uma atitude depressiva e ainda há fatores médicos, incluídos o tipo de doença, estadio, sintomatologia e o prognóstico. Qualquer um destes fatores influenciam no processo de doença e na aceitabilidade da pessoa. Esta aprendizagem levou-me a pensar de uma forma mais reflexiva e crítica antes de qualquer abordagem com a pessoa. Conhecer a pessoa no seu todo e constatar que em todas as fases descritas por Klüber-Ross (1996) há um elemento comum em todas elas: a esperança. É este sentimento que faz com que todos os doentes oncológicos se submetam aos tratamentos, cirúrgicos ou não, e aos exames de diagnóstico. Há sempre uma luz ou uma expectativa (Cardoso et al., 2009) para encontrar a cura ou alguém que lhe diga que afinal isto foi só um susto.

Em relação a mim mesma, fica o compromisso de estar mais atenta ao que a pessoa me diz, ao olhar, a um simples gesto, ou mesmo ao silêncio e a sensibilizar a restante equipa para estas experiências únicas que interferem com os pensamentos e sentimentos numa pessoa com doença oncológica quando lhe é comunicado o diagnóstico e de melhorar a minha intervenção na perda e na esperança da pessoa.

3. CONCLUSÃO

Mesmo com o avanço da medicina em relação à cura do cancro, a doença continua a ser temida pela maior parte da população ainda que com um bom prognóstico. Quando é comunicado o diagnóstico da doença, o sentimento que emerge na altura é de que nos aproximamos do fim de uma vida, mesmo para os que não tiveram a oportunidade de a viver ou de a aproveitar. Parece ser uma sentença de morte. Desta forma é esperado que surjam reações emocionais como o medo, ansiedade, depressão ou raiva na sequência de um diagnóstico dessa natureza. Conjuntamente a estes sentimentos, ainda a alteração da imagem, que no caso da pessoa com cancro da mama passa, tanto pela cirurgia, que muitas vezes é considerada mutilante, como pelo tratamento, que provoca muitos efeitos secundários que alteram a qualidade de vida da pessoa.

Com este trabalho foi-me possível estar mais atenta à pessoa, aos seus pensamentos e sentimentos, ouvindo-a e sentindo-a, o que diz, como diz e porque o diz e como o sente. Foi sem dúvida uma aprendizagem que será futuramente uma mais valia na consulta de enfermagem onde irei colocar em prática estas competências de compreensão e atenção à comunicação que a pessoa me transmite, desde um simples olhar a um silêncio apenas. Para além de ter melhorado a minha empatia e a capacidade de nos sabermos colocar no lugar do outro. Mais uma vez, a comunicação é parte fundamental nesta relação doente-enfermeiro, permitindo à pessoa falar da sua doença e dos sentimentos vivenciados a respeito da situação de doença oncológica.

No entanto, a comunicação pode desencadear um problema difícil de gerir. Muitas das vezes implica a transmissão de más notícias, que desencadeiam perturbações emocionais, tanto para quem as recebe, como para quem as transmite (Lopes & Graveto, 2010). É uma situação que requer treino em técnicas de comunicação adequadas à pessoa por parte do profissional, para que a informação seja transmitida de forma clara e honesta e para que tanto o doente como a família consigam mobilizar recursos para melhor lidarem com as várias situações intrínsecas no processo de doença oncológica (Loft, 2004).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akkaya, N., Atalay, N. S., Selcuk, S. T., Akkaya, S., & Ardiç, F. (2011). Impact of body image on quality of life and mood in mastectomized patients and amputees in Turkey. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 12(10), 2669-2673. Disponível em: http://journal.waocp.org/article_25942_f20e9a9dab78092f29f4a12204c0f139.pdf
- Bober, S. L., & Varela, V. S. (2012). Sexuality in adult cancer survivors: challenges and intervention. *Journal of Clinical Oncology*, 30(30), 3712-3719. doi: 10.1200/JCO.2012.41.7915
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D. (2009). Aspectos psicológicos do doente oncológico. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*, 6(2)/7(1-2), 8-18.
- Collins, K. K., Liu, Y., Schootman, M., Aft, R., Yan, Y., Dean, G., ... Jeffe, D. B. (2011). Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Research and Treatment*, 126(1), 167-176. doi:10.1007/s10549-010-1077-7
- Garcia, S. (2014). The effects of education on anxiety levels in patients receiving chemotherapy for the first time: An integrative review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 516-521. doi:10.1188/14.CJON.18-05AP
- Klüber-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer* (7a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Loft, A. (2004). O papel da enfermeira e oncologia. In *congresso multidisciplinar de oncologia. Diferentes profissionais...diferentes saberes...um objetivo comum: O doente oncológico. I curso de Pós-Graduação em Enfermagem Oncológica* (pp. 52-54).
- Lopes, C. R., & Graveto, J. M. G. N. (2010). Comunicação de notícias: Receios em quem transmite e mudanças nos que recebem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14(2), 2-6.
- Ministério da Saúde. (2009). *Plano nacional de prevenção e controle para doenças oncológicas 2007-2010*. Lisboa: Autor. Acedido em 15/07/2016. Disponível em: http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Portugal_National_Cancer_Control_Plan_2009_Portugese.pdf
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2012). Tipo de cirurgia, adaptação psicossocial e imagem corporal no cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(2), 169-190. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v13n2/v13n2a04.pdf>

- Pinto, S., Caldeira S., & Martins, J. C. (2012). A esperança da pessoa com cancro: Estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de enfermagem Referência*, 7, 23-31.
- Querido, A. I. F. (2005). *A esperança em cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de medicina. Mestrado em Cuidados Paliativos.
- Salgado, N. F. O. G. (2011). A história oncológica do doente. *Onco. News*, 18, 23-32.
- Santos, D. B., & Vieira, E.M. (2011). Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura. *Ciências & Saúde Coletiva*, 16(5), 2511-2522. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a21v16n5.pdf>
- Santos, J. A. (2013). Breast self-examination on breast cancer screening: evidence increases as uncertainty fades away. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*, 7(2), 113-117. Disponível em: http://www.fspog.com/fotos/editor2/2013-2-artigo_de_revisao_3.pdf
- Silva, S. S., Aquino, T. A. A., & Santos, R. M. (2008). O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(2), 73-88. doi:10.5935/1808-5687.20080016
- Stein, A.T., Zelmanowicz, A. M., Zerwes, F. P., Biazus, J. V. N., Lázaro, L., & Franco, L. R. (2009). Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências. *Revista da AMRIGS*, 53(4), 438-446. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/53-04/24-Rastreamento_unimed.pdf
- Tostes, C. (2015). *O papel do enfermeiro clínico especialista em oncologia*. Instituto Oncológico de Ribeirão Preto. Disponível em: [_http://inorp.com.br/noticias/papel-do-enfermeiro-clinico-especialista-em-oncologia/](http://inorp.com.br/noticias/papel-do-enfermeiro-clinico-especialista-em-oncologia/)
- Williamson, S. Chalmers, K., & Beaver, K. (2015). Patient experiences of nurse-led telephone follow-up following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 237-243 doi:10.1016/j.ejon.2014.11.006

Apêndice III

Check-list das intervenções de enfermagem da CE de primeira vez à pessoa em tratamento de QT no HDO

**Check-list das intervenções de enfermagem da CE de 1ª vez à pessoa em
tratamento de quimioterapia no HDO**

DATA / /

Enf.º: _____

Protocolo de QT _____

	Sim	Não
- Confirmar a Identidade do doente		
- Apresentar-se ao doente/família/acompanhante		
- Apresentar o espaço físico do serviço e restante equipa		
- Preencher o instrumento de colheita de dados orientador da CE		
- Informar o doente sobre o tratamento que vai realizar: Quimioterapia, Imunoterapia, Hormonoterapia, ou outro		
a. Fazer breve abordagem sobre o objetivo do tratamento definido		
b. Quanto tempo está previsto demorar o seu tratamento		
c. Quais os efeitos secundários relacionados com o protocolo prescrito. Dar ênfase aos mais comuns		
- Orientações sobre os cuidados a ter no domicílio com:		
a. Alimentação e o reforço hídrico		
b. Os potenciais riscos de infeção (ex. cateter venoso central)		
c. A higiene cuidada geral e/ou de zonas específicas		
d. A gestão dos sintomas associados ao protocolo terapêutico		
- Entregar guia de acolhimento do HDO		
- Explicar normas de funcionamento e horários do serviço		
- Fornecer contatos telefónicos e mostrar disponibilidade para o atendimento telefónico sempre que necessário		
- Dar conhecimento que será contactado cerca de 24 ou 48 h após o tratamento, conforme o protocolo instituído (follow-up)		
- Mostrar disponibilidade para ouvir e escutar		
- Esclarecer dúvidas e receios		

- Reforçar ensino sobre a terapêutica pré e pós-medicação para domicílio. <i>(se prescrito)</i>		
- Em caso de Quimioterapia oral:		
a. Mostrar relevância no cumprimento do horário da medicação b. Promover o envolvimento da família c. Ensino sobre a auto-administração de medicamentos <i>(se prescrito para domicílio)</i> d. Ensino sobre precauções de segurança e armazenamento e. Ensino sobre os cuidados com a pele		
- Avaliação de parâmetros vitais (TA, FC, Temp., saturação) <i>(se doente diabético, avaliar glicemia capilar)</i>		
- Validar a informação		

- Entregar folhetos informativos sobre o protocolo. Precisar quais:

Observações importantes a reter:

Apêndice IV

Instrumento de colheita de dados orientador das CE no HDO

INFORMAÇÃO GERAL DA PESSOA

DATA: ___/___/___ Enf.: _____

Nome: _____ Nº CCC: _____

Idade _____

Nacionalidade: _____ Profissão _____

Situação atual: Baixa médica [] Desempregado [] Reformado [] Outra [] _____

Estado civil: _____ Cuidador informal/ pessoa significativa _____

Contacto telefónico: _____

Validar contatos telefónicos existentes / E-mail: Sim [] Não [] Outros _____

Qual a religião? Praticante? _____

Agregado familiar (discriminar composição: relação, nome e idades)

INFORMAÇÃO RELATIVA À SITUAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA

Médico: _____ Unidade _____ Seg. Saúde _____

Diagnóstico clínico: _____

Quimioterapia: Adjuvante [] Neoadjuvante [] Metastática [] Paliativa []

Tratamento Prescrito (*protocolo médico*) _____

1ª Vez [] Subsequente [] Alteração de protocolo [] de _____ para _____

Acesso venoso periférico [] Central [] Data da colocação _____

Altura _____ Peso _____

História da doença atual:

Antecedentes oncológicos na família: Não [] Quais? _____

Antecedentes pessoais: (*outras comorbilidades, cirurgias realizadas e medicação habitual*)

Alergias: Desconhece [] Não [] Sim [] Quais? _____

Como se manifesta? _____

Hábitos tabágicos

[] não fumador

[] ex-fumador (desde _____ / fumava _____ cig/dia

[] fumador (_____ cig/dia)

Hábitos Alcoólicos

[] Não ingere

[] Socialmente

[] À refeição

[] Moderadamente (especificar)

[] Excessivamente (especificar)

Performance Status / Escala Zubrog (ECOG) (identificar o grau com um X)		
Nenhuma queixa: ausência de evidência de doença. Capaz de levar a sua vida normal: sinais e sintomas menores da doença	0	Atividade normal
Alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço. Capaz de cuidar de si mesmo. Incapaz de levar suas atividades normais ou de exercer um trabalho ativo	1	Com sintomas da doença. Mas capaz de levar o seu dia-a-dia
Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria das suas necessidades.	2	Ocasionalmente necessita de assistência
Incapaz: requer cuidados especiais e assistência. Muito incapaz: indicada hospitalização, apesar de a morte ser eminente	3	Carente de cuidados de enfermagem
Muito debilitado. Hospitalização necessária. Necessita de tratamento de apoio Ativamente moribundo: processos letais progredindo rapidamente	4	Pode necessitar de internamento
Morto	5	

ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group; American Joint Commission (AJC) of Cancer Staging and End Results Reporting

Percepção em relação ao diagnóstico	DESCONHECE	CONHECE				
		Em negação	Rejeita informação	Compreende a sua situação oncológica	Expetativas Realistas	Expetativas não realistas
Da pessoa						
Da família						
Do cuidador						

Avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF)

Monitorizar sintomatologia relevante na 1ª CE face às NHF. Se alguma alteração identificada, é feita avaliação nas consultas seguintes.

I = identificado; M= melhorado; SA= Sem alteração; P= piorou; AR= alto risco

Necessidades Humana Fundamentais (NHF)	DATA			
	1ª	2ª	3ª	4ª
RESPIRAÇÃO				
Alteração do padrão respiratório relacionado com:				
Presença de sofrimento emocional				
Obstrução / desobstrução ineficaz das vias aéreas				
Doença respiratória (sequelas)				
Cansaço fácil, relacionado com efeitos secundários da QT				
ALIMENTAÇÃO				
Alteração do padrão alimentar relacionado com:				
Aumento do apetite relacionado com a medicação (ex. corticóides)				
Processo de doença (anorexia/disfagia/traqueostomia) <i>(riscar o que não interessa)</i>				
Náuseas / Vômitos				
Diarreia				
Obstipação devido a dieta desequilibrada				
Dificuldade na ingestão de alimentos relacionados ou não com a QT <i>(riscar o que não interessa)</i>				
ELIMINAÇÃO				
Alteração do padrão da eliminação relacionada com:				
Ansiedade (alteração emocional)				
Obstipação devido a dieta desequilibrada				
Obstipação devido a diminuição da atividade física				
Diarreia devido a dieta desequilibrada				
Ingestão hídrica (quantidade reduzida)				
Processo de doença atual				
Outras situações clínicas anteriores como:				
- Ostomias				
- Incontinência fecal				
- Incontinência urinária / retenção de líquidos <i>(riscar o que não interessa)</i>				
- Insuficiência renal				
Queixas urinárias (disúria, infeção, poliúria, nictúria, poliúria) <i>(riscar o que não interessa)</i>				
MOBILIDADE/POSTURA CORPORAL				
Alteração da mobilidade relacionada com:				
Debilidade / diminuição da função motora				
Cansaço fácil a pequenos / médios esforços				
Dor				
Linfedema devido a mastectomia por exemplo				
Emagrecimento / caquexia (já existente pela doença) avaliação feita através da escala de Zubrog				
Emagrecimento por efeitos secundários da QT				
SONO E REPOUSO				
Alteração do período de sono e repouso relacionada com:				
Insónias (desconhecimento sobre o futuro e/ou preocupação com a doença <i>(riscar o que não interessa)</i>)				
Receio sobre a doença, exames e tratamentos				

Efeitos secundários da QT				
Depressão				
Falta de apoio emocional em casa				
ESCOLHER A ROUPA - VESTIR-SE E DESPIR-SE				
Alteração da capacidade para se Auto cuidar relacionada com:				
Sem vontade para de vestir				
Sem vontade de se vestir devido à alteração da imagem				
Dificuldade em se vestir devido a degradação física				
Sem vontade para de vestir devido a dor à mobilidade				
Dificuldade em se despir devido a degradação física				
Dificuldade em se despir devido à alteração da imagem				
Dificuldade em se despir devido a dor à mobilidade				
MANUTENÇÃO DO CORPO LIMPO E CUIDADO				
Alteração da Integridade da pele/tegumentos prejudicada, relacionada com:				
Queimadura da pele por irradiação				
Reações adversas secundárias ao esquema de QT				
Mobilidade deficiente (acamado)				
Cuidados de higiene precários relacionados com:				
Cultura				
Dificuldades socioeconómicas				
Défices cognitivos				
Fadiga				
Dor				
Falta de acompanhamento familiar / cuidador				
Mucosa oral alterada relacionada com:				
Higiene oral deficiente				
Efeitos de toxicidade da QT				
Baixa de valores imunológicos ¹				
Distúrbio da imagem corporal, relacionado com:				
Técnicas cirúrgicas (Ostomias, mastectomia, outras)				
Debilidade / emagrecimento (<i>riscar o que não interessa</i>)				
Mudança de aparência pela toma excessiva de corticóides				
Toxicidade terapêutica (alopécia, rash, cianose das unhas)				
TEMPERATURA CORPORAL				
Alteração da temperatura corporal relacionada com:				
Hipertermia devido a infeção pulmonar				
Hipertermia				
Hipertermia devido a efeito secundário da QT				
Hipotermia				
Hipotermia devido a efeito secundário da QT				
MANUTENÇÃO DO AMBIENTE SEGURO				
Alteração do ambiente seguro relacionado com:				
Défice cognitivo				
Baixa escolaridade				
Regime polimedicamentoso				
Falta de conhecimento do regime terapêutico				
Incapacidade de se manter sozinho em casa				
Incapacidade de manutenção do lar relacionado com:				
Mobilidade /respiração / emagrecimento (<i>riscar o que não interessa</i>)				
Dor				
Recursos comunitários deficientes / indisponíveis (<i>riscar o que não interessa</i>)				

¹ No HDO ficaram definidos pelo diretor clínico que os valores aceitáveis para QT estavam dentro dos seguintes parâmetros: Valor de Hg= 8gr; plaquetas = 100 000; neutrófilos = 1.500; leucócitos = 2000

Recursos familiares deficientes / indisponíveis				
Dificuldade de adaptação à doença relacionada com:				
Diagnóstico (neoplasia maligna)				
Doença crónica / processo de doença prolongada				
Regime terapêutico complexo				
Tipo de tratamento (Quimioterapia, radioterapia ou cirurgia) (riscar o que não interessa)				
Incerteza no futuro				
Alteração nas atividades de vida/ estilos e comportamentos				
Dor, desconforto ou incapacidade				
Conflito de decisão relacionado com:				
Tipo de tratamento				
Efeitos secundários (ex. alopecia)				
Opções de fazer tratamento com diminuição da qualidade de vida				
Perigo de contágio para os outros (evita o contato)				
Atividade profissional				
Desgaste da pessoa que presta cuidados relacionado com:				
Estigma associado à doença				
Incerteza do decurso da doença				
Exigências do doente / Grau de dependência				
Cansaço				
Incapacidade física /psíquica por parte do cuidador (riscar o que não interessa)				
Medo relacionado com:				
Morte				
Dor, desconforto ou incapacidade				
Tratamento (efeitos secundários)				
Punção venosa (medo de agulhas)				
Infeção relacionada com:				
Alteração do sistema imunitário secundária aos tratamentos de QT				
Colocação e/ou manutenção de catéteres venosos periféricos				
Colocação e/ou cateteres venosos subcutâneos/ totalmente implantado				
Outro				
COMUNICAÇÃO				
Alteração da comunicação relacionada com:				
Traqueostomia				
Hipoacusia				
Afonia / Hipofonia				
Não-aceitação / negação/ desconhecimento da doença (riscar o que não interessa)				
Dificuldade em falar sobre a doença				
Depressivo /Ansioso				
PRÁTICAS RELIGIOSAS				
Alteração dos seus valores espirituais relacionados com:				
Castigo pela doença				
Influência social / familiar				
Perda de fé e crença				
OCUPAÇÃO LABORAL				
Alteração do processo familiar relacionado com:				
Alterações de papéis				
Alteração nas atividades de vida diárias				
Processo de doença prolongada				
Futuro incerto				
Isolamento social relacionado com:				
Alteração da vida diária				

Deslocações frequentes ao hospital				
Debilidade				
Alteração da imagem corporal				
ATIVIDADES DE RECREAÇÃO				
Alteração nas atividades sociais, relacionado com:				
Perda de vontade devido à doença				
Falta de apoio e motivação para continuar				
Debilidade física devido à doença				
Debilidade psíquica devido à doença				
Astenia				
Alteração da imagem – isolamento				
EDUCAÇÃO / ADAPTAÇÃO DE UM NOVO ESTILO DE VIDA				
Alteração da motivação da vida relacionada com:				
Dificuldade da recuperação física				
Dificuldade da recuperação psíquica				
Dificuldades económicas ou outras				
Dificuldade em reaprender um novo estilo de vida				
Falta de conhecimento sobre novas terapias (técnicas de relaxamento)				
Falta de iniciativa própria				
Falta de recursos sociais / ou distantes (<i>riscar o que não interessa</i>)				
Desesperança relacionada com perdas funcionais arrastadas				
Outro motivo				

Nota: se problemas identificados discriminar qual/ quais o(s) ensino(s) realizado(s) _____

Há algum outro aspeto em que o/os possa ajudar?

Próxima consulta agendada para: _____

Enfermeiro de referência: _____

Assinatura do enfermeiro da CE de 1ª vez:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T., & Carbone, P. P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655. doi:10.1097/00000421-198212000-00014

Apêndice V

Reflexão crítica sobre “A problemática da pessoa com situação de doença oncológica. Um olhar que olha o outro”



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área Específica de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

***A problemática da pessoa com situação
de doença oncológica: o olhar que olha o
outro***

Reflexão crítica

Aluna: Fernanda Maria Vivo Relveiro

Lisboa
2015

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	3
1. SENTIMENTOS E PENSAMENTOS DO CUIDADOR	5
2. AVALIAÇÃO	7
3. CONCLUSÃO	9
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	11

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido durante o estágio num HDO. O interesse por este trabalho vem após a minha observação principalmente dos familiares e cuidadores durante as entrevistas na consulta de enfermagem, percebendo que muitas vezes o sofrimento parece ser maior naquele que cuida, seja pelo desconhecimento do que se passa, seja pelo medo de perder o familiar ou mesmo pela impotência de não conseguir fazer melhor e remover o sofrimento da pessoa, não tivesse eu já passado por esta situação de pânico como cuidadora. Na trajetória da pessoa com doença oncológica estão presentes sentimentos como dor, angústias frustração, ansiedade, raiva, incerteza e desesperança (Fonseca & Rebelo, 2011). Estes sentimentos ficam ainda mais evidentes quando a pessoa tem de realizar tratamento com quimioterapia pois, não está ainda desmistificado o cancro como doença crónica ou potencialmente curável (Ribeiro & Souza, 2010), provocando esta situação muitas das vezes um sentimento de pena naqueles que a rodeiam. Estes tratamentos causam profundas alterações da imagem da pessoa, afetando a sua independência em suprimir as necessidades humanas fundamentais pelos efeitos adversos à QT. Quanto mais a família/cuidador acompanha a pessoa neste processo de doença, maior é a interação entre familiar e doente, mais intenso é o sofrimento de ambos com as alterações mútuas (Souza & Turrini, 2011) e muitas das vezes, o cuidador põe de lado as suas próprias necessidades em prol das do doente, o que pode levar a uma exaustão (Souza & Turrini, 2011).

