



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**

Relatório de Estágio

**Consulta de Enfermagem na gestão do autocuidado
da pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em
quimioterapia**

Carla Patrícia Gonçalves Nazareth

**Lisboa
2023**



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

**Consulta de Enfermagem na gestão do autocuidado
da pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em
quimioterapia**

Carla Patrícia Gonçalves Nazareth

Orientador: Professora Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“A educação é a arma mais poderosa que se pode usar para mudar o mundo”

Nelson Mandela (Boston, 1990)

AGRADECIMENTOS

À minha bebê Raquel que esteve comigo desde o primeiro minuto, mesmo quando eu ainda desconhecia a sua existência.

Ao meu (bebê) Rodrigo por nunca deixar de me sorrir mesmo quando se somavam horas de ausência sem que ele as compreendesse.

Aos meus pais, Manuel e Alice, por toda a sua ajuda e amor incondicional e por nunca me terem deixado desistir, mesmo quando este percurso teve maiores dificuldades e parecia impossível de concretizar.

Ao João pela presença e que por vezes foi pai e mãe nas minhas ausências.

Aos amigos que são como família e que são a minha base de apoio nas horas boas e menos boas.

À Professora Eunice Sá pela preocupação, paciência, compreensão, disponibilidade e partilha de experiência e conhecimento ao longo de todo este percurso, sempre aliados à exigência que a caracteriza.

Aos colegas de profissão com quem me cruzei, em especial aos que me orientaram, e que partilharam as suas experiências e conhecimentos científicos contribuindo para o trabalho reflexivo e para o enriquecimento deste trabalho.

A todas as pessoas com doença oncológica e as suas famílias de quem cuidei por me permitirem aprender e crescer a cada dia que passa ao longo da prestação de cuidados de enfermagem e da partilha das suas histórias de vida.

À minha irmã cuja doença terminal, apesar de todo o sofrimento, me amadureceu pessoal e profissionalmente e que sei que onde quer que esteja, continua a caminhar ao meu lado.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CE – Consulta de Enfermagem

CEI – Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CTCAE – *Common Terminology Criteria for Adverse Events*

DGS – Direção-Geral da Saúde

DNA – *Deoxyribonucleic acid*

EA's – Efeitos Adversos

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EONS – *European Oncology Nursing Society*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FTP - *Fast-Track* Pâncreas

MAT – Medida de Adesão aos Tratamentos

NCI – *National Cancer Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCHPQ – Pessoa com Cancro Hepatobilio-Pancreático, em quimioterapia

QA – Questionário A

QB – Questionário B

SU – Serviço de Urgência

TDACE – Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem

UM – Unidade Multidisciplinar

UK ONS – *United Kingdom Oncology Nurse Society*

RESUMO

Este relatório encontra-se inserido no percurso final do 12º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirurgia, vertente Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e pretende documentar o percurso realizado na implementação de um projeto de intervenção e no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e de Mestre.

A quimioterapia é um dos tratamentos utilizado na doença oncológica, mas não é isento de efeitos adversos. O enfermeiro apresenta um papel fulcral na educação do doente/família para práticas de autocuidado e monitorização dos seus efeitos adversos. A utilização da consulta de enfermagem telefónica pode ser uma ferramenta de acompanhamento no domicílio.

Este projeto de melhoria da qualidade dos cuidados pretendeu desenvolver competências de enfermeiro de prática avançada e definir quais as intervenções de enfermagem, em consulta telefónica, que contribuem para a gestão do autocuidado da pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, partindo de um interesse pessoal pelas necessidades das pessoas com esta patologia, mas também na necessidade de criar instrumentos que permitam avaliar os resultados obtidos no que concerne aos ganhos em saúde. Sendo o autocuidado um