A tendência atual é tratar o doente em ambulatório, fazer cirurgias com tempo de internamento mais curto, o que se tornou possível devido ao avanço da tecnologia mas ficando a pessoa em recuperação no seu ambiente familiar, supostamente apoiada por equipas de cuidados ao domicílio, pois mesmo os tratamentos de QT orais, evitam a deslocação ao hospital (Moreira, 2012). Em todas estas situações e na maioria das vezes, o acompanhamento é assegurado pelo cuidador familiar (Fernandes & Ângelo, 2016) que assume os cuidados muitas das vezes sem formação específica, mas que instintiva e emocionalmente sente ter essa responsabilidade, obrigação, e mesmo desejo por pensarem, dado tratar-se de uma doença oncológica poder tratar-se dos últimos momentos que estão junto do seu ente querido (Moreira, 2012).

Na Europa é esperado que cerca de dois terços de todo o cuidado à pessoa com doença oncológica seja proporcionado pela família (Moreira, 2012). Assim, os enfermeiros devem de promover a aprendizagem do familiar, fazendo-lhe formação e educando-os sobre o que devem ter em atenção, questionando-os sobre quais os recursos físicos e pessoais que têm, particularmente quanto aos conhecimentos e competências que têm para poderem assumir os cuidados ao familiar (Souza & Turrini, 2011).

Mas como deve ser efetivada esta aprendizagem? Em primeiro lugar há que monitorizar o apoio familiar da pessoa, sendo que o núcleo familiar não é apenas o agregado familiar, mas também outras pessoas que ao longo dos anos se juntaram com igual importância, como os vizinhos, amigos. Quem vai ser o cuidador principal?

Alguns exemplos dos sentimentos ou vivências da pessoa cuidadora que eu percecionei durante as consultas de enfermagem que observei e realizei, sendo que muitas das vezes são os familiares ou cuidadores que atendem o telefone colocando dúvidas ou fazendo-se de intermediário do seu doente para transmitir os sintomas.

Assim, pretendo com este trabalho alargar o meu conhecimento sobre o desenvolvimento de competências do familiar na mudança do seu papel como prestador de cuidados à pessoa com doença oncológica.

1. SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS FAMILIARES CUIDADORES

O doente com doença oncológica geralmente precisa de uma ajuda contínua na sua vida diária, seja ela de aspeto físico, psíquico ou social e praticamente é sempre um membro da família que presta esta ajuda (Bidarra, 2010). Na maioria das vezes, este familiar assume-se como o seu cuidador principal e descuida-se da sua vida pessoal, dedicando-se de corpo e alma ao seu doente. Tal como o doente, a família também vivencia uma situação de crise sendo que a doença provoca uma série de alterações na vida diária de cada um, havendo na maioria das vezes a necessidade de uma redistribuição de papéis e acréscimo de responsabilidades (Alves, 2013; Luz et al., 2016).

A doença oncológica tem um impacto negativo tanto na vida do doente como nas pessoas que o rodeiam, na sua maioria membros da família, não só por provocar alterações sociais, económicas, mas principalmente pelo sofrimento que a mesma provoca que limita a qualidade de vida, havendo uma alteração da autoestima e da auto-imagem (Ribeiro & Souza, 2010). Na realidade é nomeado o principal cuidador a pessoa que tem mais afinidade pela pessoa doente, que se encontra mais próxima ou simplesmente pela falta de outra hipótese (Ribeiro & Souza, 2010).

A doença oncológica geralmente provoca sentimentos de tristeza, angústia, medo do sofrimento, da morte e das repercussões que a doença pode levar, sensação de impotência, pois nada parece estar ao nosso alcance para aliviar o sofrimento do doente (Mattos, Blomer, Campos & Silvério, 2016). Alguns familiares já tiveram contacto com outras pessoas com esta doença e conseguem antecipar alguns factos, tentando evitar o pior, que o familiar não passe pelas mesmas experiências. Ao longo do estágio onde me propus desenvolver este tema foram muitos os exemplos de familiares sofridos com a doença oncológica que tive a oportunidade de compreender, como exemplo uma senhora que deixa de ter sensibilidade (dormência) nas extremidades e não pode nem chegar ao frigorífico, tendo de estar dependente de alguém na cozinha onde sempre foi independente, antes dependendo todos dela, “já não sei o que é melhor, antes do tratamento sentia-se melhor....e não dependia de ninguém, parece que tem os dedos partidos,

não os sente....é muito sofrimento para uma pessoa”. Uma outra que o próprio tratamento de QT lhe provocou uma enorme reação cutânea na face e couro cabeludo (efeito secundário de um dos anticorpos monoclonais que habitualmente tem uma conotação positiva quando este aparece), incitando no outro uma certa repugnância no olhar, “parece que voltei à puberdade, em adolescente não tinha tantas borbulhas. No outro dia fui às compras e foi terrível sentir o olhar das pessoas...fica muito mau. Comecei a usar camisola com capuz para disfarçar”, ao que a esposa acrescenta “faz pena ver... mas eu não tenho vergonha de estar com ele, continua a ser meu marido!” e acrescenta ainda “é muito doloroso ver o homem que ele é e o que foi antes...dói muito”! Sintomas como a dor intensa que o doente verbaliza “mais vale morrer que sofrer assim” estado emagrecido, cansaço fácil, debilidade física e psíquica, mau estar geral, sem posição de conforto. Exemplos estes que levam à baixa de autoestima e revolta (Mattos et al., 2016). Estes sentimentos não são apenas do doente, mas vivenciados também pelo familiar, o que os autores supracitados identificam como a “experiência de adoecer em família”. Há uma tentativa de animar a pessoa, de transmitir reforço positivo. Uma tentativa, por vezes falhada, de evitar que o doente perceba que também o cuidador está a sofrer, sensação de fraqueza, impotência e frustração, mas também de cansaço, verbalizando por vezes, em modo de desespero “nunca mais tive tempo para mim” (Mattos et al., 2016). Mas como é que o familiar cuidador cumpre o seu papel de prestador de cuidados e constrói as competências necessárias para cuidar da pessoa com doença oncológica? Refere Moreira (2012) que a principal preocupação do familiar é prestar bons cuidados, mobilizando e combinando todos os recursos, físicos, psíquicos, sociais e contextuais, e para ajudar o adulto na sua aprendizagem é necessário criar um ambiente confortável, confiança e respeito mútuo, onde as pessoas se aceitem com as suas diferenças (Moreira, 2012). Da minha experiência pessoal e do que vejo todos os dias daqueles que olham os outros num olhar cuidador é que cuidar é mais que um momento de atenção, é uma atitude de ocupação, preocupação de responsabilidade e envolvimento afetivo para com o outro. Uma atitude sem preço, onde a maior recompensa é bem-estar do outro. Mas muitas vezes o papel de cuidador não é escolhido pelo próprio, ele é “eleito” de forma inconsciente pelo grupo familiar ou pelo doente e deixa-se colocar nesse lugar, seja por influência das suas características individuais, seja por melhores condições económicas, habitacionais ou outras.

2. AVALIAÇÃO

A experiência de ter uma doença oncológica é um acontecimento de vida que requer uma adaptação física, psíquica e social tanto para o próprio doente com para a família (Alves, 2013) e para alguém que vive com o cancro, o apoio do familiar e dos amigos é imprescindível no seu tratamento ou melhor tolerância e aceitabilidade da doença (Alves, 2013). A situação de crise está presente em ambos desde o início do diagnóstico até à fase terminal com sucessivas alterações de rotinas, regras, rituais redistribuição de papéis e novas responsabilidades (Alves, 2013) e é sabido que a presença de uma doença crónica como o cancro aumenta a problemática vivenciada por eles. Mas este processo de situação de doença é sempre mais fácil de ultrapassar quando as relações familiares são saudáveis e quando os padrões de comunicação e a dinâmica familiar funcionam (Ferreira, Dupas, Coata & Sanchez, 2010). Como refere Alves (2013), “na procura de se manter saudável, a família age, reage e interage internamente e com o contexto social em que vive, para poder assim ajudar e apoiar o seu familiar doente”. É importante que a família tenha um comportamento realista, e não perca o significado que a doença e a vida têm para si, uma vez que são muitas as alterações porque que passam, para evitar situações como o burnout (Alves, 2013).

Em praticamente todas as consultas que assisti ou que realizei foi notório o bom ambiente familiar e a preocupação com o doente, levando a muitas questões telefónicas e presenciais numa tentativa de melhor cuidar, digo mesmo que na maioria dos telefonemas realizados foram os familiares que atenderam e que serviram de transmissor em relação à reação dos tratamentos. Muitos destes familiares aproveitam também o telefonema para eles próprios se fazerem ouvir, desabafar, pedir ajuda aos profissionais de saúde, particularmente ao enfermeiro, pois é sabido que é ele que presta assistência contínua em tratamento de quimioterapia, para enfrentar os seus receios, sendo que só assim se sentem verdadeiramente preparados para ouvir o seu doente (Alves, 2013).

Assim é fácil perceber que o modo de pensar, agir e sentir de todos os familiares que foram cuidadores, “o confronto de uma mão amiga, o carinho, uma palavra de incentivo fazem toda a diferença quando se procura de todas as formas ter de volta a pessoa que se ama” (Souza & Espírito Santo, 2008, p.39).

3. CONCLUSÃO

A convivência com a pessoa com doença oncológica constitui uma experiência difícil para o familiar cuidador, significa prestar cuidados a alguém a quem se está emocionalmente ligado e que vive uma etapa da sua vida de imenso sofrimento, implicando um conjunto de conhecimentos e habilidades que vão muitas das vezes para além da sua capacidade cognitiva (Moreira, 2012). Este sentimento na maioria das vezes atribuído ao fato da possibilidade da morte ou da impossibilidade de cura. Transtornos constantes na vida do familiar, alteração de rotinas e de papéis que levam à procura de suporte para conseguirem sobreviver com alguma qualidade de vida e dignidade.

Após o término deste estágio concluo que o apoio dos familiares é imprescindível, assim como é fundamental eles próprios se autocuidarem, para também não adoecerem por esgotamento, como sendo a frequência em atividades de lazer, o manter as relações humanas com os outros, dentro do possível manter a atividade laboral. É neste aspeto que a enfermagem tem o seu papel, na promoção de um espírito positivo e tranquilo por forma a manter a qualidade de vida para um melhor cuidar do outro, na transmissão de informação necessária para a tomada de decisão (Fernandes & Ângelo, 2016). Ainda referenciado por este autor é importante a relação e a comunicação entre a equipa de saúde e o cuidador.

O cuidado do enfermeiro e de toda a equipa multiprofissional tem um papel fundamental como suporte à família e ao doente no controlo e gestão de sentimentos com o intuito à melhoria da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, D. R. B. (2013). *O impacto da doença oncológica na família*. Monografia, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Dissertação de mestrado não publicada, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Fernandes, C. S., & Ângelo, M. (2016). Cuidadores familiares: O que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Revista de Escola de Enfermagem da USP*, 50(4), 675-682. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n4/pt_0080-6234-reeusp-50-04-0675.pdf
- Ferreira, N. M. L., Dupas, G., Costa, D. B., & Sanchez, K. O. L. (2010). Câncer e família: Compreendendo os significados simbólicos. *Revista Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(2), 269-277. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4025/ciencuid_saude.v9i2.8749
- Fonseca, J. V. C., & Rebelo, T. (2011). Necessidades de cuidados de enfermagem do cuidador da pessoa sob cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(1), 180-184. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a26.pdf>
- Luz, K. R., Vargas, M. A. O., Barlem, E. L. D., Schmitt, P. H., Ramos, F. R. S., & Meirelles, B. H. S. (2016). Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(1), 67-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben69-01-0067.pdf>
- Mattos, K., Blomer, T. H., Campos, A. C. B. F., & Silvério, M. R. (2016). Estratégias de enfrentamento do câncer adotados por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. *Revista Psicologia e Saúde* 8(1), 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.20435/2177093X2016101>
- Moreira I., M., P., B. (2012). *Competências do familiar cuidador da pessoa com doença oncológica em quimioterapia*. Tese de doutoramento não publicada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto Superior da Saúde, Lisboa.
- Ribeiro, A. F., & Souza, C. A. (2010). O cuidador familiar de doentes com câncer. *Arquivos de Ciências da Saúde*, 17(1), 22-27. Disponível em: http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/IDL3_jan-mar_2010.pdf
- Souza, M., & Turrini, R. N. T. (2011). Paciente oncológico terminal: Sobrecarga do cuidador. *Enfermagem Global*, 10(2), 1-12. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/122771/115371>

Souza, M., G., G., & Espírito Santo, F. H. (2008). O olhar que olha o outro... Um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 54(1), 31-41. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/artigo_5_pag_31a42.pdf

Apêndice VI

Convocatória e ata da reunião de apresentação do projeto à equipa de enfermagem do HDO

Agenda da reunião

Data e Horário: 07 de dezembro, de 2015 das 08.30h, às 08.50h

Local: Gabinete de enfermagem do HDO

Objetivos:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem do HDO para a importância do atendimento da pessoa com doença oncológica em tratamento de QT;
- Apresentar a proposta de estruturação da CE
- Identificar a opinião da equipa de enfermagem sobre a proposta apresentada, particularmente sobre a adequação e importância dos documentos de apoio à CE propostos.
- Analisar os documentos de apoio à CE propostos quanto à sua importância, adequação e validação.

Metodologia: expositivo, demonstrativo e debate

Agenda:

- 1 - O diagnóstico da situação sobre o atendimento das pessoas que vão iniciar QT
- 2 - A finalidade do projeto
- 3 - A previsão da estrutura da CE de 1ª vez e *follow-up*
 - Recursos materiais
 - Tipo de CE, calendarização, horário e localização
 - Recursos humanos
 - Qual o enfermeiro responsável pela CE em HDO e qual o enfermeiro de referência
 - Articulação com as equipas e enfermagem nas unidades multidisciplinares

4 - A proposta sobre os documentos

- *Check-list* de atendimento realizado na CE de 1ª vez do HDO à pessoa em tratamento de QT
- Folha de colheita de dados / Avaliação inicial de enfermagem
- Guia orientador à CE de seguimento (*follow-up* telefónico)
- Fluxograma do circuito do doente em tratamento de QT
- Manual da CE

5 - A opinião da equipa sobre a proposta

Anexos da reunião:

- *Check-list* de atendimento realizado na CE de 1ª vez do HDO à pessoa em tratamento de QT
- Folha de colheita de dados / Avaliação inicial de enfermagem
- Fluxograma do circuito do doente em tratamento de QT

Meios e recursos: PowerPoint

Tempo previsto: 20 minutos

**IMPLEMENTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM
PARA ATENDIMENTO EM REGIME AMBULATORIO
DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA,
EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA**

Dezembro
2015

Fernanda Relveiro

Objetivos da reunião

- ➔ Sensibilizar a equipa de enfermagem do Hospital de dia do centro clinico para a necessidade do atendimento à pessoa com doença oncológica numa consulta de enfermagem estruturada antes do início do tratamento de quimioterapia;
- ➔ Dar a conhecer o modelo de atendimento à equipa de enfermagem em toda a Instituição e os procedimentos de articulação de cuidados entre HDO e restantes unidades Multidisciplinares;
- ➔ Conhecer a opinião da equipa sobre o planeamento da estrutura e dos procedimentos previstos para esta CE.

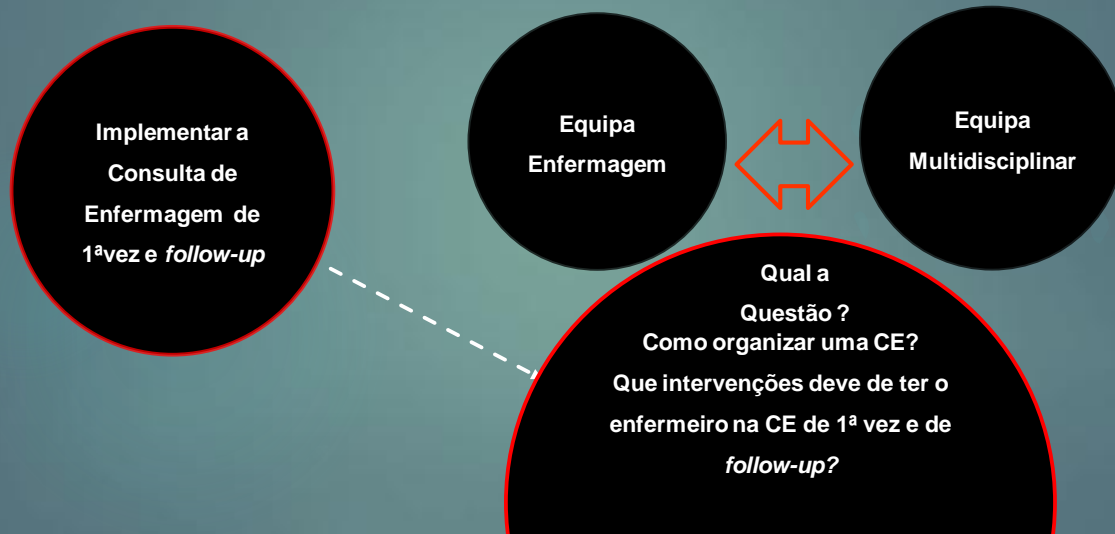
Sumário

- > Diagnóstico da situação
- > Finalidade do projeto.
- > Pertinência do tema e população alvo
- > Objetivos da CE
- > Origem e definição da CE
- > Como se planeia uma CE
- > Referencial teórico de Virgínia Henderson
- > Modelo da CE
- > Referencial teórico de Virgínia Henderson
- > Operacionalização da CE
- > Referências Bibliográficas

Diagnóstico da situação

- Apenas a unidade de mama tem uma consulta de enfermagem estrutura para as pessoas que realizam tratamento de quimioterapia, sendo realizada pelos próprios enfermeiros da unidade
- Porque não alargar este cuidado individualizado a todos os doentes das restantes unidades
- Não terão todos os doentes o mesmo direito à informação e à educação prévia sobre o tratamento de QT

Finalidade do projeto



Pertinência do tema

- ➔ Objetivo da Instituição e do serviço
- ➔ Não existência de uma consulta de Enfermagem formalizada
- ➔ Prestação de cuidados personalizados e promoção da Qualidade de vida
- ➔ ~~ao doente oncológico / família~~ Necessidade pessoal de desenvolvimento de competências
- ➔ Evidência científica

População alvo

Todos as pessoas em idade adulta com diagnóstico de doença oncológica com critério para iniciar QT (após discussão em consulta médica).

A pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia/ intervenção

do enfermeiro.

Quanto melhor e mais **INFORMAÇÃO** a pessoa tiver, melhor será a sua colaboração/decisão, face ao plano terapêutico.

(Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis 2009; Salgado, 2011; Garcia, 2014),

É importante a **COMUNICAÇÃO** na equipa de enfermagem.

PAPEL DO ENFERMEIRO é imprescindível no fornecimento da informação e esclarecimento sobre a doença e tratamento, bem como no levantamento das necessidades da pessoa.

(Mercadier, 2001, Dias 2005, Gallad, 2005, Phaneuf, 2002, Salgado,2011)

A consulta de Enfermagem

Criada em 1968 - Curso de Planeamento de Saúde da Fundação de Ensino Especializado de Saúde Pública. (Rio de Janeiro)

Legalizada em Portugal em 1986 (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem)

Consulta de Enfermagem

Atividade específica do **Enfermeiro** (DL nº 94406, Junho de 1987)
Promoção da saúde e da qualidade de vida do indivíduo.

Tipos: de consulta
1ª vez
Subsequentes
Consulta multidisciplinar

□ uma "(...) intervenção visando a realização de uma avaliação, ou estabelecimento de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado".

Lei nº 242/2011, de 20 de Dezembro

Objetivos da consulta de 1ª vez

- ▶ Acolher a pessoa com doença oncológica antes do início do tratamento de quimioterapia no hospital dia;
- ▶ Avaliar as necessidades humanas fundamentais alteradas, ou com potencial risco de alteração, decorrentes dos efeitos secundários do protocolo terapêutico prescrito de acordo com Henderson (2007);
- ▶ Articular as funções entre as equipas de enfermagem das Unidades Multidisciplinares com a equipa de enfermagem do HDO;
- ▶ Estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa e familiares, tendo em vista os domínios: biológico, psicológico, sociológico, cultural e espiritual da pessoa em tratamento de QT.

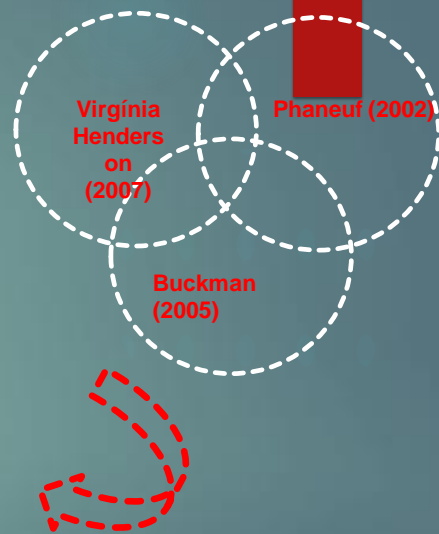
Objetivos da consulta telefónica (follow-up)

- ▶ Monitorização dos efeitos secundários da QT
- ▶ Esclarecimento de dúvidas
- ▶ Validação da medicação para domicílio em relação à QT oral ou outra medicação que pertence ao protocolo instituído pelo médico

- E AINDA:

- ➔ Proporcionar apoio e estabelecer uma parceria com o doente no desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado.

A Filosofia de cuidados e os modelos de intervenção na consulta orientadora e os procedimentos



Referencial Teórico de Virgínia Henderson

- ➔ Publicou o seu 1º trabalho em 1955 na obra de Harmer e Henderson, " The principles and practice of nursing"- Incluindo os princípios fisiológicos e psicológicos no seu conceito pessoal de enfermagem. Afirmou que " (...) a única função da enfermeira é assistir o indivíduo doente ou saudável, no desempenho das atividades que contribuem para a saúde ou para a recuperação (ou para uma morte pacífica), que executaria sem auxílio, caso tivesse força, a vontade e os conhecimentos necessários, (...)."
- ➔ Vê a pessoa como um todo
- ➔ O doente é um ser humano que precisa de ajuda para obter a independência
- ➔ Prática de enfermagem diferente da prática médica. A enfermeira questiona uma filosofia que permite ao médico dar ordens aos doentes ou a outros profissionais de saúde.
- ➔ Percebeu a necessidade da clareza acerca da função de enfermeiro

(Henderson, 1995)

Referencial Teórico de Virgínia Henderson

- → Identificou 14 necessidades humanas fundamentais (respirar, comer e beber, eliminação, movimentar-se, dormir, vestir-se, manter temperatura corporal, comunicar-se, realizar práticas religiosas, aprender, jogar ou participar em recreação, evitar riscos com o ambiente, trabalhar de modo a sentir-se realizado)
- → Pessoa é um ser social com dignidade própria e direito a autodeterminar-se
- → Saúde entendida não apenas como o oposto à doença, mas como um estado/representação mental do controlo do sofrimento, do bem-estar físico e do conforto emocional e espiritual
- → Ambiente considerado com todos os elementos envolventes à pessoa (humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais), que condicionam e influenciam o estado de saúde

A primeira entrevista cria o clima da relação que se vai seguir (...), é necessário cuidar do primeiro contacto com a pessoa, de ocupar o tempo necessário para tomar conhecimento com ela e permitir-lhe sentir-se à vontade (...), conhecer as expectativas da pessoa em relação ao contexto de cuidados, precisar o seu pedido de ajuda, e compreender a dificuldade que ela vive e a forma como esta dificuldade a afecta .

(Phaneuf, 2005, p.264)

O uso de roteiros de entrevistas nas consultas de enfermagem, é importante, uma vez que estes abordam os problemas do doente o que impede que falte informação oportuna á realização do plano de cuidados durante a entrevista no momento da consulta.

(Oliveira, Queiróz, Matos, Moura e Lima, 2012)

Modelo de spikes

- ▶ **para a comunicação**
- ▶ **S (Setting up the interview)** - Preparação da entrevista e acolhimento à pessoa/família
- ▶ **P (Perception) e I (Invitation)**– Colheita de dados
- ▶ **K (Knowledge) E (Emotions)** – Implementação do plano de cuidados
- ▶ **S (Strategy and summary)** – Realização de registos, agendar consulta seguinte , fornecer folhetos informativos e fornecer contatos telefónicos.

Como se implementa uma CE?

▶ Mas, então como se planeia uma consulta de enfermagem de um Hospital de Dia de Oncologia? Que estrutura e condições logísticas têm de estar asseguradas? O que se deve construir de modo a servir de suporte para lhe dar conhecimento?

implica tempo, dedicação, conhecimento total dos efeitos adversos, espaço fechado (gabinete)

MODELO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A experiência partilhada dos profissionais, (enfermeiros), dos respetivos serviços, ajudou-me a refletir num tipo de modelo de consulta de enfermagem, tendo em atenção, à:

Estrutura – as características mais fixas do sistema de saúde que estão relacionadas com o equipamento, normas, material educativo (recursos físicos, humanos, materiais e financeiros) necessários à assistência de enfermagem

Processo - relação entre os profissionais envolvidos e os doentes do ponto de vista técnico e humano (qualidade do cuidado)

Resultados - impacto produzido positivo ou negativo (acolhimento, acessibilidade, resolubilidade) . É o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e expectativas.

Operacionalização da CE

Ponto da situação reunidas as condições para iniciar a CE

PLANO	DECISÃO
Recursos físicos:	
➤ Gabinete próprio	➤ Gabinete A-19
➤ Tempos de duração	➤ 45min para CE de 1ª vez e 30min para follow-up telefónico
➤ Nº de consultas/dia	➤ 3-4 consultas/dia
➤ Entrega de informação	➤ Informação (Guia do HDO, onde já consta os contatos telefónicos e recomendações relacionadas com os cuidados; plano de medicação para o domicílio em caso de QT oral e pós-terapêutica
➤ Enfermeiro de referência	➤ Enfermeiro da unidade Multidisciplinar de origem

Operacionalização da CE (cont.)

Ponto da situação reunidas as condições para iniciar a CE

PLANO	DECISÃO
<ul style="list-style-type: none">➤ Articulação com equipa multidisciplinar;➤ Encaminhamento do doente para HDO;➤ Documentos que fazem parte da CE;➤ Tempo previsto para follow-up de um tratamento via injetável e oral para CE➤ Quem realiza as CE de seguimento após o 1º <i>follow-up</i>?	<ul style="list-style-type: none">➤ Via email ou telefónica;➤ Através do gestor de doente;➤ Check-list das intervenções de enfermagem; instrumento de colheita de dados orientador da CE; guia orientador da consulta de atendimento telefónico (<i>Follow-up</i>); fluxograma do circuito do doente.➤ 24h para tratamento diária em HDO; 48h para um tratamento com infusor em curso de 24h para domicilio; 7 dias para tratamento via oral;➤ Responsabilidade do enfermeiro de referencia (situação mais confortável pela proximidade do médico da unidade Multidisciplinar:

AGORA A VOSSA OPINIÃO

Referências bibliográficas

- Dias, M.R. (2005). *A esmeralda perdida: a informação prestada ao doente oncológico*. Lisboa. Climepsi editores.
- Decreto-Lei nº 161/96, de 4 de Setembro. *Diário da República I Série - A*. Aprova o Regulamento do Exercício profissional dos Enfermeiros.
- European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum*. 4ª Edição, Bruxelas: Harris DPI.
- Fonseca, S. M. [et al] – Manual de quimioterapia antineoplásica. Reichmann & Afonso Ed., 2000. ISBN: 85-87148-32-X
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar – o corpo amago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures. Lusociencia- Edições tecnico-científicas, Lda.
- International Agency Of Research on Cancer. (IARC) – Globocan. International Journal of Cancer. Acedido em 10/06/2015. Disponível em: <http://translate.google.pt/translate?hl=pt-PT&sl=en&u=http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.29210/abstract&prev=search>
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e Paliativa*. Lisboa: Autor.
- Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Versão Resumo Maio 2013. Direção Geral de Saúde. Acedido em 10/06/2015. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2013/05/Versao-resumo.pdf>
- Santos, G.S.S. (2001). Consulta de enfermagem – atendimento ao cliente. Acedido em 26/05/2015. Disponível em: <http://www.ebah.pt/content/ABAAAjFoAD/consulta-enfermagem>
- Henderson, V., (2007). *Princípios Básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE* (M.L. Basto, Trad.). Loures (Tradução do original do inglês Inc Basic Principles of Nursing Care, 2004).

- Lei nº 113/2011 de 29 de Novembro (2011). Conceito de consulta de enfermagem. *Diário da República*, 1ª série, nº242 de Dezembro de 2011.
- Masters, G.A., Krilov, A., Bailey, H.H., Brose, M.S., Burstein, H., Lisa R. Diller, L.R., Dizon, Don, S., Fine, H.A., Kalemkerian, G.P., Moasser, M., Neuss, M.N., O'Day, S.J., O.O., Charles, J. Ryan, J., SAndrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*. nº21. 27-31
- Direção Geral *chilsky, R.L., Schwartz, G.K., Venook, A.P., Wong, S.L., & Patel, J.D.* (2015). *Clinical cancer advances 2015: Annual Report on Progress Against Cancer From the American Society of Clinical Oncology (ASCO)*. *Journal of Clinical Oncology*.
- Acedido em 27/08. Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/content/early/2015/01/16/JCO.2014.59.9746.full.pdf+html>
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, Entrevista e Relação de Ajuda e validação*. Lusociência, edições técnicas e científicas, Lda.
- Loures
- Lei nº 242/2011 de 20 de Dezembro. Ministério das finanças e da saúde. Portaria nº 306-/2011. *Diário da República*, 1ª série, nº 242 de Dezembro de 2011
- Como fazer uma análise Swop <http://www.pmelink.pt/manuais/planeamento-e-estrategia/como-fazer-uma->
- Donabedian, (1980). Acedido em 24/11/2015. disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/03_05.html

**Obrigada pela vossa
atenção!**



Check-list das intervenções de enfermagem da CE de 1ª vez à pessoa em tratamento de quimioterapia no HDO

DATA __/__/__

Enf.º: _____

Protocolo de QT _____

	Sim	Não
- Confirmar a Identidade do doente		
- Apresentar-se ao doente/família/acompanhante		
- Apresentar o espaço físico do serviço e restante equipa		
- Preencher o instrumento de colheita de dados orientador da CE		
- Informar o doente sobre o tratamento que vai realizar: Quimioterapia, Imunoterapia/Hormonoterapia, ou outro		
d. Fazer breve abordagem sobre o objetivo do tratamento definido		
e. Quanto tempo está previsto demorar o seu tratamento		
f. Quais os efeitos secundários relacionados com o protocolo prescrito. (<i>Dar ênfase aos mais comuns</i>)		
- Orientações sobre os cuidados a ter no domicílio com:		
e. Alimentação e o reforço hídrico		
f. Os potenciais riscos de infeção (ex. cateter venoso central)		
g. A higiene cuidada geral e/ou de zonas específicas		
h. A gestão dos sintomas associados ao protocolo terapêutico		
- Entregar guia de acolhimento do HDO		
- Explicar normas de funcionamento e horários do serviço		
- Fornecer contatos telefónicos e mostrar disponibilidade para o atendimento telefónico sempre que necessário		
- Dar conhecimento que será contactado cerca de 24 ou 48 h após o tratamento, conforme o protocolo instituído (follow-up)		
- Mostrar disponibilidade para ouvir e escutar		
- Esclarecer dúvidas e receios		

- Reforçar ensino sobre a terapêutica pré e pós-medicação para Domicílio <i>(se prescrito)</i>		
- Em caso de Quimioterapia oral:		
f. Mostrar relevância no cumprimento no horário da medicação g. Promover o envolvimento da família h. Ensinar a auto-administração de medicamentos <i>(em caso de prescrição em protocolo)</i> i. Ensino sobre precauções de segurança e armazenamento j. Ensino sobre os cuidados da pele		
- Avaliação de parâmetros vitais (TA, FC, Temp., saturação) <i>(se doente diabético, avaliar glicemia capilar)</i>		
- Validar a informação		

- **Entregar folhetos informativos sobre o protocolo. Precisar quais:**

Observações importantes a reter:

INFORMAÇÃO GERAL DA PESSOA

DATA: __/__/__ Enf.: _____

Nome: _____ Nº CCC: _____

Idade _____

Nacionalidade: _____ Profissão _____

Situação atual: Baixa médica [] Desempregado [] Reformado [] Outra [] _____

Estado civil: _____ Cuidador informal/ pessoa significativa _____

Contacto telefónico: _____

Validar contatos telefónicos existentes / E-mail: Sim [] Não [] Outros _____

Qual a religião? Praticante? _____

Agregado familiar (discriminar composição: relação, nome e idades)

INFORMAÇÃO RELATIVA À SITUAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA

Médico: _____ Unidade _____ Seg. Saúde _____

Diagnóstico clínico: _____

Quimioterapia: Adjuvante [] Neoadjuvante [] Metastática [] Paliativa []

Tratamento Prescrito (*protocolo médico*) _____

1ª Vez [] Subsequente [] Alteração de protocolo [] de _____ para _____

Acesso venoso periférico [] Central [] Data da colocação _____

Altura _____ Peso _____

História da doença atual:

Antecedentes oncológicos na família: Não [] Quais? _____

Antecedentes pessoais: (*outras comorbilidades, cirurgias realizadas e medicação habitual*)

Alergias: Desconhece [] Não [] Sim [] Quais? _____

Como se manifesta? _____

Hábitos tabágicos

[] não fumador

[] ex-fumador (desde _____ / fumava _____ cig/dia

[] fumador (_____ cig/dia)

Hábitos Alcoólicos

[] Não ingere

[] Socialmente

[] À refeição

[] Moderadamente (especificar)

[] Excessivamente (especificar)

Performance Status / Escala Zubrog (ECOG) (identificar o grau com um X)		
Nenhuma queixa: ausência de evidência de doença. Capaz de levar a sua vida normal: sinais e sintomas menores da doença	0	Atividade normal
Alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço. Capaz de cuidar de si mesmo. Incapaz de levar suas atividades normais ou de exercer um trabalho ativo	1	Com sintomas da doença. Mas capaz de levar o seu dia-a-dia
Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria das suas necessidades.	2	Ocasionalmente necessita de assistência
Incapaz: requer cuidados especiais e assistência. Muito incapaz: indicada hospitalização, apesar de a morte ser eminente	3	Carente de cuidados de enfermagem
Muito debilitado. Hospitalização necessária. Necessita de tratamento de apoio Ativamente moribundo: processos letais progredindo rapidamente	4	Pode necessitar de internamento
Morto	5	

ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group; American Joint Commission (AJC) of Cancer Staging and End Results Reporting

Percepção em relação ao diagnóstico	DESCONHECE	CONHECE				
		Em negação	Rejeita informação	Compreende a sua situação oncológica	Expetativas Realistas	Expetativas não realistas
Da pessoa						
Da família						
Do cuidador						

Avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF)

Monitorizar sintomatologia relevante na 1ª CE face às NHF. Se alguma alteração identificada, é feita avaliação nas consultas seguintes.

I = identificado; M= melhorado; SA= Sem alteração; P= piorou; AR= alto risco

Necessidades Humana Fundamentais (NHF)	DATA			
	1ª	2ª	3ª	4ª
RESPIRAÇÃO				
Alteração do padrão respiratório relacionado com:				
Presença de sofrimento emocional				
Obstrução / desobstrução ineficaz das vias aéreas				
Doença respiratória (sequelas)				
Cansaço fácil, relacionado com efeitos secundários da QT				
ALIMENTAÇÃO				
Alteração do padrão alimentar relacionado com:				
Aumento do apetite relacionado com a medicação (ex. corticóides)				
Processo de doença (anorexia/disfagia/traqueostomia) <i>(riscar o que não interessa)</i>				
Náuseas / Vômitos				
Diarreia				
Obstipação devido a dieta desequilibrada				
Dificuldade na ingestão de alimentos relacionados ou não com a QT <i>(riscar o que não interessa)</i>				
ELIMINAÇÃO				
Alteração do padrão da eliminação relacionada com:				
Ansiedade (alteração emocional)				
Obstipação devido a dieta desequilibrada				
Obstipação devido a diminuição da atividade física				
Diarreia devido a dieta desequilibrada				
Ingestão hídrica (quantidade reduzida)				
Processo de doença atual				
Outras situações clínicas anteriores como:				
- Ostomias				
- Incontinência fecal				
- Incontinência urinária / retenção de líquidos <i>(riscar o que não interessa)</i>				
- Insuficiência renal				
Queixas urinárias (disúria, infeção, poliúria, nictúria, poliúria) <i>(riscar o que não interessa)</i>				
MOBILIDADE/POSTURA CORPORAL				
Alteração da mobilidade relacionada com:				
Debilidade / diminuição da função motora				
Cansaço fácil a pequenos / médios esforços				
Dor				
Linfedema devido a mastectomia por exemplo				
Emagrecimento / caquexia (já existente pela doença) avaliação feita através da escala de Zubrog				
Emagrecimento por efeitos secundários da QT				
SONO E REPOUSO				
Alteração do período de sono e repouso relacionada com:				
Insónias (desconhecimento sobre o futuro e/ou preocupação com a doença <i>(riscar o que não interessa)</i>)				
Receio sobre a doença, exames e tratamentos				

Efeitos secundários da QT				
Depressão				
Falta de apoio emocional em casa				
ESCOLHER A ROUPA - VESTIR-SE E DESPIR-SE				
Alteração da capacidade para se Auto cuidar relacionada com:				
Sem vontade para de vestir				
Sem vontade de se vestir devido à alteração da imagem				
Dificuldade em se vestir devido a degradação física				
Sem vontade para de vestir devido a dor à mobilidade				
Dificuldade em se despir devido a degradação física				
Dificuldade em se despir devido à alteração da imagem				
Dificuldade em se despir devido a dor à mobilidade				
MANUTENÇÃO DO CORPO LIMPO E CUIDADO				
Alteração da Integridade da pele/tegumentos prejudicada, relacionada com:				
Queimadura da pele por irradiação				
Reações adversas secundárias ao esquema de QT				
Mobilidade deficiente (acamado)				
Cuidados de higiene precários relacionados com:				
Cultura				
Dificuldades socioeconómicas				
Défices cognitivos				
Fadiga				
Dor				
Falta de acompanhamento familiar / cuidador				
Mucosa oral alterada relacionada com:				
Higiene oral deficiente				
Efeitos de toxicidade da QT				
Baixa de valores imunológicos ¹				
Distúrbio da imagem corporal, relacionado com:				
Técnicas cirúrgicas (Ostomias, mastectomia, outras)				
Debilidade / emagrecimento (<i>riscar o que não interessa</i>)				
Mudança de aparência pela toma excessiva de corticóides				
Toxicidade terapêutica (alopécia, rash, cianose das unhas)				
TEMPERATURA CORPORAL				
Alteração da temperatura corporal relacionada com:				
Hipertermia devido a infeção pulmonar				
Hipertermia				
Hipertermia devido a efeito secundário da QT				
Hipotermia				
Hipotermia devido a efeito secundário da QT				
MANUTENÇÃO DO AMBIENTE SEGURO				
Alteração do ambiente seguro relacionado com:				
Défice cognitivo				
Baixa escolaridade				
Regime polimedicamentoso				
Falta de conhecimento do regime terapêutico				
Incapacidade de se manter sozinho em casa				
Incapacidade de manutenção do lar relacionado com:				
Mobilidade /respiração / emagrecimento (<i>riscar o que não interessa</i>)				
Dor				
Recursos comunitários deficientes / indisponíveis (<i>riscar o que não interessa</i>)				

¹ No HDO ficaram definidos pelo diretor clínico que os valores aceitáveis para QT estavam dentro dos seguintes parâmetros: Valor de Hg= 8gr; plaquetas = 100 000; neutrófilos = 1.500; leucócitos = 2000

Recursos familiares deficientes / indisponíveis				
Dificuldade de adaptação à doença relacionada com:				
Diagnóstico (neoplasia maligna)				
Doença crônica / processo de doença prolongada				
Regime terapêutico complexo				
Tipo de tratamento (Quimioterapia, radioterapia ou cirurgia) (riscar o que não interessa)				
Incerteza no futuro				
Alteração nas atividades de vida/ estilos e comportamentos				
Dor, desconforto ou incapacidade				
Conflito de decisão relacionado com:				
Tipo de tratamento				
Efeitos secundários (ex. alopecia)				
Opções de fazer tratamento com diminuição da qualidade de vida				
Perigo de contágio para os outros (evita o contato)				
Atividade profissional				
Desgaste da pessoa que presta cuidados relacionado com:				
Estigma associado à doença				
Incerteza do decurso da doença				
Exigências do doente / Grau de dependência				
Cansaço				
Incapacidade física /psíquica por parte do cuidador (riscar o que não interessa)				
Medo relacionado com:				
Morte				
Dor, desconforto ou incapacidade				
Tratamento (efeitos secundários)				
Punção venosa (medo de agulhas)				
Infeção relacionada com:				
Alteração do sistema imunitário secundária aos tratamentos de QT				
Colocação e/ou manutenção de catéteres venosos periféricos				
Colocação e/ou cateteres venosos subcutâneos/ totalmente implantado				
Outro				
COMUNICAÇÃO				
Alteração da comunicação relacionada com:				
Traqueostomia				
Hipoacusia				
Afonia / Hipofonia				
Não-aceitação / negação/ desconhecimento da doença (riscar o que não interessa)				
Dificuldade em falar sobre a doença				
Depressivo /Ansioso				
PRÁTICAS RELIGIOSAS				
Alteração dos seus valores espirituais relacionados com:				
Castigo pela doença				
Influência social / familiar				
Perda de fé e crença				
OCUPAÇÃO LABORAL				
Alteração do processo familiar relacionado com:				
Alterações de papéis				
Alteração nas atividades de vida diárias				
Processo de doença prolongada				
Futuro incerto				
Isolamento social relacionado com:				
Alteração da vida diária				

Deslocações frequentes ao hospital				
Debilidade				
Alteração da imagem corporal				
ATIVIDADES DE RECREAÇÃO				
Alteração nas atividades sociais, relacionado com:				
Perda de vontade devido à doença				
Falta de apoio e motivação para continuar				
Debilidade física devido à doença				
Debilidade psíquica devido à doença				
Astenia				
Alteração da imagem – isolamento				
EDUCAÇÃO / ADAPTAÇÃO DE UM NOVO ESTILO DE VIDA				
Alteração da motivação da vida relacionada com:				
Dificuldade da recuperação física				
Dificuldade da recuperação psíquica				
Dificuldades económicas ou outras				
Dificuldade em reaprender um novo estilo de vida				
Falta de conhecimento sobre novas terapias (técnicas de relaxamento)				
Falta de iniciativa própria				
Falta de recursos sociais / ou distantes (<i>riscar o que não interessa</i>)				
Desesperança relacionada com perdas funcionais arrastadas				
Outro motivo				

Nota: se problemas identificados discriminar qual/ quais o(s) ensino(s) realizado(s) _____

Há algum outro aspeto em que o/os possa ajudar?

Próxima consulta agendada para: _____

Enfermeiro de referência: _____

Assinatura do enfermeiro da CE de 1ª vez:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T., & Carbone, P. P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655. doi:10.1097/00000421-198212000-00014

Ata da 1ª reunião

Estiveram presentes todos os enfermeiros do HDO, num total de 6 elementos, a enfermeira responsável do serviço, a enfermeira diretora da instituição.

A referida reunião teve como ponto de partida o diagnóstico realizado no HDO que deu origem ao projeto de “implementação de uma consulta de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia”, feita com uma apresentação de power point sobre a finalidade do projeto e as decisões a tomar sobre a estruturação e os procedimentos dessa consulta de enfermagem

Decisões tomadas:

Em relação aos recursos humanos, ficou decidido pela totalidade dos presentes que a consulta, numa primeira fase, seria assumida por mim, ainda que durante o tempo de estágio, todos os enfermeiros teriam a oportunidade de realizar uma CE, com o intuito de a experienciar. A articulação entre o médico da unidade multidisciplinar e o enfermeiro do HDO será feita pelo GD após a consulta médica com indicação para tratamento.

Quanto aos recursos físicos, a CE é realizada num dos gabinetes de consulta, que de momento ainda está alocado ao serviço de radioterapia, sendo composta por uma secretária, um aparelho para avaliação de parâmetros vitais e um computador portátil. Ficou decidido realizarem-se cerca de 3-4 consultas/dia após consulta médica para a CE de 1ª vez estabeleceu-se uma duração de 45 minutos e 30 minutos para as de seguimento telefónico à pessoa para validar sintomatologia associada ao tratamento de QT e esclarecimento de dúvidas em caso de necessidade após 24 ou 48 horas, dependendo do tipo de protocolo prescrito.

Em relação ao aspeto informativo, foi aceite o instrumento de colheita de dados orientador das CE no HDO, um manual da CE, uma *check-list* das intervenções de enfermagem da CE de 1ª vez à pessoa em tratamento de QT no HDO e um guia orientador da consulta de atendimento telefónico (*follow-up*).

Como ponto final foi também discutida a articulação entre os enfermeiros das várias unidades multidisciplinares e o HDO. Para cumprir este ponto ficou assente que em dois dias neste período de estágio eu iria reunir-me com cada enfermeiro da respetiva área para perceber o funcionamento e que de forma nos podíamos articular.

Apêndice VII

Agendas e ata das reuniões entre o enfermeiro HDO e os enfermeiros das
Clinicas Multidisciplinares

Agenda da reunião

DATA: 21/12/2015 das 08.30h às 12.00h

Local: gabinete de enfermagem de cada Clínica Multidisciplinar

Objetivo geral:

- Informar os enfermeiros das Clinicas Multidisciplinares sobre o projeto “implementação da CE à pessoa com doença oncológica em tratamento de QT;
- Estabelecer o circuitobidireccional entre as Clinicas Multidisciplinares e o HDO
- Definir a articulação entre os enfermeiros das Clinicas Multidisciplinares e os do HDO

Metodologia: expositiva e debate

Meios e recursos: suporte de papel

Presentes: equipa de enfermagem das equipas multidisciplinares

Tempo previsto: 20 minutos para cada enfermeiro da respetiva unidade



Ata da Reunião

Aos 21 dias do mês de dezembro foi realizada uma reunião com cada enfermeiro de cada uma das Clinicas Multidisciplinares da Instituição para se estabelecer o circuito do doente e se definir a articulação entre os enfermeiros destes serviços e os do HDO

Depois de uma breve introdução ao projeto “implementação da CE à pessoa com doença oncológica em tratamento de QT” foi pensado o circuito do doente e estabelecido uma articulação entre as equipas de enfermagem. Tanto o circuito, como a articulação só ficou validado após confirmação da enfermeira diretora e enfermeira chefe do HDO, tendo sido criado mais tarde um fluxograma simplificando este circuito.

Ficou decidido que:

1º - São os enfermeiros das Clinicas Multidisciplinares que são os enfermeiros de referência dos doentes. São eles que fazem todas as consultas de enfermagem à pessoa com doença oncológica, exepcto as 2 atribuidas aos enfermeiros do HDO. Fazem também a articulação com o GD quanto aos acordos com as várias seguradoras.

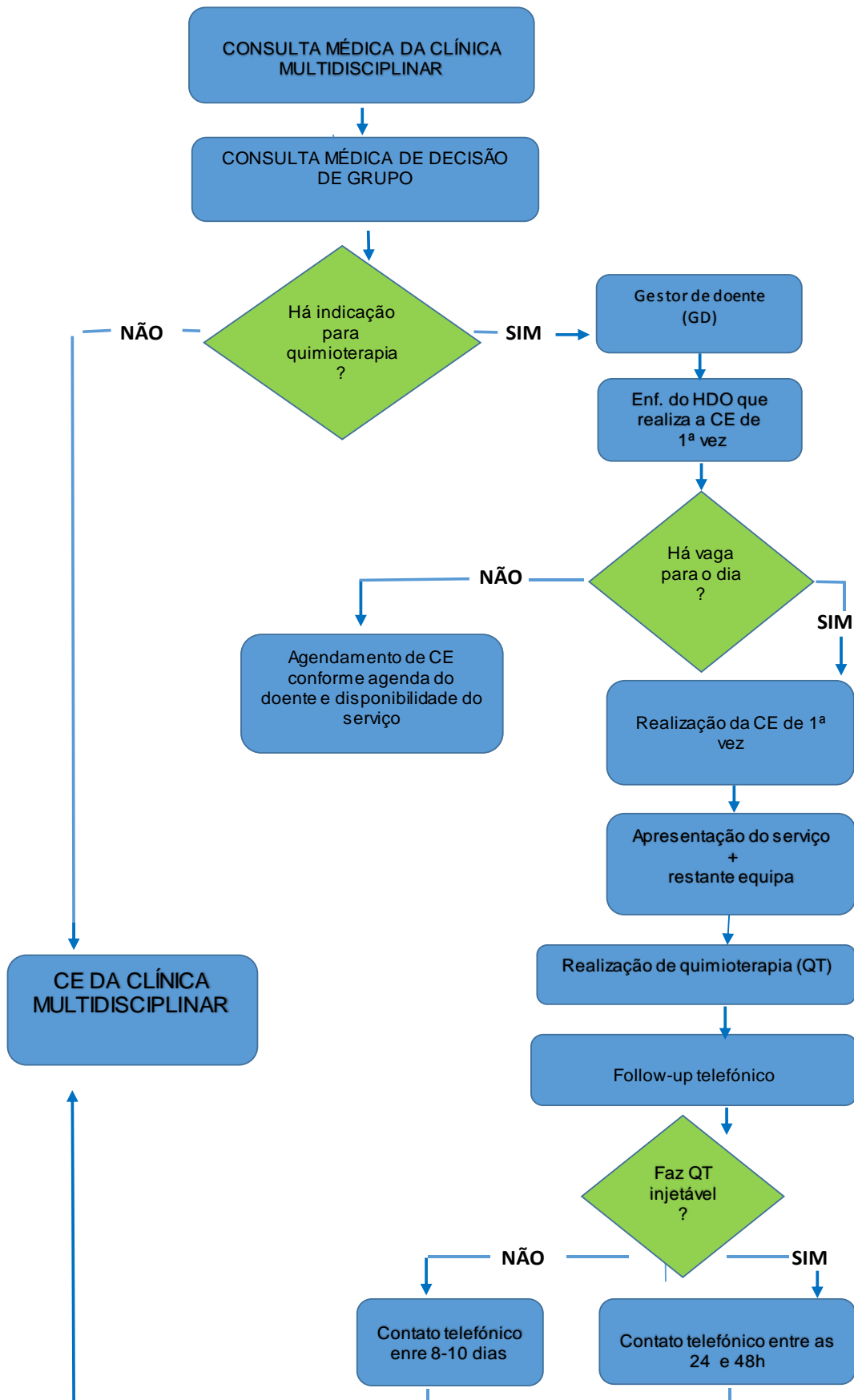
2º - É o enfermeiro do HDO o responsável pela CE de 1ª vez da pessoa em tratamento de QT e 1º *follow-up* (consulta de seguimento) para avaliação e controlo sintomático.

3º - Quando é prescrito um tratamento de QT, a pessoa é referenciada para o HDO para ser agendado 1º ciclo de QT, e 1ª CE a realizar antes do 1º dia do ciclo.

Apêndice VIII

Fluxograma do circuito do utente em tratamento de quimioterapia

FLUXOGRAMA DO CIRCUITO DO DOENTE EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA



Apêndice IX

Manual de procedimentos da CE para pessoas em tratamento de QT



Manual de Procedimentos da consulta de enfermagem para pessoas em tratamento de quimioterapia

Hospital de Dia de Oncologia

Elaborado por:

Fernanda Maria Vivo Relveiro

Lisboa

2017

Hospital de dia de oncologia geral	MANUAL DE PROCEDIMENTOS
---------------------------------------	--------------------------------

APROVAÇÃO

Finalidade:	Sistematizar a intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia
Destinatários:	Equipa de enfermagem.
População alvo:	Pessoas adultas em tratamento de quimioterapia
Palavras-chave:	Consulta de enfermagem, informação, comunicação, educação.

Autor (es)	Fernanda Relveiro	Data da elaboração	30 janeiro 2016
Verificação		Data da verificação	
Aprovação		Data da aprovação	
Divulgação		Data da divulgação	
Versão		Data da revisão	

LISTA DE SIGLAS

CTCAE	-	Common Terminology Criteria for Adverse Events
HDO	-	Hospital de Dia Oncológico
QT	-	Quimioterapia
IST	-	Instituto Superior Técnico
DGS	-	Direção Geral de Saúde
OE	-	Ordem dos Enfermeiros
GD	-	Gestor de doente
NHF	-	Necessidades Humanas Fundamentais

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	9
1. ORGANIZAÇÃO E PRINCÍPIOS ORIENTADORES DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM	13
2. PRINCÍPIOS GERAIS PARA A ENTREVISTA DE ENFERMAGEM	
3. CONSULTA DE ENFERMAGEM DE 1ª VEZ À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA	15
4. PLANO EDUCATIVO PARA A PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA E SEUS FAMILIARES/CUIDADORES EM TRATAMENTO DE QT	21
5. CONSULTA TELEFÓNICA DE SEGUIMENTO À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29

APÊNDICES

- Apêndice I - Fluxograma do circuito do utente em tratamento de QT
- Apêndice II - Instrumento de colheita de dados orientador das CE no HDO
- Apêndice III - Check-list *das intervenções de enfermagem na CE de 1ª vez à pessoa em tratamento de QT no HDO*
- Apêndice IV - Adaptação da CTCAE (versão 4.0) para vigilância dos sintomas na consulta telefónica de seguimento (*follow-up*)
- Apêndice V - Guia orientador da consulta telefónica de seguimento
- Apêndice VI - Tabela dos procedimentos de QT injetáveis e orais mais usados no HDO e especificação do plano de ensino por protocolo

INTRODUÇÃO

O acesso a cuidados de saúde de qualidade durante o tempo necessário e em todos os níveis da prestação é um direito fundamental da pessoa, pelo que se lhe reconhece legitimidade para exigir qualidade nos cuidados que lhe são prestados (DGS, 2012), incluindo-se nesta qualidade na prestação de cuidados acessíveis e equitativos que têm em conta os recursos disponíveis para satisfazer as necessidades e expectativas da pessoa quando se propõe uma adesão à terapêutica prescrita (DGS, 2012).

Tratando-se de uma Instituição que integra na sua missão fornecer cuidados de excelência, é de todo pertinente prestar cuidados à pessoa com doença oncológica, mais personalizados, humanizados e organizados (Andrade, 2012) onde se partilha a informação necessária à condução da doença (Garcia 2014; Salgado, 2011). Criar serviços que respondam às necessidades das pessoas implica pensar na estrutura, como os recursos materiais, humanos, as instalações e a organização (DGS, 2012), que existem neste centro clínico, mas também nos procedimentos que configuram as boas práticas de intervenção para o controlo da doença, a capacitação, educação e literacia em saúde da pessoa, que pretendem uma satisfação destes com os cuidados (Donabedian, 1997).

No HDO da referida instituição os doentes recebem tratamentos de quimioterapia, imunoterapia e hormonoterapia, administrados por diferentes vias³⁹, em função do protocolo prescrito pelo médico de cada Clínica Multidisciplinar de proveniência do utente. Tem ainda a responsabilidade da administração de hemo-derivados sanguíneos, recobro de radiocirurgia e realização de ensaios clínicos que requerem administração de fármacos, estando os enfermeiros habilitados a executar todos os procedimentos inerentes aos mesmos. Está disponível uma aplicação móvel gratuita para *Smartphones* e *Tablets* que permite ao próprio doente aceder diretamente a um conjunto alargado de informação pessoal de saúde, como a referente aos atos clínicos realizados ou a realizar, documentação financeira, pedido e datas de marcação de exames. Esta ferramenta apresenta-se como um cartão que tem também a função de identificar o tratamento através de um código de barras,

³⁹ Subcutânea, intramuscular, oral e endovenosa.

que tem de coincidir com os códigos de barras inseridos na medicação preparada na farmácia para aquela pessoa.

Todos os casos clínicos são discutidos em consulta multidisciplinar da respetiva unidade clínica multidisciplinar, onde estão presentes: o oncologista, o cirurgião, o anatomopatologista, o médico de radioterapia (se necessário), o imagiologista, o médico de medicina nuclear e o enfermeiro. É nesta reunião que fica decidido qual o plano terapêutico a propor à pessoa, sendo o médico e o enfermeiro da respetiva área clínica que ficam como referência daquele doente. O protocolo⁴⁰ terapêutico utilizado só será iniciado após ter sido assinado o consentimento informado, que geralmente é efetivado durante a consulta médica de oncologia. É então agendada a consulta de enfermagem de 1ª vez no HDO, que é realizada pelo enfermeiro que naquele dia estará responsável pela mesma. Esta distribuição de tarefas está previamente definida em folha de distribuição do pessoal efetuada pela chefia do serviço de HDO no início da semana, permitindo assim ao enfermeiro fazer uma preparação prévia para o atendimento da pessoa que vai iniciar o tratamento.

A consulta de enfermagem é uma atividade específica do enfermeiro, dado que é uma intervenção que visa a realização de uma avaliação, e do estabelecimento de um plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar a pessoa a atingir a máxima capacidade de autocuidado (Portaria n.º 306-A/2011, de 20 de dezembro, 2011). Além disso, permite a promoção da saúde e da qualidade de vida do indivíduo (Oliveira, Queiróz, Matos, Moura & Lima, 2012). Foi legalizada em Portugal com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, em junho de 1986 (Santos, 2001), sendo considerada uma intervenção específica que tem como objetivo a avaliação e planificação de cuidados que ajudem a pessoa a atingir a sua máxima independência (DGS, 2001).

A orientação desta consulta está baseada na teoria de Virgínia Henderson que refere como intervenções de enfermagem as atividades que contribuem para saúde, a recuperação ou a morte serena dos indivíduos saudáveis ou doentes e que estes fariam independentemente, isto é, por si próprios se tivessem a força, a

⁴⁰ Os protocolos terapêuticos utilizados são sempre definidos pelo médico e aos serviços farmacêuticos cabe a responsabilidade da preparação dos fármacos que nele constam. Os protocolos usados são os definidos pela BC Cancer Agency (2016) e Cancer Care Ontario (2015). Por norma é seguido o que está descrito na Lei nº 21/2014, de 16 de abril, respeitando as disposições regulamentares e administrativas dos Estados Membros e as boas práticas clínicas, reconhecidas pela qualidade ética e científica. Todos os protocolos *standard* utilizados (protocolos não modificados), injetáveis e de administração oral, constam de suporte de papel, arquivado no dossier "Manual de protocolos de QT do HDO" que vai sendo atualizado pela equipa de enfermagem conforme vão surgindo novos protocolos terapêuticos.

vontade ou os conhecimentos necessários (Henderson, 2007). Esta teórica entendia como saúde, a independência da pessoa em desempenhar as 14 NHF que ela identifica como: respirar normalmente; comer e beber adequadamente; eliminar por todas as vias de eliminação; deslocar-se e manter uma postura desejável; dormir e descansar; selecionar roupas adequadas, vestir-se e despir-se; manter a temperatura do corpo num nível normal, ajustando a roupa e modificando o ambiente; manter o corpo limpo, com boa aparência e proteger os tegumentos; evitar perigos no ambiente e evitar magoar os outros; comunicar com os outros expressando emoções, necessidades, medos ou sentimentos; praticar de acordo com a sua fé; trabalhar em algo que proporcione um sentido de realização; divertir-se ou participar em varias formas de recreação e aprender, descobrir ou satisfazer a curiosidade que leva ao desenvolvimento “normal” em saúde.

Na pessoa com doença oncológica em tratamento de QT todas estas necessidades são passíveis de sofrerem alterações, pelo que esta pode vir a precisar de auxílio de familiares, cuidadores e também dos enfermeiros pelo que a transmissão da informação necessária sobre o que é esperado pelo tratamento, quais os efeitos adversos do mesmo, educar sobre como gerir emoções e sentimentos e as tarefas do dia-a-a deve ocorrer na CE.

Assim, é neste âmbito da melhoria dos cuidados prestados em HDO que tem enquadramento a CE para a pessoa com doença oncológica em tratamento de QT tendo este manual que aqui se apresenta como objetivos:

- Descrever, de modo sistemático, os procedimentos metodológicos e estruturais do atendimento nas CE de primeira vez e de seguimento telefónico;
- Intervir com um plano educativo adequado e específico para capacitar a pessoa com doença oncológica para a sua independência;
- Definir o conjunto de metodologias, procedimentos e ferramentas de trabalho de modo completo, detalhado e claro as tarefas ou funções a desempenhar (Instituto Superior Técnico (IST), 2016) de maneira a facilitar a realização da consulta à pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia.

Este manual está estruturado com uma breve introdução onde é explicado o conceito de CE e quais os seus objetivos, de seguida como é realizado o atendimento à pessoa com doença oncológica num 1ª tratamento de QT e o de

seguimento que se distinguem pelos aspetos organizacionais, procedimentos e registos. No final o plano educativo sobre a QT e os princípios gerais para a entrevista de enfermagem que são mais relevantes.

1 - ORGANIZAÇÃO E PRINCÍPIOS ORIENTADORES DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM

A pessoa que recorre ao Centro Clínico fica integrada numa Unidade Multidisciplinar de acordo com sua patologia médica. De cada unidade fazem parte, dois médicos, um enfermeiro e um gestor de doentes (GD). É da responsabilidade do médico a clínica da doença, o diagnóstico e o prognóstico, e do enfermeiro o atendimento da pessoa que passa pela colheita de dados e pelas intervenções de cuidar de uma pessoa única nos seus contextos de vida.

A articulação entre a Clínica Multidisciplinar e o HDO, ficou estabelecida entre ambas as equipas de enfermagem dando origem ao fluxograma relativo ao circuito do doente (Apêndice I).

É considerado o enfermeiro de referência, o enfermeiro de cada Unidade Multidisciplinar que é responsável pela continuidade dos cuidados à pessoa, pelo que:

1º O enfermeiro de referência é sempre o mesmo e articula-se com o grupo de profissionais em reuniões semanais multidisciplinares onde são discutidas as situações clínicas das pessoas. Colhe a informação e faz os registos em sistema informático de acesso a todos os intervenientes no processo terapêutico

2º Articula-se com o GD quando há indicação para QT. Este, após uma chamada telefónica para o HDO, agenda o tratamento para o próprio dia desde que haja disponibilidade do serviço e vontade da pessoa

3º O GD acompanha a pessoa ao HDO levando todos os agendamentos de consultas e realização de exames posteriores ao tratamento de QT.

4º O enfermeiro do HDO responsável pela CE de 1ª vez nesse dia, apresenta o serviço, restante equipa, fornece informação do funcionamento do serviço e agenda o tratamento realizando a CE de 1ª vez obedecendo a todos os procedimentos da mesma e de acordo com o plano terapêutico prescrito. É também responsável pela consulta telefónica de seguimento que ocorre já depois de iniciado o tratamento de QT. A pessoa regressa ao cuidado do seu enfermeiro de referência.

2 - PRINCÍPIOS GERAIS PARA A ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

Para que a entrevista seja bem-sucedida, é necessário da parte do enfermeiro uma relação empática e uma boa capacidade de comunicação (Phaneuf, 2005). A consulta é um processo interativo que recolhe dados específicos (informação) através do diálogo entre as pessoas intervenientes (dados subjetivos) e da observação do enfermeiro (dados objetivos). O enfermeiro tem de ter a capacidade e habilidade para conseguir perceber a informação, que por vezes parece ser óbvia, mas que o doente não consegue transmitir ou não tem “à vontade” para falar. Como acrescenta Phaneuf (2005), a entrevista é um encontro geralmente previsto e planificado entre pessoas que têm como objetivo a partilha de um conhecimento com intuito terapêutico.

A maneira como a entrevista é conduzida, influencia o seu resultado. Este será mais favorável se a pessoa que a fizer tiver a competência e habilidade de recolher informação necessária a uma avaliação exata das NHF alteradas (Moorhouse & Doenges, 2010).

As orientações dadas à CE, que a seguir se apresentam, derivam de uma articulação com o protocolo de SPIKES (Buckman, 2005), a obra de Phaneuf (2005) intitulada “Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação” orientada da comunicação, e da filosofia de cuidados sobre as intervenções do enfermeiro pensada por V. Henderson (2007).

Fase preparatória da consulta

1. Assegurar que a consulta se irá realizar num gabinete em que seja garantida a privacidade da pessoa.
2. Garantir que a consulta não seja interrompida por outros profissionais ou pelo telefone. Neste caso deve ser dada indicação a todos os colegas de trabalho para não ser transferida nenhuma chamada telefónica enquanto a consulta estiver a decorrer. Caso a chamada seja para o enfermeiro que está a realizar a consulta, esta deve de ficar registada, para o enfermeiro entrar em contato com a pessoa logo que possível.

3. Tomar conhecimento prévio dos registos médicos em diário clínico e de enfermagem que estão disponíveis em sistema informático. Este procedimento permite uma preparação prévia da entrevista, o que faz com que não se repitam questões cuja informação está patente no processo clínico;
4. A informação escrita no processo clínico é obtida através de duas fontes (Moorhouse & Doenges, 2010). A principal, fornecida pelo próprio, e a secundária, fornecida por membros da família ou pessoas significativas, bem como pelo enfermeiro, médico ou outros profissionais de saúde.
5. O próprio enfermeiro deve ir buscar a pessoa à sala de espera e acompanhá-la ao gabinete da CE;
6. Apresentar o restante *staff* do serviço, bem como todo o HDO;
7. Explicar quais os objetivos das CE.
8. Validar com a pessoa se prefere estar acompanhada ou sozinha;

Fase da Colheita de dados da consulta

Toda a história da pessoa tem a sua importância. O enfermeiro tem de escutar ativamente (Phaneuf, 2005) pois muita informação pertinente pode não ter sido verbalizada, mas expressa pelo rosto ou pelo companheiro. As técnicas para uma escuta ativa, como referem Moorhouse e Doenges (2010) não implicam tempo limite para a resposta.

- Avaliar a perceção cognitiva da pessoa sobre a sua situação clínica. Por exemplo iniciar a entrevista perguntando: O que sabe sobre a sua doença? e sobre o seu tratamento? O que reteve daquilo que o médico lhe disse? Tem dúvidas que precise de ver esclarecidas?
- Aconselha-se as questões abertas porque dão à pessoa a liberdade de responder à sua maneira, não impõem qualquer limite e podem fornecer muita informação importante (Moorhouse & Doenges, 2010).
- Manifestar empatia através da exploração e da validação de emoções, tentado saber, por exemplo: quais são as principais preocupações em relação ao tratamento? Que informações precisa(m)? O que o ajuda? De que forma

esta doença está a influenciar a sua vida diária? Que alterações ocorreram no dia a dia desde que surgiu esta doença? Quais os aspetos que têm tido mais dificuldade em lidar? Quais as suas prioridades neste momento?

- Corrigir a informação incorreta;
- Demonstrar disponibilidade na consulta toda;
- Avaliar as alterações das NHF recorrendo ao instrumento de colheita de dados orientador da CE e intervir em conformidade.
- Avaliar os sinais e sintomas relacionados, caso o doente já tenha iniciado a QT, com efeitos secundários.
- Adequar a informação ao contexto social, educacional e etário da pessoa;

Fase de Planificação da consulta

As etapas do protocolo SPIKES (Buckman, 2005) não se podem dissociar. No entanto para facilitar a compreensão apresentam-se divididas. Há que dar relevância ao que o doente e familiar(es) nos transmitem e àquilo que a pessoa quer ou precisa de saber (Moorhouse & Doenges, 2010).

- Relembrar o plano terapêutico de QT, promovendo sempre um ambiente de confiança que estimule o diálogo;
- Informar a pessoa em relação aos tratamentos de QT a efetuar, adaptando o ensino às suas capacidades cognitivas, motoras e aos potenciais riscos terapêuticos;
- Adequar a informação ao contexto social, educacional e etário da pessoa;
- Dar conhecimento sobre os efeitos secundários mais frequentes, tendo em conta cada protocolo e esquema terapêutico instituído para domicílio (Apêndice V).
- Conjuntamente com a pessoa, procurar estratégias que diminuam os problemas identificados ou os potenciais;
- Responder de forma empática às emoções da pessoa;

- Ser honesto quanto aos pedidos de informação sobre a doença e o tratamento;
- Demonstrar disponibilidade na consulta toda;
- Dar atenção à pessoa como um todo.
- Fornecer a informação desejada pela pessoa;
- Abordar os assuntos que para a pessoa constituem uma preocupação e aconselhar ou encaminhar para outro técnico, caso, se ultrapasse a competência do enfermeiro;
- Fazer síntese sobre os aspetos mais relevantes e definir estratégias de atuação;
- Fornecer folhetos informativos⁴¹ já existentes no serviço, de acordo com os efeitos adversos do protocolo prescrito.
- Dar conhecimento sobre “A carta dos direitos e deveres do doente oncológico”⁴², caso a pessoa a considere importante e necessária;
- Informar sobre os serviços de apoio disponíveis na Instituição: Dietista/ Nutricionista, Psicólogo, Psiquiatra, entre outras consultas. Sempre que necessário é feita diretamente a articulação com estes profissionais através de uma linha direta (extensão do serviço) ou pedido de ajuda ao administrativo que dá apoio a esses serviços. A pessoa também tem acesso direto a estes profissionais se quiser, sem ser necessária articulação interna;
- Agendar consulta telefónica de seguimento (*follow-up*) (agenda pessoal do enfermeiro).
- Validar consulta médica em sistema informático e/ou realização de exames vários;
- Disponibilizar o contato telefónico, para ser usado em caso de dúvidas relacionadas com a medicação oral em casa e em situação de descontrolo sintomático;

⁴¹ Folhetos informativos já existentes no serviço, com informação sobre a alimentação em caso de náuseas/ vômitos, diarreia, mucosite oral, obstipação, ou outro sintoma, especificidades de protocolo. Estes folhetos estão de momento a ser atualizados por toda a equipa do HDO de acordo com a disponibilidade do serviço.

⁴² Liga Portuguesa Contra o Cancro (2011).

- No final da entrevista, acompanhar a pessoa até ao seu lugar da sala de tratamento e apresentar o lugar onde vai realizar o tratamento. É da competência e responsabilidade do Assistente Operacional fazer o ensino sobre o uso das campainhas, televisão e mobilidade do cadeirão;
- Realizar registos em plataforma própria em computador.
- Validar, no final da CE a informação sobre, o que é a QT, qual o seu objetivo, duração e periodicidade da mesma e os locais onde vai ser administrada.
- Não interromper, nem fazer comentários, são estratégias que provocam um à vontade da pessoa para partilhar os seus sentimentos (Moorhouse & Doenges, 2010).

Fase de finalização da consulta

Terminada a entrevista o enfermeiro deve de conseguir colocar em processo clínico toda a informação conseguida, tendo como finalidade a planificação dos cuidados o mais personalizado possível e servir de base à continuidade dos cuidados pela equipa. O instrumento de colheita de dados orientador da CE é no final digitalizado pelo administrativo da unidade que tem a responsabilidade de o colocar nos documentos anexados ao processo em sistema informático.

3 - CONSULTA DE ENFERMAGEM DE 1ª VEZ À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Aspetos organizacionais

Local da consulta: Gabinete 2.09

Horário da consulta: das 08:00h às 1500h diariamente

Número de consultas/dia: 3-4 consulta de 1ª vez

Tempo previsto: 30 a 45 minutos /cada

Materiais de apoio:

- Instrumento de colheita de dados orientador da CE em HDO
- Chek-list das intervenções de enfermagem da consulta de 1ª vez à pessoa em tratamento de QT
- Boletim informativo já existente no serviço (onde consta a informação dos contatos telefónicos, pequenos comentários sobre os efeitos secundários e cuidados gerais à pessoa que realiza QT)
- Manual de procedimentos da CE para pessoas em tratamento de QT

Registos: após preenchimento do instrumento de colheita de dados é digitalizado e colocado no processo clínico e escrito em processo informático que se realizou tratamento àquela pessoa com ou sem intercorrências e quando volta para novo ciclo.

Toda a pessoa com doença oncológica tem direito a um cuidado personalizado e este só se consegue efetivar com qualidade quando é realizado num espaço apropriado e individualizado, onde é permitido estarem presentes os familiares/cuidadores, caso a pessoa assim o autorize. Este espaço, chamado “box”, possui um televisor, lugar para acompanhante, campainha de chamada imediata e mesa de refeição. É aconselhável a pessoa não estar em jejum antes do tratamento e pode mesmo tomar uma refeição no decorrer do mesmo. Se, coincidir o tratamento

com a hora do almoço, este pode ser servido ao próprio e ao acompanhante, depois de uma escolha prévia da ementa diária, igual à existente no refeitório da Instituição.

Como objetivos para a CE de 1ª vez foram definidos:

- Acolher a pessoa com doença oncológica antes do início do tratamento de quimioterapia no hospital dia;
- Avaliar as necessidades humanas fundamentais alteradas, ou com potencial risco de alteração, decorrentes dos efeitos secundários do protocolo terapêutico prescrito.
- Articular as funções entre as equipas de enfermagem das Unidades Multidisciplinares com a equipa de enfermagem do HDO;
- Estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa e familiares, tendo em vista os domínios: biológico, psicológico, sociológico, cultural e espiritual da pessoa em tratamento de QT.

Procedimentos

Para somatizar a entrevista a realizar na CE de 1ª vez foi elaborado um instrumento de colheita de dados orientador da CE (Apêndice II), organizada em cinco áreas:

A identificação geral da pessoa (recolha de dados administrativos do processo). Esta área diz respeito aos dados sociodemográficos: idade, estado civil, agregado familiar, situação profissional atual, pessoa identificada como o elemento de referência e validação de todos os contatos telefónicos. Estes dados são preenchidos pelo assistente operacional.

A informação relativa à situação de saúde da pessoa. Esta área diz respeito à informação sobre a doença atual (oncológica), que tem uma parte sobre dados gerais (relativos ao processo clínico), peso e altura, nome do médico assistente e do enfermeiro de referência e dados do protocolo terapêutico e diagnóstico. Outra parte escrita sobre a história da doença oncológica e antecedentes familiares com esta doença e ainda a percepção da pessoa em relação ao seu diagnóstico, seguindo uma avaliação pela escala de Zubrog. Esta escala foi projetada pelo Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) dos Estados Unidos e

validado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Publicada em 1982 por Oken et al. Também chamada de escala ECOG, ou escala de pontuação Zubrod. A sua principal função é elevar a qualidade de vida dos doentes ou "performance status", que nos permite quantificar o bem-estar da pessoa. Pode ser utilizada para determinar se, a pessoa está apta para receber QT, por exemplo, ou se é necessária alguma intervenção mais imediata. A classificação é feita de 0 a 5. O 0 corresponde a uma atividade normal, ou seja, sem necessidade de intervenção e o 5, a morte e ainda, hábitos tabágicos, alcoólicos ou outros, antecedentes pessoais e familiares e por fim situações alérgicas a ter atenção e qual a medicação habitual (Oken et al., 1982).

A avaliação das necessidades humanas fundamentais. Diz respeito à avaliação das alterações que ocorrem no padrão de resposta em cada uma das NHF. Cada espaço "quadricular" é preenchido com uma das siglas que constam no cabeçalho deste grupo, que são:

I = Identificado M = melhorou; SA = Sem Alteração; P = piorou; R = Resolvido ou AR = Alto Risco. Estão previstas 4 colunas para 4 avaliações, as duas 1^{as} feitas pelo HDO e as restantes pelo enfermeiro de referência da Clínica Multidisciplinar, daí a coluna ter espaço para a letra. Quando em situação de agravamento sintomático ou identificado o alto risco através da avaliação da escala da CTCAE, (zona vermelha da escala), é feito o encaminhamento para um serviço de urgência. É registada a sigla que mais se adequa à situação presente.

Entretanto é feita no final da consulta a validação através da *check-list* para conferir o que já está cumprido

4 - PLANO EDUCATIVO PARA A A PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA E SEUS FAMILIARES/CUIDADORES EM TRATAMENTO DE QT

No decorrer da consulta de enfermagem deve de ser transmitido à pessoa e seu acompanhante a especificidade de um tratamento de quimioterapia, sempre e de acordo com a pessoa e se entendermos que ela consegue lidar com a informação dada.

Assim, é relevante abordar o que é a quimioterapia e o porquê deste tratamento, podendo ter um efeito benéfico, como por exemplo uma melhor eficácia do controlo sintomático (Dalby et al. 2013; Valenti, 2014). A QT consiste na administração de um ou mais citostáticos e tem o objetivo de destruir as células neoplásicas. Os citostáticos atuam ao nível da capacidade da multiplicação celular, mas não atuam apenas sobre as células malignas, atuam também sobre as saudáveis (Andrade, 2012; Costa, Magalhães, Félix, Costa & Cordeiro 2005). As células de divisão rápida, como as da mucosa oral e gastrointestinal, células do sangue e folículos pilosos e gónadas são frequentemente afetadas e, por isso, podem surgir os efeitos secundários ao tratamento, que podem ser temporários ou podem nem surgir tal depende dos medicamentos utilizados e variam de pessoa para pessoa.

Ainda de realçar:

- **Tipo de tratamento.** Se é um tratamento com intenção curativa ou de controlo sintomático. É considerado neo-adjuvante quando tem o objetivo de reduzir o volume tumoral de forma a permitir uma cirurgia mais segura. Adjuvante quando é realizado após a remoção cirúrgica do tumor e tem como objetivo diminuir a probabilidade de recidiva. Em caso de doença metastática a quimioterapia já é considerada paliativa, tendo como objetivo o controlo da doença e diminuição de sintomas, retardando a sua progressão.
- **Vias de administração.** A mais usada é a endovenosa, apesar de hoje em dia, cada vez mais poder ser oral. A ser usado um acesso venoso, este pode ser periférico ou central, através da utilização de catéteres venosos centrais totalmente implantados de acesso subcutâneo (IMPLANTOFIX®).

- **Periodicidade/Duração.** É variável e sempre definida em protocolo médico. Podem ser ciclos semanais, quinzenais, 21/21dias, 28/28 dias (Apêndice VI) ou de administração contínua. A duração de um tratamento pode ir de 10 minutos a 6-8 horas, isto se não houver alergias envolvidas. É natural que a pessoa sinta dor com o início da punção venosa, mas se esta se mantiver deve comunicá-lo ao enfermeiro, pois pode estar relacionada com qualquer efeito do medicamento em perfusão e, nas situações mais graves, ser um extravasamento do fármaco.
- **Efeitos secundários da QT (mais imediatos).** Pode acontecer enquanto o medicamento está a perfundir e, dependendo do protocolo, a pessoa desencadear algum tipo de reação alérgica, que geralmente se manifesta por rubor facial, sudorese intensa, hipersalivação, dores lombares fortes, dificuldade respiratória e desartria. Para estes casos está definido pelo serviço, um protocolo de atuação imediata com uma terapêutica de suporte (protocolo SOS) e chamar o médico de apoio ao HDO. Quando a reação for revertida é reiniciado o medicamento em curso a um ritmo mais lento e de acordo com indicação médica.
- **Efeitos secundários da QT (mais tardios)** vão desde as náuseas/vómitos, alopecia, alteração gastrointestinal, neuropatias, mucosite oral, dores ósseas ou osteo-articulares, hipertermia, alterações sexuais, (em mulheres pré-menopáusicas, deve de ser abordado o uso de contraceção), entre outros. No entanto, em cada protocolo existe terapêutica de suporte prescrita para ser administrada previamente ao tratamento e quando o protocolo é mais agressivo, nomeadamente sobre com a emese, são também prescritos antieméticos para domicílio sobre os quais se dá informação sobre a administração. Em relação aos aspetos sexuais é importante focar às pessoas que a QT pode provocar alterações na libido, em jovens pode afetar a fertilidade no futuro, embora se tenha de usar o método contraceptivo sempre. O aparecimento da febre, é um dos sintomas de alerta (Aranda et al., 2012; Maia, Dantas, Santos & Ramos, 2010) uma vez que esta pode estar relacionada com a diminuição de glóbulos brancos (neutrófilos), sendo considerada uma neutropénia febril que necessita da introdução de antibioterapia e/ou internamento para controlo analítico. Em relação aos aspetos sexuais é importante focar às pessoas que a QT pode provocar alterações na libido, em jovens pode afetar a fertilidade no futuro,

embora se tenha de usar o método contraceptivo sempre. Durante o interciclo (intervalo entre os ciclos de QT) em caso de a pessoa não conseguir controlar os sintomas, mesmo com medicação prescrita, deve de entrar em contato com o HDO ou com a urgência do hospital mais perto.

- **Contactos** disponibilizar o nº da linha telefónica 24 horas/dia que deve ser, tendo o cuidado de informar que está em tratamento de QT, qual o tipo de tratamento e a data de realização.
- **Apoio do domicílio.** Em caso de necessidade um acompanhamento mais direto e presencial e sempre que a pessoa não se consiga dirigir ao HDO, existe uma equipa de cuidados domiciliários constituída por enfermeiros, médicos e auxiliares com esta função, manter os cuidados em casa. Esta equipa tanto pode ser contactada pelo HDO, como pelo enfermeiro de referência. Verificar aos apoios no domicilio disponíveis na área de residência.

5 - CONSULTA TELEFÓNICA DE SEGUIMENTO À PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA

Aspetos organizacionais

As consultas de seguimento são realizadas pelo enfermeiro que fez a CE de 1ª vez.

Local da consulta: Balcão de enfermagem

Horário da consulta: das 08:00h às 1500h diariamente

Número de consultas/dia: toda as agendadas em agenda

Tempo previsto: 15 minutos /cada. No entanto não está definido um tempo igual em relação à CE, dada a especificidade de cada doente e respetivo plano terapêutico. Este tempo será estabelecido pelo enfermeiro de acordo com as necessidades levantadas.

Materiais de apoio:

- Instrumento de colheita de dados orientador da CE
- Guia orientador da consulta telefónica
- A escala de CTCAE (Common Terminology Criteria for Adverse Events, version 4), que se encontra em (Apêndice IV). Que auxilia em relação à avaliação e monitorização dos sintomas da QT ou descontrolo sintomático pela própria doença e serve de apoio à equipa de enfermagem para que todos tenham a mesma abordagem na avaliação sintomática associada ou não ao tratamento de QT.

Quando são realizadas? Em caso de administração injetável, são realizadas no dia 2 do ciclo (24h) se tratamento com duração de um dia 3 do ciclo (48 horas), se tratamento que requer perfusão de medicação para domicilio, como é o caso de bombas infusoras para ambulatório. após o início do tratamento dependendo do protocolo instituído e em caso de QT oral é realizada ao dia 7 quando se prevê que haja efeitos adversos mais relevantes.

Registos: preenchido o instrumento de colheita de dados, é digitalizado o documento pelo assistente operacional e colocado como documento anexado do processo clínico informático, bem como escrito em processo informático que foi realizado a consulta, se houve alguma intercorrência relevante que se tenha de articular mais imediato com o enfermeiro de referência.

Como objetivos para a CE de seguimento foi definido:

- Monitorização dos efeitos secundários da QT
- Esclarecimento de dúvidas
- Validação da medicação para domicílio (que faz parte do protocolo prescrito)

Procedimentos

Fase preparatória da consulta

Ler o instrumento de colheita de dados para perceber a situação clínica e qual os aspetos a abordar naquela pessoa. Ter atenção ao protocolo e seus efeitos secundários.

Fase da Colheita de dados da consulta

As questões colocadas devem de ir ao encontro das NHF levantadas na CE de 1ª vez, e seguem um guia orientador criado a partir de um questionário feito a toda a equipa do HDO com o intuito de uniformizar a abordagem, ainda que esta seja individualizada (Apêndice V). Deve de ser recomendado ao doente ou pessoa que atenda o telefonema que em caso de necessidade devem entrar em contato com o enfermeiro de referência da respetiva unidade.

Fase de finalização da consulta

É da responsabilidade do enfermeiro que realiza o atendimento telefónico fazer o registo da informação recolhida no processo do doente que se encontra disponível informaticamente. Este registo é realizado ainda no instrumento de colheita de dados orientador da CE, colocando-se a letra na quadrícula do mesmo de acordo com a avaliação do enfermeiro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco News*, 21, 27-31.
- Aranda, S., Jefford, M., Yates, P., Gough, K., Seymour, J. Francis, P. ... Schofield, P. (2012). Impact of a novel nurse-led prechemotherapy education intervention (ChemoEd) on patient distress, symptom burden, and treatment-related information and support needs: Results from a randomised controlled trial. *Annals of Oncology*, 23(1), 222-231. doi:10.1093/annonc/mdr042
- BC Cancer Agency. (2016). *Chemotherapy protocols*. Acedido a 07/01/2016. Disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/professional-resources/chemotherapy-protocols>
- Buckman, R. A. (2005). Breaking bad news: The S-P-I-K-E-S strategy. *Communicaty Oncology*, 2(2). 138-142. doi:10.1016/S1548-5315(11)70867-1
- Cancer Care Ontario, (2015). *Drug formulary*. Disponível em: <https://www.cancer.care.on.ca/toolbox/drugformulary/>
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., & Cordeiro, S. (2005). *O cancro e qualidade de vida. A quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Lisboa: Realizações Gráficas.
- Dalby, C., K., Nesbitt, M., Frechette, C. A., Kennerley, K., Lacoursiere, L. H., & Buswell, L. (2013). Standardization of initial chemotherapy teaching to improve care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5), 472-475. doi:10.1188/13.CJON.472-475
- Direção-Geral da Saúde. (2001). *Glossário de conceitos para produção de estatísticas em saúde*. Lisboa: Autor.
- Direção-Geral da Saúde. (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012. Eixo estratégico. Qualidade em saúde*. Disponível em: <http://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wpcontent/uploads/2015/10/Plano-Nacional-de-Saude-2012-2016-DGS.pdf>
- Donabedian, A. (1997). The quality of care. How can it be assessed? 1988. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 121(11), 1145-1150.

- Garcia, S. (2014). The effects of education on anxiety levels in patients receiving chemotherapy for the first time: An integrative review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(5), 516-521. doi:10.1188/14.CJON.18-05AP
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Lisboa: Lusodidacta.
- Instituto Superior Técnico. (2016). *Manual de procedimentos*. Disponível em: https://drh.tecnico.ulisboa.pt/files/sites/45/manual-de-acolhimento_v1_2014.pdf
- Lei nº 21/2014, de 16 de abril (2014). Aprova a lei da investigação clínica. *Diário da Republica, Série I*, nº 75. (2450-2465).
- Liga Portuguesa Contra o Cancro. (2011). *Carta dos direitos e deveres do doente oncológico*. Disponível em: http://www.oportalsaude.com/xfiles/guia_do_doente_1375890074.pdf
- Maia, V. R., Dantas, A. C. A., Santos, M. G. S., & Ramos, V. P. (2010). *Protocolos de enfermagem: Administração de quimioterapia antineoplásica no tratamento de hemopatias malignas*. Rio de Janeiro: Hemorio. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/ccih.pdf>
- Moorhouse, M. F., & Doenges, M. E. (2010). *A aplicação do processo de enfermagem e do diagnóstico de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T., & Carbone, P. P. (1982) Toxicity and response criteria of the eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655. Disponível em: <http://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>
- Oliveira, S. K. P., Queiróz, D. P. O., Matos, D. P. M., Moura, A. F., & Lima, F. E. T. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1). 155-161. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista e relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Portaria nº 306-A/2011, de 20 de dezembro (2011). Aprova os valores das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde, bem como as respectivas regras de apuramento e cobrança. *Diário da República I Série (1º Supl.)*, nº 242. (5348-(2)-5348(4)).

Salgado, N. F. O. G. (2011). A história oncológica do doente. *Onco.News*, 18, 23-32.

Santos, G. S. S. (2001). *Consulta de enfermagem: Atendimento ao cliente*. Disponível em: <http://www.ebah.pt/content/ABAAAAjFoAD/consulta-enfermagem>

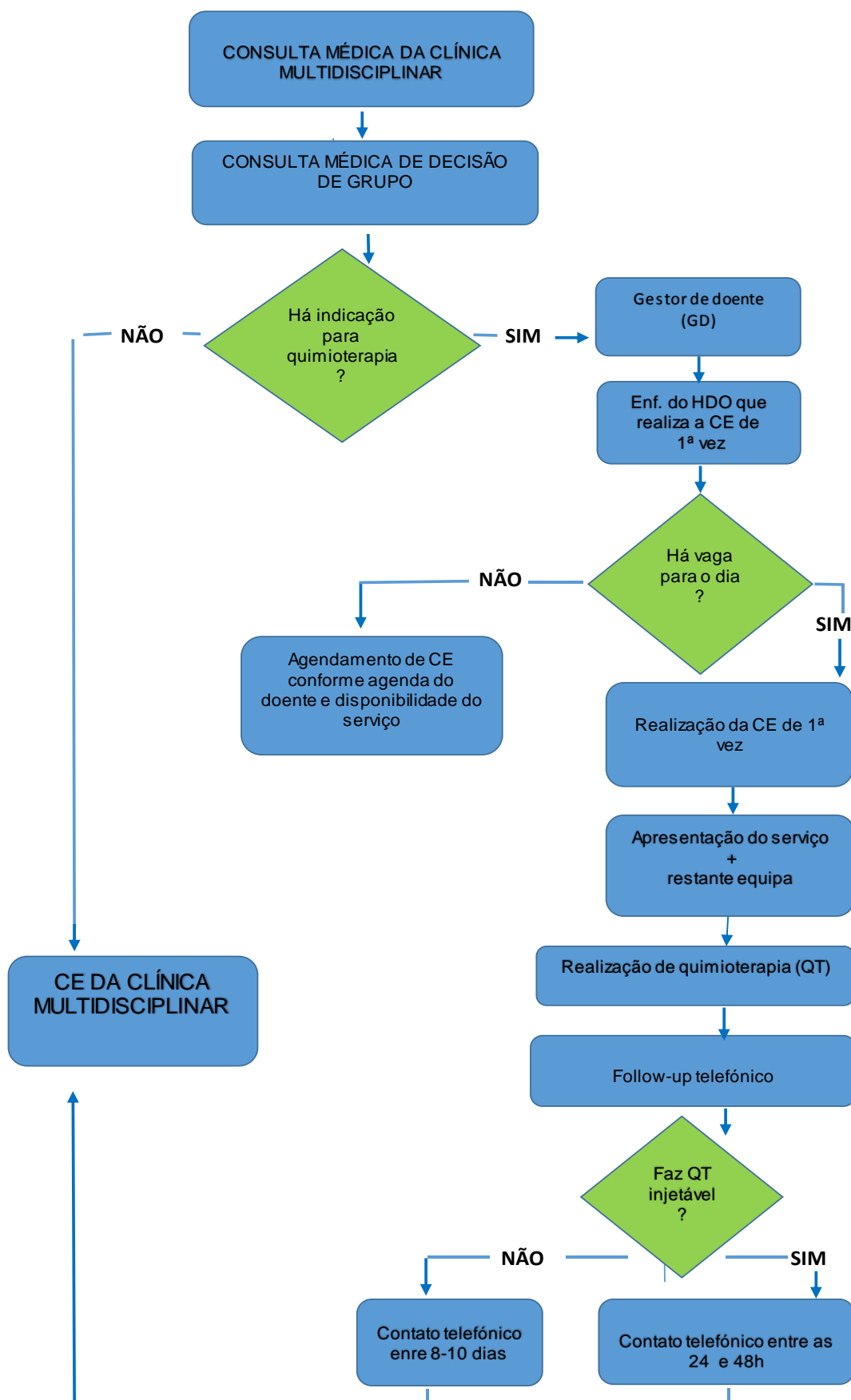
Valenti, R. B. (2014). Chemotherapy education for patients with cancer: A literature review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 637-640. doi:10.1188/14.CJON.637-640

APÊNDICES

Apêndice I

Fluxograma do circuito do utente em tratamento de quimioterapia

FLUXOGRAMA DO CIRCUITO DO DOENTE EM TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA



Apêndice II

Instrumento de colheita de dados orientador das CE no HDO

INFORMAÇÃO GERAL DA PESSOA

DATA: ___/___/___ Enf.: _____

Nome: _____ Nº CCC: _____

Idade _____

Nacionalidade: _____ Profissão _____

Situação atual: Baixa médica [] Desempregado [] Reformado [] Outra [] _____

Estado civil: _____ Cuidador informal/ pessoa significativa _____

Contacto telefónico: _____

Validar contatos telefónicos existentes / E-mail: Sim [] Não [] Outros _____

Qual a religião? Praticante? _____

Agregado familiar (discriminar composição: relação, nome e idades)

INFORMAÇÃO RELATIVA À SITUAÇÃO DE SAÚDE DA PESSOA

Médico: _____ Unidade _____ Seg. Saúde _____

Diagnóstico clínico: _____

Quimioterapia: Adjuvante [] Neoadjuvante [] Metastática [] Paliativa []

Tratamento Prescrito (*protocolo médico*) _____

1ª Vez [] Subsequente [] Alteração de protocolo [] de _____ para _____

Acesso venoso periférico [] Central [] Data da colocação _____

Altura _____ Peso _____

História da doença atual:

Antecedentes oncológicos na família: Não [] Quais? _____

Antecedentes pessoais: (*outras comorbilidades, cirurgias realizadas e medicação habitual*)

Alergias: Desconhece [] Não [] Sim [] Quais? _____

Como se manifesta? _____

Hábitos tabágicos

[] não fumador

[] ex-fumador (desde _____ / fumava _____ cig/dia

[] fumador (_____ cig/dia)

Hábitos Alcoólicos

[] Não ingere

[] Socialmente

[] À refeição

[] Moderadamente (especificar)

[] Excessivamente (especificar)

Performance Status / Escala Zubrog (ECOG) (identificar o grau com um X)		
Nenhuma queixa: ausência de evidência de doença. Capaz de levar a sua vida normal: sinais e sintomas menores da doença	0	Atividade normal
Alguns sinais ou sintomas da doença com o esforço. Capaz de cuidar de si mesmo. Incapaz de levar suas atividades normais ou de exercer um trabalho ativo	1	Com sintomas da doença. Mas capaz de levar o seu dia-a-dia
Necessita de assistência ocasional, mas ainda é capaz de prover a maioria das suas necessidades.	2	Ocasionalmente necessita de assistência
Incapaz: requer cuidados especiais e assistência. Muito incapaz: indicada hospitalização, apesar de a morte ser eminente	3	Carente de cuidados de enfermagem
Muito debilitado. Hospitalização necessária. Necessita de tratamento de apoio Ativamente moribundo: processos letais progredindo rapidamente	4	Pode necessitar de internamento
Morto	5	

ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group; American Joint Commission (AJC) of Cancer Staging and End Results Reporting

Percepção em relação ao diagnóstico	DESCONHECE	CONHECE				
		Em negação	Rejeita informação	Compreende a sua situação oncológica	Expetativas Realistas	Expetativas não realistas
Da pessoa						
Da família						
Do cuidador						

Avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF)

Monitorizar sintomatologia relevante na 1ª CE face às NHF. Se alguma alteração identificada, é feita avaliação nas consultas seguintes.

I = identificado; M= melhorado; SA= Sem alteração; P= piorou; AR= alto risco

Necessidades Humana Fundamentais (NHF)	DATA			
	1ª	2ª	3ª	4ª
RESPIRAÇÃO				
Alteração do padrão respiratório relacionado com:				
Presença de sofrimento emocional				
Obstrução / desobstrução ineficaz das vias aéreas				
Doença respiratória (sequelas)				
Cansaço fácil, relacionado com efeitos secundários da QT				
ALIMENTAÇÃO				
Alteração do padrão alimentar relacionado com:				
Aumento do apetite relacionado com a medicação (ex. corticóides)				
Processo de doença (anorexia/disfagia/traqueostomia) <i>(riscar o que não interessa)</i>				
Náuseas / Vômitos				
Diarreia				
Obstipação devido a dieta desequilibrada				
Dificuldade na ingestão de alimentos relacionados ou não com a QT <i>(riscar o que não interessa)</i>				
ELIMINAÇÃO				
Alteração do padrão da eliminação relacionada com:				
Ansiedade (alteração emocional)				
Obstipação devido a dieta desequilibrada				
Obstipação devido a diminuição da atividade física				
Diarreia devido a dieta desequilibrada				
Ingestão hídrica (quantidade reduzida)				
Processo de doença atual				
Outras situações clínicas anteriores como:				
- Ostomias				
- Incontinência fecal				
- Incontinência urinária / retenção de líquidos <i>(riscar o que não interessa)</i>				
- Insuficiência renal				
Queixas urinárias (disúria, infeção, poliúria, nictúria, poliúria) <i>(riscar o que não interessa)</i>				
MOBILIDADE/POSTURA CORPORAL				
Alteração da mobilidade relacionada com:				
Debilidade / diminuição da função motora				
Cansaço fácil a pequenos / médios esforços				
Dor				
Linfedema devido a mastectomia <i>por exemplo</i>				
Emagrecimento / caquexia (já existente pela doença) avaliação feita através da escala de Zubrog				
Emagrecimento por efeitos secundários da QT				
SONO E REPOUSO				
Alteração do período de sono e repouso relacionada com:				
Insónias (desconhecimento sobre o futuro e/ou preocupação com a doença) <i>(riscar o que não interessa)</i>				
Receio sobre a doença, exames e tratamentos				

Efeitos secundários da QT				
Depressão				
Falta de apoio emocional em casa				
ESCOLHER A ROUPA - VESTIR-SE E DESPIR-SE				
Alteração da capacidade para se Auto cuidar relacionada com:				
Sem vontade para de vestir				
Sem vontade de se vestir devido à alteração da imagem				
Dificuldade em se vestir devido a degradação física				
Sem vontade para de vestir devido a dor à mobilidade				
Dificuldade em se despir devido a degradação física				
Dificuldade em se despir devido à alteração da imagem				
Dificuldade em se despir devido a dor à mobilidade				
MANUTENÇÃO DO CORPO LIMPO E CUIDADO				
Alteração da Integridade da pele/tegumentos prejudicada, relacionada com:				
Queimadura da pele por irradiação				
Reações adversas secundárias ao esquema de QT				
Mobilidade deficiente (acamado)				
Cuidados de higiene precários relacionados com:				
Cultura				
Dificuldades socioeconómicas				
Défices cognitivos				
Fadiga				
Dor				
Falta de acompanhamento familiar / cuidador				
Mucosa oral alterada relacionada com:				
Higiene oral deficiente				
Efeitos de toxicidade da QT				
Baixa de valores imunológicos ¹				
Distúrbio da imagem corporal, relacionado com:				
Técnicas cirúrgicas (Ostomias, mastectomia, outras)				
Debilidade / emagrecimento (<i>riscar o que não interessa</i>)				
Mudança de aparência pela toma excessiva de corticóides				
Toxicidade terapêutica (alopécia, rash, cianose das unhas)				
TEMPERATURA CORPORAL				
Alteração da temperatura corporal relacionada com:				
Hipertermia devido a infeção pulmonar				
Hipertermia				
Hipertermia devido a efeito secundário da QT				
Hipotermia				
Hipotermia devido a efeito secundário da QT				
MANUTENÇÃO DO AMBIENTE SEGURO				
Alteração do ambiente seguro relacionado com:				
Défice cognitivo				
Baixa escolaridade				
Regime polimedicamentoso				
Falta de conhecimento do regime terapêutico				
Incapacidade de se manter sozinho em casa				
Incapacidade de manutenção do lar relacionado com:				
Mobilidade /respiração / emagrecimento (<i>riscar o que não interessa</i>)				
Dor				
Recursos comunitários deficientes / indisponíveis (<i>riscar o que não interessa</i>)				

¹ No HDO ficaram definidos pelo diretor clínico que os valores aceitáveis para QT estavam dentro dos seguintes parâmetros: Valor de Hg= 8gr; plaquetas = 100 000; neutrófilos = 1.500; leucócitos = 2000

Recursos familiares deficientes / indisponíveis				
Dificuldade de adaptação à doença relacionada com:				
Diagnóstico (neoplasia maligna)				
Doença crónica / processo de doença prolongada				
Regime terapêutico complexo				
Tipo de tratamento (Quimioterapia, radioterapia ou cirurgia) (riscar o que não interessa)				
Incerteza no futuro				
Alteração nas atividades de vida/ estilos e comportamentos				
Dor, desconforto ou incapacidade				
Conflito de decisão relacionado com:				
Tipo de tratamento				
Efeitos secundários (ex. alopecia)				
Opções de fazer tratamento com diminuição da qualidade de vida				
Perigo de contágio para os outros (evita o contato)				
Atividade profissional				
Desgaste da pessoa que presta cuidados relacionado com:				
Estigma associado à doença				
Incerteza do decurso da doença				
Exigências do doente / Grau de dependência				
Cansaço				
Incapacidade física /psíquica por parte do cuidador (riscar o que não interessa)				
Medo relacionado com:				
Morte				
Dor, desconforto ou incapacidade				
Tratamento (efeitos secundários)				
Punção venosa (medo de agulhas)				
Infeção relacionada com:				
Alteração do sistema imunitário secundária aos tratamentos de QT				
Colocação e/ou manutenção de catéteres venosos periféricos				
Colocação e/ou cateteres venosos subcutâneos/ totalmente implantado				
Outro				
COMUNICAÇÃO				
Alteração da comunicação relacionada com:				
Traqueostomia				
Hipoacusia				
Afonia / Hipofonia				
Não-aceitação / negação/ desconhecimento da doença (riscar o que não interessa)				
Dificuldade em falar sobre a doença				
Depressivo /Ansioso				
PRÁTICAS RELIGIOSAS				
Alteração dos seus valores espirituais relacionados com:				
Castigo pela doença				
Influência social / familiar				
Perda de fé e crença				
OCUPAÇÃO LABORAL				
Alteração do processo familiar relacionado com:				
Alterações de papéis				
Alteração nas atividades de vida diárias				
Processo de doença prolongada				
Futuro incerto				
Isolamento social relacionado com:				
Alteração da vida diária				

Deslocações frequentes ao hospital				
Debilidade				
Alteração da imagem corporal				
ATIVIDADES DE RECREAÇÃO				
Alteração nas atividades sociais, relacionado com:				
Perda de vontade devido à doença				
Falta de apoio e motivação para continuar				
Debilidade física devido à doença				
Debilidade psíquica devido à doença				
Astenia				
Alteração da imagem – isolamento				
EDUCAÇÃO / ADAPTAÇÃO DE UM NOVO ESTILO DE VIDA				
Alteração da motivação da vida relacionada com:				
Dificuldade da recuperação física				
Dificuldade da recuperação psíquica				
Dificuldades económicas ou outras				
Dificuldade em reaprender um novo estilo de vida				
Falta de conhecimento sobre novas terapias (técnicas de relaxamento)				
Falta de iniciativa própria				
Falta de recursos sociais / ou distantes (<i>riscar o que não interessa</i>)				
Desesperança relacionada com perdas funcionais arrastadas				
Outro motivo				

Nota: se problemas identificados discriminar qual/quais o(s) ensino(s) realizado(s) _____

Há algum outro aspeto em que o/os possa ajudar?

Próxima consulta agendada para: _____

Enfermeiro de referência: _____

Assinatura do enfermeiro da CE de 1ª vez:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Oken, M. M., Creech, R. H., Tormey, D. C., Horton, J., Davis, T. E., McFadden, E. T., & Carbone, P. P. (1982). Toxicity and response criteria of the Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655. doi:10.1097/00000421-198212000-00014

Apêndice III

Check-list das intervenções de enfermagem na CE de 1ª vez à pessoa em tratamento de QT no HDO

Check-list das intervenções de enfermagem da CE de 1ª vez à pessoa em tratamento de quimioterapia no HDO

DATA __/__/__

Enf.º: _____

Protocolo de QT _____

	Sim	Não
- Confirmar a Identidade do doente		
- Apresentar-se ao doente/família/acompanhante		
- Apresentar o espaço físico do serviço e restante equipa		
- Preencher o instrumento de colheita de dados orientador da CE		
- Informar o doente sobre o tratamento que vai realizar: Quimioterapia, Imunoterapia/Hormonoterapia, ou outro		
a- Fazer breve abordagem sobre o objetivo do tratamento definido		
b- Quanto tempo está previsto demorar o seu tratamento		
c- Quais os efeitos secundários relacionados com o protocolo prescrito. Dar ênfase aos mais comuns		
- Orientações sobre os cuidados a ter no domicílio com:		
- Alimentação e o reforço hídrico		
- Os potenciais riscos de infeção (ex. cateter venoso central)		
- A higiene cuidada geral e/ou de zonas específicas		
- A gestão dos sintomas associados ao protocolo terapêutico		
- Entregar guia de acolhimento do HDO		
- Explicar normas de funcionamento e horários do serviço		
- Fornecer contatos telefónicos e mostrar disponibilidade para o atendimento telefónico sempre que necessário		
- Dar conhecimento que será contactado cerca de 24 ou 48 h após o tratamento, conforme o protocolo instituído (follow-up)		
- Mostrar disponibilidade para ouvir e escutar		
- Esclarecer dúvidas e receios		
- Reforçar ensino sobre a terapêutica pré e pós-medicação para Domicílio <i>(se prescrito)</i>		

- Em caso de Quimioterapia oral:		
A - Mostrar relevância no cumprimento no horário da medicação B -Promover o envolvimento da família C -Ensinar a auto-administração de medicamentos (<i>se prescritos</i>) D -Ensino sobre precauções de segurança e armazenamento E -Ensino sobre os cuidados da pele		
- Avaliação de parâmetros vitais (TA, FC, Temp., saturação) (se doente diabético, avaliara glicémia capilar)		
- Validar a informação		

Entregar folhetos informativos sobre o protocolo. Precisar quais:

Observações importantes a reter:

Apêndice IV

Adaptação da CTCAE (versão 4.0) para vigilância dos sintomas na consulta telefónica de seguimento (*follow-up*).

Adaptação da CTCAE (versão 4.0) para vigilância dos sintomas consulta telefônica de seguimento (*follow-up*).

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
Anorexia	Perda de apetite sem alteração dos hábitos alimentares	Ingestão oral alterada sem perda de peso significativa ou má nutrição; suplementos orais indicados	Associado a perda significativa de peso ou má nutrição (por ex: ingestão calórica e/ou ingestão de líquidos inadequada)	Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência	Morte
Definição: Distúrbio caracterizado por perda de apetite.					

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
Dispneia	Falta de ar com esforço moderado	Falta de ar com esforço mínimo; limitativo das atividades de Vida Diária (AVD)	Falta de ar em repouso; limitativo do autocuidado e atividades de Vida Diária (AVD)	Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência	Morte
Definição: Distúrbio caracterizado por uma sensação desconfortável de dificuldade respiratória.					

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Insônia	Ligeira dificuldade em adormecer, manter-se a dormir ou em acordar cedo.	Dificuldade moderada em adormecer, manter-se a dormir ou em acordar cedo.	Dificuldade severa em adormecer, manter-se a dormir ou acordar cedo
Definição: Distúrbio caracterizado por dificuldade em adormecer e/ou permanecer a dormir.			

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Dor	Dor ligeira	Dor moderada; limitativo para as AVD	Dor severa; limitativo para autocuidado e AVD
Definição: Distúrbio caracterizado por sensação de desconforto acentuado, distress ou agonia.			

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Xerostomia	Sintomático (por ex: saliva seca ou grossa) sem alterações significativas nos hábitos alimentares; produção de saliva não estimulada	Sintomas moderados; alterações da ingestão oral (por ex: ingerir água abundantemente, outros lubrificantes, dieta limitada a purés e/ou alimentos macios e húmidos); produção de saliva não estimulada	Incapacidade de alimentação por via oral; indicada alimentação por SNG ou PEG; produção de saliva não estimulada
Definição: Distúrbio caracterizado pela diminuição de produção de saliva.			

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
Mucosite oral	Assintomático ou sintomas ligeiros; não tem indicação para intervenção	Dor moderada; Não interfere com a ingestão oral; tem indicação para modificação da dieta.	Dor severa; mantém ingestão oral.	Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência	Morte
Definição: Distúrbio caracterizado por inflamação da mucosa oral.					

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
Febre	38.0 – 39.0	>39.0 – 40.0	> 40.0 com duração ≤24h	> 40.0 com duração > 24h	Morte
Definição: Distúrbio caracterizado pelo aumento da temperatura corporal acima do limite normal.					

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Náuseas	Perda de apetite sem alteração nos hábitos alimentares	Diminuição da ingestão alimentar sem perda significativa de peso, desidratação ou má nutrição	Disfagia para sólidos e líquidos; indicação para alimentação por sonda nasogástrica ou hospitalização.
Definição: Distúrbio caracterizado por sensação de enjoo e/ou urgência de vomitar.			

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Vômitos	1 – 2 episódios (separados por 5 minutos) nas 24 horas	3 – 5 Episódios (separados por 5 minutos) nas 24 horas	> 6 Episódios (separados por 5 minutos) nas 24 horas; está indicada alimentação por sonda nasogástrica ou hospitalização
Definição: Distúrbio caracterizado pelo ato reflexo de ejetar o conteúdo estomacal através da boca.			

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
Obstipação	Sintomas ocasionais ou intermitentes; uso ocasional de laxantes, dieta modificada ou enemas	Sintomas persistentes com uso regular de laxantes ou enemas; limitativo das AVD	Obstipação com indicação de evacuação manual; limitativo de autocuidado e AVD	Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência	Morte
Definição: Distúrbio caracterizado pelo ato reflexo de ejetar o conteúdo estomacal através da boca.					

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
Diarreia	Aumento de < 4 dejeções por dia em relação ao habitual; ligeiro aumento nas dejeções da ostomia comparado com o habitual.	Aumento de 4 - 6 dejeções por dia em relação ao habitual; ligeiro aumento moderado nas dejeções da ostomia comparado com o habitual.	Aumento de ≥7 dejeções por dia em relação ao habitual; incontinência; aumento severo nas dejeções da ostomia; limitativo das AVD	Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência	Morte
Definição: Distúrbio caracterizado por dejeções e movimentos intestinais frequentes.					

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Prurido	Ligeiro ou localizado. Indicação para intervenção tópica	Intenso ou muito difundido; intermitente; alterações na pele de arranhar (por ex: edema, pápulas, escoriações, crostas); intervenção com medicação oral; limitativo das AVD	Intenso ou muito difundido; constante; limitativo do autocuidado, sono e AVD; indicação para corticoterapia ou imunossuppressores.
Definição: Distúrbio caracterizado por uma sensação intensa de comichão.			

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3
Ipus	Sintomas ligeiros. Sem indicação para intervenção terapêutica.	Sintomas moderados. Indicação para intervenção terapêutica; limitativo das AVD.	Sintomas severos: limitativo do autocuidado, sono e AVD
Definição: Distúrbio causado por espasmos do diafragma que provocam a abertura e fecho súbitos e involuntários da glote, com som característico.			

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
Neuropatia periférica	Assintomático; parestesias ou perda dos reflexos dos tendões profundos	Sintomas moderados; limitativo das AVD	Sintomas severos; limitativo do autocuidado e AVD	Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência	Morte
Definição: Distúrbio caracterizado pela inflamação ou degenerescência dos nervos periféricos.					

Acontecimento Adverso	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4	Grau 5
Neuropatia periférica motora	Assintomático; apenas observações clínicas; intervenção terapêutica não indicada.	Sintomas moderados; limitativo das AVD	Sintomas severos; limitativo autocuidado e AVD; indicação para assistência médica	Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência	Morte

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Flannery, M., McAndrews, L., & Stein, K. F. (2013). Telephone calls by individuals with cancer. *Oncology Nursing society*, 40 (5), 464-470. doi:10.1188/13.ONF.464-471
- Gleason, K., O'Neill, E. B., Goldschmitt, J., Horigan, J., & Moriarty, L. (2013). Ambulatory oncology nurses making the right call: Assessment and education in telephone triage practices. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 335-336. doi:10.1188/13.CJON.335-336
- National Institute of Health and National Cancer Institute. (2013). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), version 4.0. USA: Department of Health and Human Services.
- Shaw, J., Young, J., Butow, P., Chambers, S., O'Brien, L., & Solomon, M. (2013). Delivery of telephone-based supportive care to people with cancer: An analysis of cancer helpline operator and cancer nurse communication. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 444-450. doi:10.1016/j.pec.2013.07.003

Apêndice V

Guia orientador da consulta telefónica de seguimento

Guia orientador da consulta telefónica de seguimento

O follow-up telefónico requer entrevistas aos doentes, e exige cuidados convenientes, acessíveis e personalizados (Williamson, Chalmers & Beaver, 2015). Cuidados convenientes e acessíveis por não se deslocarem ao hospital, implicando menor custo associado e menos tempo de espera, sendo fatores importantes na qualidade de vida da pessoa. Cuidados personalizados, porque não há a preocupação com o tempo e duração do contato telefónico com o enfermeiro, maior conforto em abordar assuntos e dúvidas íntimas e pessoais via telefone, privacidade que muitas vezes não é conseguida em meio hospitalar. Permite ainda estabelecer uma relação de confiança baseada no conhecimento experiente que o enfermeiro demonstra ao responder a necessidades de apoio e informação da pessoa (Williamson et al., 2015).

Para fazer uma boa triagem telefónica, há que conhecer primeiramente a pessoa, diagnóstico, qual o protocolo médico que lhe foi prescrito, assim como conhecer os efeitos secundários associados ao mesmo e ter conhecimento da informação registada no instrumento de colheita de dados da CE do HDO. Preferencialmente o enfermeiro que fez a CE de 1ª vez deve de ser o mesmo da consulta de seguimento (1º follow-up), sendo-lhe mais fácil perceber o doente que se encontra ao telefone (Nagel, Pernerleau & Penner, 2012; Williamson et al., 2015). Num estudo realizado por Shaw et al. (2013) confirmaram a necessidade de o enfermeiro enquadrar a colocação das questões, por forma a maximizar a explicação/descrição do doente. Confirmaram também a necessidade de o enfermeiro procurar identificar a emoção subjacente expressa pelo doente com cancro que está a realizar tratamentos, quando este procura apoio e informação (Shaw et al., 2013).

Este guia orientador de enfermagem do follow-up telefónico após 1º tratamento e QT foi elaborado para uma maior facilidade na interpretação da informação dada via telefone pela pessoa, e deve de ser feita pelo enfermeiro do HDO que realizou o 1º tratamento de QT, sendo que é este quem melhor conhece o doente, conseguido colocar as questões mais dirigidas à pessoa ou ao familiar e/ou cuidador, caso seja este a atender.

Guia orientador da consulta telefónica de seguimento

Guia orientador da consulta telefónica de seguimento

Validar a presença de suporte pessoal/familiar

Como passou estes dias?

Alguma preocupação/dificuldade?

Outras dúvidas

Reforçar disponibilidade de contacto telefónico

Validação sobre terapêutica de suporte

Questionar a presença de efeitos adversos

Validação de ensinamentos na CE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Nagel, D. A., Pernerleau, S. G., & Penner, J. L. (2012). Knowing, caring and telehealth technology: "Going the distance" in nursing practice. *Journal Holistic Nursing, 31*(2), 102-110. doi:10.1177/0898010112465357
- Shaw, J., Young, J., Butow, P., Chambers, S., O'Brien, L., & Solomon, M. (2013). Delivery of telephone-based supportive care to people with cancer: An analysis of cancer helpline operator and cancer nurse communication. *Patient Education and Counseling, 93*(3), 444-450. doi:10.1016/j.pec.2013.07.003
- Williamson, S., Chalmers, K., & Beaver, K. (2015). Patient experiences of nurse-led telephone follow-up following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing, 19*(3), 237-243. doi:10.1016/j.ejon.2014.11.006

Apêndice VI

Tabela dos procedimentos de QT injetáveis e orais mais usados no HDO e especificação do plano de ensino por protocolo

Tabela dos protocolos de quimioterapia injetáveis mais usados no HDO e especificação do plano de ensino por protocolo

Tabela nº1

Designação do protocolo	Carboplatina + Paclitaxel	FOLFOX⁴³	FOLFIRI⁴⁴	AC⁴⁵
Periodicidade (dias)	14/14 21/21	14/14	14/14	14/14
Dias de adm. (fases do ciclo)	1	1	1	1
Efeitos adversos mais frequentes	Lombalgias, miosite oral, mialgias e/ou artralgias, Mielodpressão, alopecia, parestesias	Diarreia Eritema Anorexia Mucosite Disfagia	Náuseas/vômitos, fadiga, Diarreia, Disartria, Tonturas, Confusão, Sudorese, Hipersalivação	Alopécia, Mucosites, Fadiga, Náuseas, Vômitos, Aumento de peso, Lacrimejo, Corrimento nasal

⁴³ **Folfox**= Oxaliplatina + Folinato de cálcio + Fluorouracilo em perfusão de 48 horas por bomba infusora em cateter subcutâneo

⁴⁴ **Folfiri**= Folinato de cálcio + Irinotecano + Fluorouracilo em perfusão de 48 horas por cateter subcutâneo

3 AC= Adriamicina + Ciclofosfamida

Apresentação (via)	EV	EV	EV	EV
Potencial emético	Baixo	Mod.	Alto	Alto
Indicações clínicas	Carcinoma do ovário, cancro da mama metastático, cancro do pulmão, cancro avançado da cabeça e pescoço, carcinoma do esófago.	Cancro colorectal metastático	Carcinoma colorectal, tumores do pâncreas, tumores gástricos e da cabeça e pescoço	. Tratamento adjuvante para cancro da mama com um ou mais nódulos linfáticos com elevado risco de recidiva. . Tratamento com RT ou HT pode ser iniciado quando QT terminar.
Observações especiais a informar ao doente	Não descuidar os efeitos secundários mais imediatos, como a dor lombar que muitas vezes é confundida com o incorreto posicionamento no cadeirão. Quando acontece contactar o medico. Na maioria das vezes é necessário a administração de corticoides e um analgésico.	Cuidados com ingestão de alimentos frios e contato com o frio, devido ao aumento da sensibilidade nas extremidades e orofaringe. Usar luvas para mexer no frigorífico e aquecer bem os membros superiores	Explicar a necessidade da adm. de atropina SC antes da perfusão do fármaco	Extremamente vesicante Urina vermelha Rubor facial Sensível à luz Toxicidade cardíaca (suspender o tratamento)

Adaptado de : BC Cancer Agency, (2016). Chemotherapy protocols

Mod. = moderado;

adm.= administração

Tabela dos protocolos de quimioterapia injetáveis mais usados no HDO e especificação do plano de ensino por protocolo

Tabela nº2

Designação do protocolo (siglas)	Carboplatina (CARB)	Cisplatina (CIS)	Decetaxel (DTX)	Irinotecano (CPT-119)	Oxaliplatina L-OHP)
Periodicidade (dias)	15-21	1-8-15	1	1-15	21
Dias de adm. (fases do ciclo)	1	1-8-15	1-21	1-15	1
Efeitos adversos mais frequentes	Toxicidade renal e hepática, zumbidos e diminuição auditiva, visão turva, sintomas gripais.	Risco de toxicidade renal e toxicidade, sintomas respiratórios inexplicáveis como a tosse irritativa, odinofagia e parestesias, náuseas e vômitos, fibrose intersticial do rim, rash, neuropatia periférica.	Edema dos membros inferiores síndrome palmo-plantar, rash cutâneo, alteração das unhas, dores musculares e articulares, dor no local de administração, cardiotoxicidade com aumento da frequência cardíaca e pressão arterial.	Diarreias doselimitantes, náuseas/vômitos, mucosites, elevação dos níveis séricos de creatinina e das enzimas hepáticas.	Alergia, náuseas e vômitos, câibras e dores musculares, formigueiro e entorpecimento das extremidades inferiores e superiores, sensibilidade ao frio.

Tempo (min.) de administração	30-60	30-60	60	90-120	120
Apresentação (via)	EV	EV	EV	EV	EV
Indicações clínicas	Cancro do pulmão de não pequenas células avançado, carcinoma do estômago e esófago, melanoma, cancro do ovário/endométrio.	ADC estômago, doença avançada metastizado ou localmente inoperável, tumor metastizado do testículo, carcinoma ovário, cancro do cólo do útero, ADC da próstata, cancro da uretra, bexiga, cabeça pescoço, tireoide, esófago, osteossarcoma, doença de Hodgkin, tumores malignos do reto, neuroblastomas, tumores cerebrais da criança.	Carcinoma da mama, carcinoma de não pequenas células do pulmão, atividade moderada contra o cancro da bexiga e pâncreas, sarcoma dos tecidos moles, melanoma.	Carcinoma coretal, carcinoma do pulmão, cólo do útero, ovário, pâncreas. Tumores gástricos e da cabeça e pescoço	Cancro colorretal metastizado

Adaptado de : BC Cancer Agency, (2016). Chemotherapy protocols

Tabela dos protocolos de quimioterapia injetáveis (anticorpos monoclonais⁴⁶) mais usados no HDO e especificação do plano de ensino por protocolo

Tabela nº3

Designação do protocolo	Cetuximab⁴⁷ (Erbix)	Rituximab⁴⁸ (Mabthera)	Trastuzumab⁴⁹ (Herceptin)
Periodicidade (dias)	15-21	21	21/21
Dias de adm. (fases do ciclo) Tempo (min.) de administração	1 1ª adm. = 120, seguintes = 60min	1 1ª adm. = 240	EV – 1ªadm. 90 2º adm. 60 3ª adm. 30 SC (adm. durante 6min)
Efeitos adversos mais frequentes	Alteração cutânea mais acentuada no fâcias, couro cabeludo, peito e região dorsal, alterações ungueais,	Arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca e/ou enfarte do miocárdio, hipotensão, infecções bacterianas e virais, bronquite,	Fadiga Diarreia

⁴⁶ Os anticorpos monoclonais são proteínas que reconhecem especificamente e se ligam a outras proteínas especiais, chamadas antígenos.

⁴⁷ O cetuximab liga-se ao recetor do fator de crescimento epidérmico (EGFR), um antígeno que está presente na superfície de certas células de tumores malignos

⁴⁸ Rituximab é um anticorpo monoclonal quimérico de rato/humano produzido por Engenharia Genética que representa uma imunoglobulina glicosada com igG1 humanos. É produzido por uma cultura de células de mamífero em suspensão (células do ovário do hamster chinês).

⁴⁹ Trastuzumab é um anticorpo monoclonal IgG1 humanizado recombinante do receptor-2 do fator de crescimento epidérmico humano (HER2). Os estudos indicam que os doentes cujos tumores apresentam sobre expressão do HER2, têm um tempo de sobrevida sem doença menor que os que apresentam esse fator (Costa et al., 20005).

Efeitos adversos mais frequentes (cont.)	conjuntivite, lacrimação aumentada, cardiotoxicidade com dispneia (estes efeitos secundários ocorrem mais no percurso do início da perfusão).	trombocitopénia, neutropénia febril.	Cefaleias Dores Músculo-esqueléticas Síndrome tipo gripal tonturas
Potencial emético	Baixo	Baixo	Baixo
Indicações clínicas	Cancro metastático do intestino grosso,	. Linfoma não Hodgkin (LNH) . leucemia linfótica crónica . Artrite reumatoide	Cancro metastizado da mama cujos tumores se apresentam sobre expressão de HER2.
Observações especiais a informar ao doente	. Associado em monoterapia ou em associação com outros fármacos. quando o tipo de cancro é na cabeça e pescoço (carcinoma pavimentocelular), é utilizado em associação com a radioterapia ou com outros medicamentos anticancerígenos.	1ª Administração sempre EV num ritmo mais lento 50mg/h nos primeiros 30 minutos, podendo ser aumentada de 30 em 30min. Até ao total de 400mg/h. Em caso de não intercorrências as administrações subsequentes são adm. por via SC, informar sobre tempo de permanência em HDO. Pode pedir refeição enquanto faz tratamento.	Tempo de administração Quando administrado por via SC pode provocar rubor + calor no local de adm. Colocar gelo. Adm. na região da face interna das coxas.

Adaptado de : BC Cancer Agency, (2016). Chemotherapy protocols

Tabela dos protocolos de quimioterapia injetáveis mais usados no HDO e especificação do plano de ensino por protocolo

Tabela nº4

Designação do protocolo	Paclitaxel	Gencitambina	Nivolumab	R-CHOP⁵⁰
Periodicidade (dias)	1-8-15-21-28 (semanal, protocolo relacionado com o cancro da mama) 1-21 (ex. protocolos relacionado com cancro do ovário)	1-8-15-21 (semanal) Ou 1-8-21	1-15	1-21
Dias de adm. (fases do ciclo) Tempo (min.) de administração	1-8-15-21-28 60min. (semanal) 180min. (21/21dias)	1-8-15-21 30min.	1-15 60 min. A perfusão tem de ser administrada através de um filtro em linha estéril, não pirogénico, de baixa ligação às proteínas, com tamanho dos poros de 0,2 µm a 1,2 µm.	1 1ª adm. é sempre por via EV = 240min. Seguintes EV = 90min ou por via SC = 12min administração na região abdominal na linha umbilical

⁵⁰ **R-CHOP** = Rituximab + ciclofosfamida + vincristina+ doxorrubicina

<p>Efeitos adversos mais frequentes</p>	<p>Dores musculares e articulares, rash cutâneo, unhas escurecidas e quebradiças, toxicidade cardíaca, aumento da pressão arterial, toxicidade hepática, alteração do paladar. Neuropatia periférica, sensação de queimadura e parestesias</p>	<p>Síndrome tipo gripal (febre, calafrios, cefaleias, mialgias, astenia e fadiga), edema das extremidades e raramente da face, toxicidade hepática e renal. Náuseas e vômitos</p>	<p>Pneumonite imunitária Colite imunitária Hepatite imunitária Nefrite e disfunção renal imunitárias Erupções cutâneas imunitárias Endocrinopatias imunitárias</p> <p>Nota: Nivolumab deve também ser permanentemente descontinuado nas reações adversas imunitárias de grau 2 ou 3 que persistam apesar da alteração no tratamento (ou na impossibilidade de reduzir a dose de corticosteroides para 10 mg de prednisona, ou equivalente, por dia.</p>	<p>Garganta inflamadas, diarreia ou obstipação, enfraquecimento ou queda do cabelo, redução do número de células no sangue, causando problemas como maior probabilidade de hemorragias ou hematomas e maior propensão para infecções, náuseas e os vômitos são também efeitos</p>
<p>Potencial emético</p>	<p>Baixo</p>	<p>Moderado</p>	<p>Baixo</p>	<p>Alto</p>

Indicações clínicas	Carcinoma do ovário, cancro da mama metastático, cancro do pulmão, melanoma maligno, cancro avançado da cabeça e pescoço e carcinoma do esófago	Cancro do pulmão não pequenas células avançadas. Eficaz no tratamento de tumores, mama, bexiga, ovário, próstata e rim.	Cancro do pulmão de células não-pequenas (CPCNP) de histologia escamosa, localmente avançado ou metastático, após quimioterapia prévia, em adultos.	Linfoma não-hodgkin
Observações especiais a informar ao doente	Fármaco não vesicante. Irritante Alopécia muito frequente principalmente no protocolo de alta dose (esquema de 15 ou 21 dias)	Fármaco não vesicante. Irritante Efeito alérgico no início da perfusão com quadro de rubor facial, rash cutâneo, prurido, lombalgias, desmaio, dispneia	Aos doentes tratados com Nivolumab deve ser fornecido o Cartão de Alerta para o Doente e deve ser cedida informação dos riscos de Nivolumab	A realização periódica de hemogramas durante o tratamento é útil para se determinar se a contagem de células sanguíneas está demasiado baixa. Neste caso, a sessão seguinte de quimioterapia pode ser adiada ou a dose reduzida para permitir a recuperação da medula óssea. -Incentivar o doente a informar à equipa médica a ocorrência de hemorragias ou hematomas não habituais ou quaisquer sintomas de infeção ou febre enquanto estão a fazer quimioterapia

Adaptado de : BC Cancer Agency, (2016). Chemotherapy protocols

Tabela dos protocolos de quimioterapia oral mais usados no HDO e especificação do plano de ensino por protocolo

Tabela nº5

Designação do protocolo	Capecitabina (<u>xeloda</u>)	Erlotinib (<u>tarceva</u>)	Tmolozodamida (<u>Temodal</u>)	Navelbine (<u>vino</u>)
Periodicidade (dias)	21	28	28	21
Dias de adm. (fases do ciclo)	1 a14	1-28	1 a 5	1-8
Efeitos adversos mais frequentes	Síndrome palmar/plantar Diarreia Náuseas e vômitos Fadiga Dermatite Neutropenia trombocitopenia	Diarreia Erupção cutânea Prurido Fadiga Pele seca que pode gravar em áreas expostas ao sol	Hipoacusia Alopécia Candidíase oral Náuseas/vômitos Leucopénia Trombocitopénia Visão turva Obstipação fadiga	Tonturas Obstipação Febre arrepios Náuseas Perda de peso Fadiga e fraqueza Estomatite Obstipação Neutropenia Leucopenia anemia

<p>Posologia e modo de administração</p>	<p>30 min após Peq. Almoço e jantar durante 14 dias seguidos com descanso de uma semana. Quando associada à RT a toma é diária concomitante com o RT</p>	<p>- Toma diária 1h antes, ou 2 h a pós a ingestão de alimentos.</p> <p>- 160 mg. (4 capsulas de 40mg) numa única dose diária.</p>	<p>-Tomar com o estômago vazio, porque reduz a probabilidade de náusea e vômitos durante 5 dias em ciclos de 28 dias.</p> <p>- Dose concomitante com a RT: 42 dias.</p> <p>- Não repetir a toma se tiver náuseas e ou vômitos após a toma da mesma. Esperar até o próximo horário.</p> <p>- Não abrir ou mastigar a capsulas.</p>	<p>-Toma única (dose total) 1 hora após o antiemético de preferência depois da refeição. Tomar com agua sem mastigar ou chupar as capsulas.</p> <p>- Em caso de vômitos, algumas horas apos a toma do medicamento, nunca repetir a adm. desta dose.</p> <p>-A dose oral está associada a uma maior incidência de náuseas e vômitos que a adm. EV.</p>
<p>Apresentação (dosagem)</p>	<p>Comp. 150mg e 500mg</p>	<p>Cap. 25, 50 e 100mg</p>	<p>Cap. 5, 25, 100 e 250mg.</p>	<p>Cap. 20mg e 30mg</p>

Indicações clínicas	Tratamento adjuvante do cancro colorectal, cancro colorectal metastático, cancro da mama metastático.	Cancro não pequenas células do pulmão localmente avançado ou metastático	Glioblastoma multiforme, astrocitoma anaplásico, glioma.	Cancro pulmão não pequenas células, cancro mama localmente avançado ou metastático
Observações especiais a informar ao doente	<ul style="list-style-type: none"> - Precauções no manejo e eliminação. - Os comprimidos são hidrossolúveis (uma solução de 10 mg/ml pode ser preparada – 2000mg/200ml); esmagar os comprimidos e dissolve-los em água e tomar imediatamente apos a preparação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Biodisponibilidade aumenta com a interação dos alimentos - Evitar a ingestão de toranja ou sumo da mesma - Precauções no manejo e eliminação - Cuidados especiais relacionados com o grau de rash. (uso de creme específico) 	<ul style="list-style-type: none"> - Os alimentos diminuem a absorção - Precauções no manejo e eliminação 	<ul style="list-style-type: none"> - Guardar o medicamento no frigorífico (porta ou gaveta). - Precauções no manejo e eliminação
Grupo farmacêutico	Antimetabólico	Inibidor tirosina quinase; inibidor EGFR	Alquilante	Alcaloide da vinca

Tabela dos protocolos de quimioterapia oral mais usados no HDO e especificação do plano de ensino por protocolo

Tabela nº6

Designação do protocolo	Acetato de Abiterona	Lenalidomida	Lapatinib	Imatinib
Periodicidade (dias)	contínuo	1-21	contínuo	contínuo
Dias de adm. (fases do ciclo)	1-28	1	1	1
Efeitos adversos mais frequentes	Edema Afrontamentos Diarreia Infecção do trato urinário Desconforto muscular	Fadiga Prurido Rash cutâneo Diarreia ou obstipação Trombocitopenia neutropenia Anemia Caibras musculares	Síndrome palmar-plantar Rash cutâneo Diarreia Náuseas anemia	Edema Retenção de líquidos Fadiga Febre Cefaleias Vômitos caibras e dores musculares edema periorbital e lacrimejo
Posologia e modo de administração	-Tomar com o estomago vazio (pelo menos 1 hora antes ou 2 horas apos comer)	-Ciclos de 28 dias (21dias seguidos com uma semana de descanso. -Pode ser usado em	-1x/dia em horário regular, de forma continua -Tomar com o estomago vazio (pelo menos 1 hora	-Doses inferiores ou iguais a 600mg devem ser usadas em toma diária, se em doses = 800mg devem de ser

Posologia e modo de administração (cont.)	-Tomar o comprimido inteiro com 1 copo de água -1000mg (4x250mg). - Em associação com a prednisolona	combinação com a dexametasona -Tomar com água	antes ou 1 hora após comer) -Usado em monoterapia ou em combinação com outros fármacos.	divididas em 2 tomas diárias - a comida pode ajudar a diminuir a irritação gastrointestinal
Apresentação (dosagem)	250mg	25mg	250mg	400mg
Indicações clínicas	Cancro da próstata metastático resistente à castração hormonal	Mieloma múltiplo	Cancro da mama avançado ou metastático HER2+	leucemia mieloide crónica (LMC), tumores estromais gastrointestinais (GISTs).
Observações especiais a informar ao doente	- Não tomar com alimentos (aumenta a exposição sistémica) -Precauções no manejo e eliminação. 1x/mês - Avaliação da tensão arterial e retenção de líquidos	- Precauções no manejo e eliminação -Associado ao aumento de eventos trombocitopénicos. -Deve de ser usada a contraceção pelo menos 4 semanas antes de iniciar o tratamento e 4 semanas descontinua a medicação.	-Poderá diminuir injeção cardíaca ventricular esquerda -Evitar toranja ou sumo da toranja	-Se não se conseguir engolir a medicação pode ser diluída em água ou sumo de maçã e ingerido imediatamente - Precauções no manejo e eliminação - Proteger da humidade
Grupo farmacêutico	Antiandrogénio	Inibidor angiogénese; imunomodulador	Inibidor tirosina quinase; inibidor EGFR	Inibidor tirosina quinase

Adaptado de : BC Cancer Agency, (2016). Chemotherapy protocols

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Pharmacists Association. (2012). *Drug information handbook for oncology*. (10th ed.). United States: Lexicomp.

Lei nº 21/2014 de 16 de abril. Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida
Lei nº 21/2014, de 16 de abril (2014). Aprova a lei da investigação clínica.
Diário da Republica, Série I, nº 75. (2450-2465).

Sites consultados:

BC Cancer Agency (2016). Chemotherapy protocols. Acedido a 07/01/2016
disponível em: <http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/professional-resources/chemotherapy-protocols>

Cancer Care Ontario (2015). Drug formulary. Acedido a 07/014/2016. Disponível
em: <https://www.cancercare.on.ca/toolbox/drugformulary/>

Informação retirada do RCM (resumo das características do medicamento),
publicado pelo Infarmed

Apêndice X

Questionário aos enfermeiros do HDO após primeiro tratamento de QT à
pessoa com doença oncológica (*follow-up* telefónico)

Questionário

Com o intuito de identificar as questões orientadoras de uma CE telefónica de seguimento à pessoa em tratamento de QT e tendo por objetivo vigiar e controlar os sintomas adversos da QT, pedia-lhe que identificasse ate um máximo de 7 questões / temas que considere serem importantes abordar.

Agradeço o preenchimento e a devolução deste documento no prazo de três dias

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____

Muito obrigada

Fernanda Maria Vivo Relveiro

Apêndice XI

Guia orientador da consulta telefónica de seguimento

Guia orientador da consulta telefónica de seguimento

<i>Guia orientador da consulta telefónica de seguimento</i>	
<input type="checkbox"/>	<i>Validar a presença de suporte pessoal/familiar</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Como passou estes dias?</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Alguma preocupação/dificuldade?</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Outras dúvidas</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Reforçar disponibilidade de contacto telefónico</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Validação sobre terapêutica de suporte</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Questionar a presença de efeitos adversos</i>
<input type="checkbox"/>	<i>Validação de ensinios na CE</i>

Apêndice XII

Tratamento e apresentação dos dados da CE de 1ª vez no HDO

Tratamento e apresentação dos dados da CE de 1ª vez no HDO

Os dados que se apresentam de seguida em gráficos referem-se às 30 CE de 1ª vez realizadas a pessoas com doença oncológica que iniciaram QT no período entre 07 de dezembro a 12 de fevereiro e que ficaram registados no instrumento de colheita de dados orientador da CE. Estes dados foram tratados por estatística descritiva, frequências absolutas e relativas e moda.

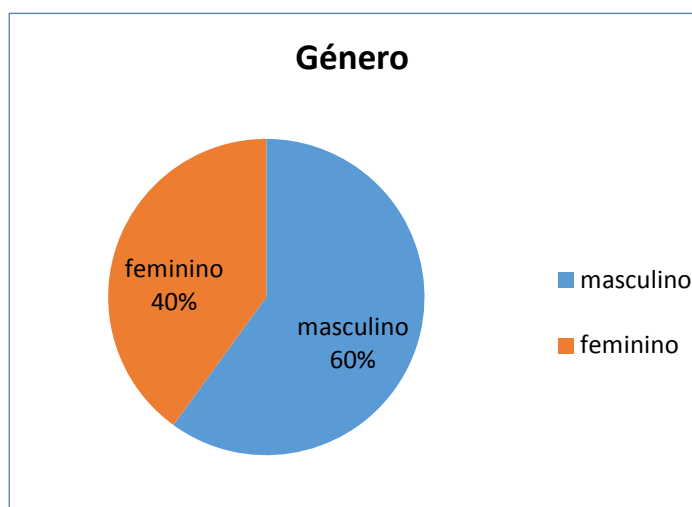


Gráfico nº 1 – Distribuição dos utentes da CE de 1ª vez por sexo

As CE foram realizadas maioritariamente ao género masculino (60%), respeitante a 18 pessoas,

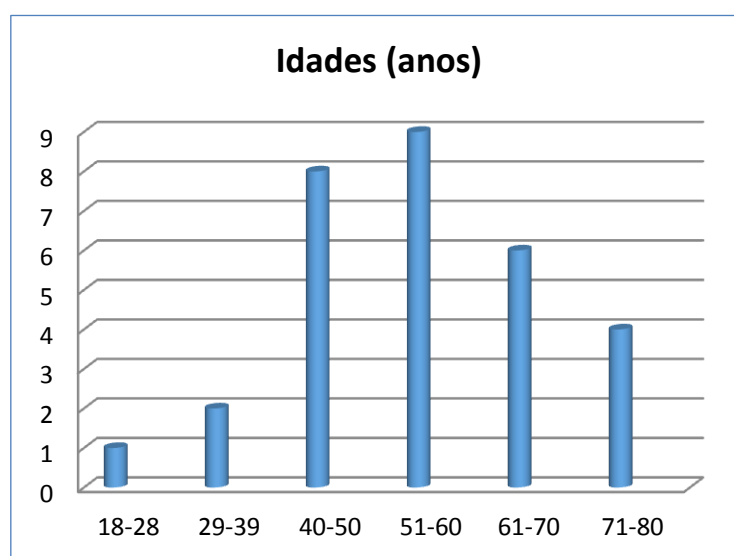


Gráfico nº 2 - Distribuição dos utentes da CE de 1ª vez por grupo etário

Os dados mostram que a moda do grupo de idades é de 51 anos de idade.

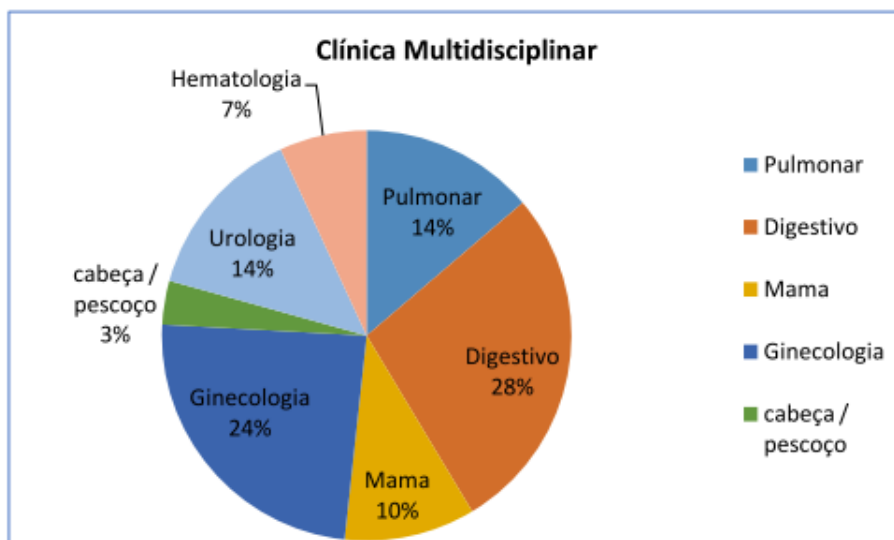


Gráfico nº 3 - Unidade Multidisciplinar de proveniência dos utentes da CE 1ª vez

Em relação à Clínica Multidisciplinar de proveniência dos doentes da amostra, os dados mostram que 28% vêm da Clínica do Digestivo, seguida da Clínica Multidisciplinar de Ginecologia com 24,0%, da Clínica Multidisciplinar do Pulmão e Urologia, ambas com 14,0% de pessoas daí provenientes. Da Clínica Multidisciplinar da Mama, vieram 10,0% dos doentes e da Clínica Multidisciplinar de Hematologia 7% das pessoas.

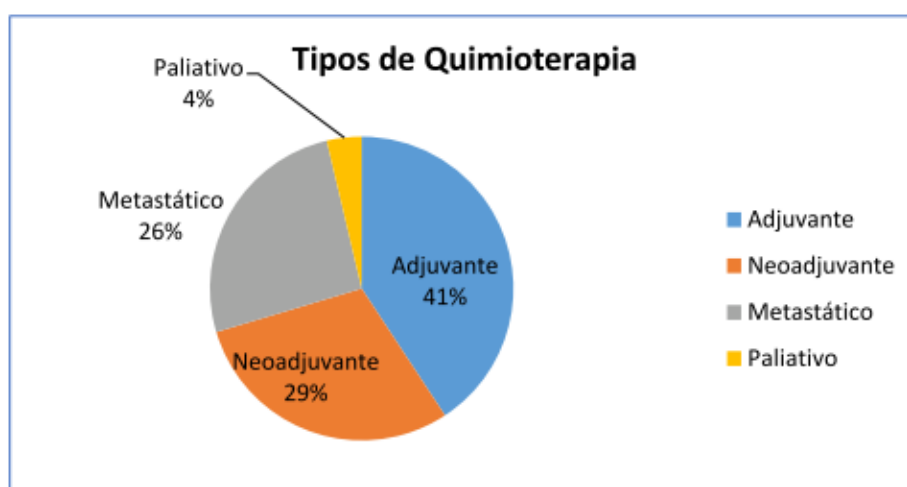


Gráfico nº 4 - Tipo de quimioterapia prescrita aos utentes da CE de 1ª vez

O tipo de QT prescrita aos sujeitos da amostra foi o adjuvante, a 41,0% das pessoas, seguido do neoadjuvante, com 29,0%, a metastática a 26,0% e a paliativa com apenas 4%.

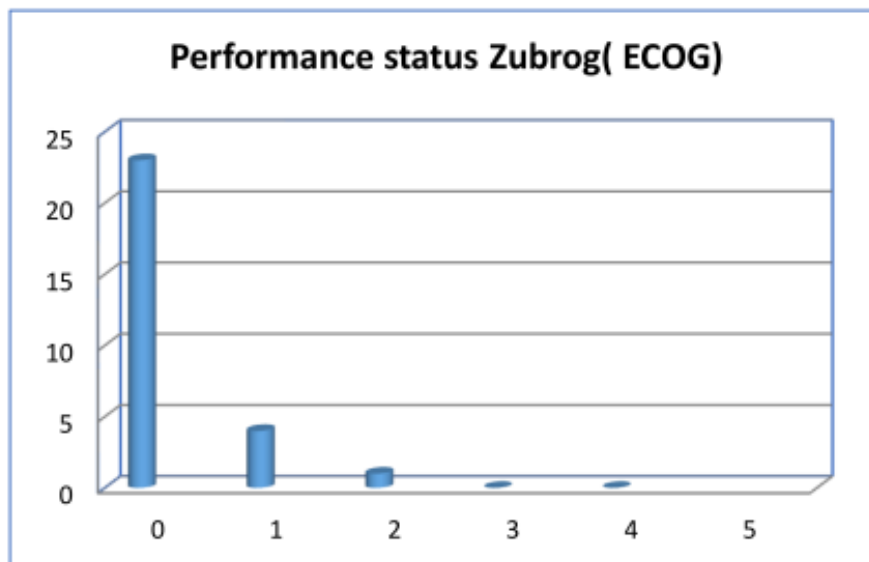


Gráfico nº 5 – Distribuição das pessoas da CE de 1ª vez pela Score de (Zubrog)

Há 23 pessoas da amostra (76,4%) têm um score de 0 na *performance status* (Zubrog) no nível 0, 4 (13,3%), um score de 1 e 1 (3,3%) um score de 2.

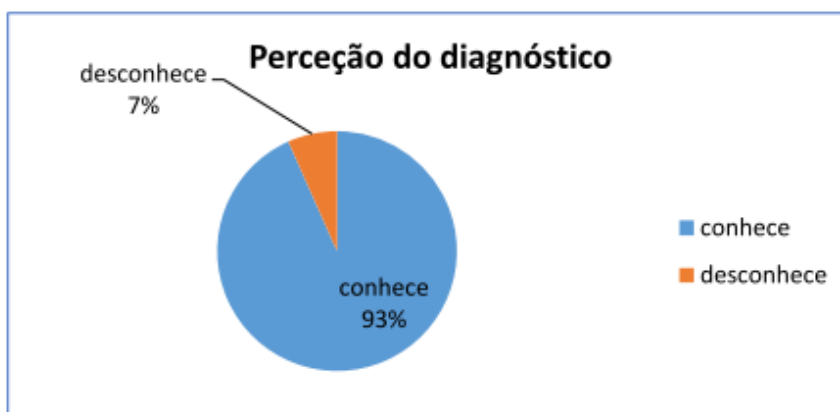


Gráfico nº 6 - Percepção sobre o seu diagnóstico das pessoas na CE de 1ª vez

A maioria das pessoas que realizaram a consulta têm conhecimento da sua doença, representado por 93% da amostra, mostram ter informação sobre o tratamento e/ou a doença. Os 7% que aparentemente não mostraram ter essa percepção.

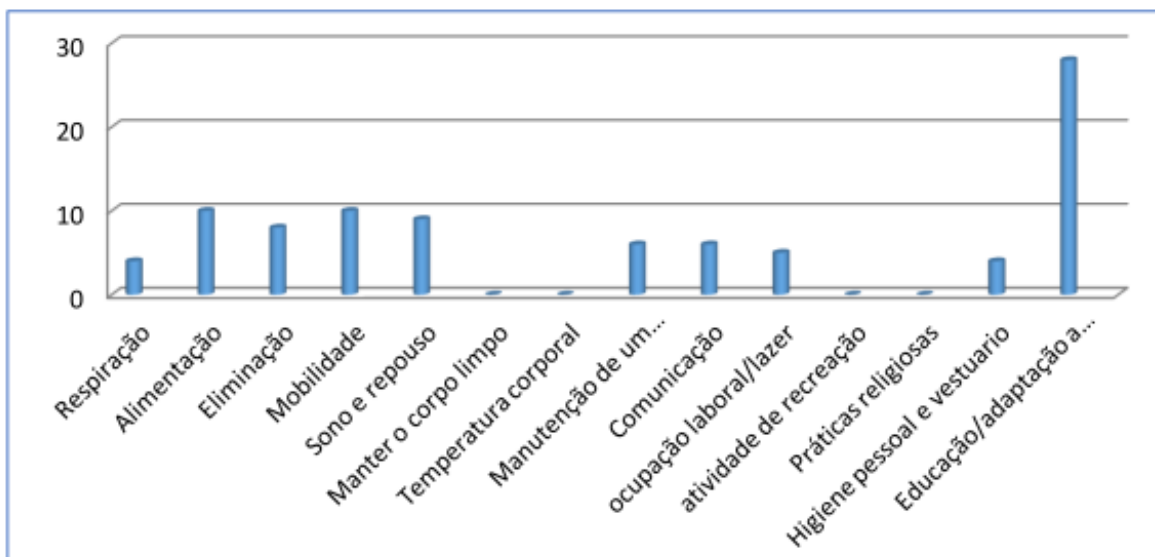


Gráfico nº 7 – Distribuição das alterações das NHF na CE de 1ª vez

Foram identificadas 28 (93,3%) pessoas com problemas na NHF de educação/adaptação a um novo estilo de vida, 10 (33,3%) pessoas já tinham problemas na necessidade de alimentação e de mobilidade/postura corporal, de seguida a NHF do sono e repouso com 9 (30,0%) pessoas e a NHF da eliminação com 8 (26,7%) pessoas. Menos evidente as NHF de Manutenção do ambiente seguro e Comunicação em 6 pessoas (20,0%) e Ocupação laboral com 5 (16,6%) também mostram alterações. Há 4 HNF que não apresentam alterações, Manter o corpo limpo, Temperatura corporal, Atividades de recreação e Práticas religiosas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berglund, C. B., Gustafsson, E., Johansson, H., & Bergenmar, M. (2015). Nurse-led outpatient clinics in oncology care: patient satisfaction, information and continuity of care. *European Journal of Oncology Nursing*, 19 (6), 724-730. doi:10.1016/j.ejon.2015.05.007
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Globocan estatísticas. Portugal. Doenças oncológicas em números: 2014*. Lisboa: Autor. Disponível em: <http://www.dgs.pt/?cr=26705>
- Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos cuidados de enfermagem do CIE*. Lisboa: Lusodidácta.
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer* (7a ed.). São Paulo: Martins Fontes.
- Maia, V. R., Dantas, A. C. A., Santos, M. G. S., & Ramos, V. P. (2010). *Protocolos de enfermagem: administração de quimioterapia antineoplásica no tratamento de hemopatias malignas*. Rio de Janeiro: Hemorio. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/html/pdf/ccih.pdf>
- Otto, S. E. (2000). *Enfermagem em oncologia* (3a ed.). Loures: Lusociência.
- Valenti, R. B. (2014). Chemotherapy education for patients with cancer: a literature review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 637-640. doi:10.1188/14.CJON.637-640

Apêndice XIII

Tratamento e apresentação dos dados obtidos nas consultas telefônicas de
seguimento do HDO

Tratamento e apresentação dos dados obtidos nas consultas telefónicas de seguimento do HDO

Das consultas telefónicas de seguimento realizadas às 30 pessoas obtiveram-se os seguintes dados que aqui se apresentam.

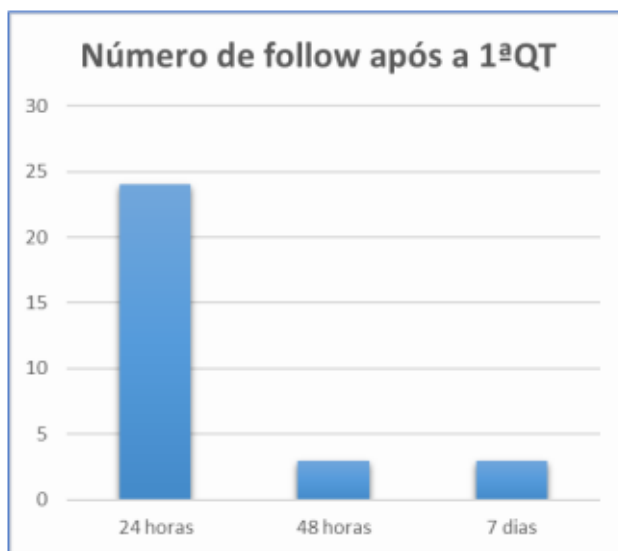


Gráfico nº 1 Distribuição das consultas telefónicas de seguimento por dia do ciclo em que foram realizadas QT

O gráfico nº 1 revela que 24 (80,0%) dos 30 telefonemas foram feitos no (Dia +2) do ciclo de QT e 3 no (Dia +3) do ciclo. Também 3 pessoas tiveram a consulta de seguimento feitas no (dia +7) do ciclo por a sua QT ser oral.

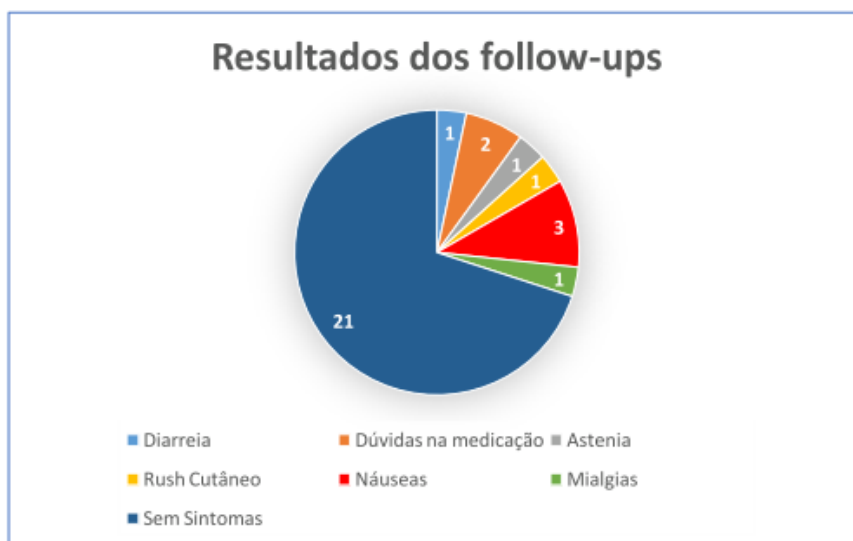


Gráfico nº 2 - Tipo de problemas identificados nas consultas telefónicas de seguimento

O gráfico nº 2 demonstra que 21 pessoas não referiram problemas. Porém 7 (23,3%) referiram sintomas não controlados e 2 (6,7%) tiveram dúvidas em relação à medicação de suporte do seu protocolo de QT. Os restantes 4 doentes tiveram efeitos secundários no protocolo terapêutico de QT prescrita, 1 (3,3%) com mialgias, 1 (3,3%) com rash cutâneo, 1 (3,3%) com astenia, 1 (3,3%) com diarreia e 3 (10,0%) com náuseas.

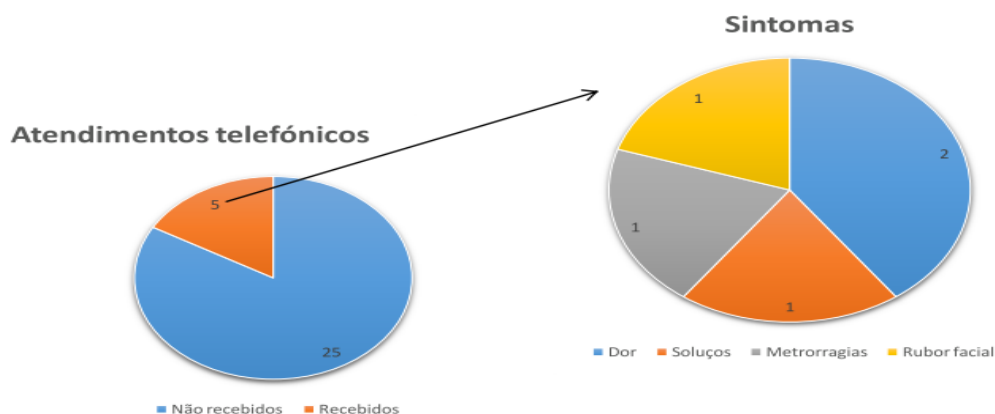


Gráfico nº 3 - Contactos telefónicos realizados pelo doente/familiar durante o interciclo (intervalo entre os ciclos de QT)

O gráfico nº 3, mostra que das 30 pessoas, houve 5 (16,6%) que pediram ajuda por descontrolo sintomático, 2 (6,6%) referiram aparecimento de rubor facial, 1 (3,3%) com soluços, 1 (3,3%) com dor e 1 (3,3%) com metrorragias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beaver, K., Campbell, M., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., & Heath, J. (2012). An exploratory controlled trial comparing telephone and hospital follow-up after treatment for colorectal cancer. *Colorectal Disease*, 14(10), 1201-1209. doi:10.1111/j.1463-1318.2012.02936.x
- Berglund, C. B., Gustafsson, E., Johansson, H., & Bergenmar, M. (2015). Nurse-led outpatient clinics in oncology care: Patient satisfaction, information and continuity of care. *European Journal of Oncology Nursing*, 19 (6), 724-730. doi:10.1016/j.ejon.2015.05.007
- Flannery, M., McAndrews, L., & Stein, K. F. (2013). Telephone calls by individuals with cancer. *Oncology Nursing society*, 40 (5), 464-470. doi:10.1188/13.ONF.464-471
- Gleason, K., O'Neill, E. B., Goldschmitt, J., Horigan, J., & Moriarty, L. (2013). Ambulatory oncology nurses making the right call: Assessment and education in telephone triage practices. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 335-336. doi:10.1188/13.CJON.335-336
- Shaw, J., Young, J., Butow, P., Chambers, S., O'Brien, L., & Solomon, M. (2013). Delivery of telephone-based supportive care to people with cancer: An analysis of cancer helpline operator and cancer nurse communication. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 444-450. doi:10.1016/j.pec.2013.07.003
- Stacey, D., Carley, M. Ballantyne, B., Skrutkowski, M., & Whynt A. (2015). Perceived factors influencing nurses' use of evidence-informed protocols for remote cancer treatment-related symptom management: A mixed methods study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 268-277. doi:10.1016/j.ejon.2014.11.002
- Valenti, R. B. (2014). Chemotherapy education for patients with cancer: A literature review. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(6), 637-640. doi:10.1188/14.CJON.637-640

Williamson, S., Chalmers, K., & Beaver, K. (2015). Patient experiences of nurse-led telephone follow-up following treatment for colorectal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(3), 237-243. doi:10.1016/j.ejon.2014.11.006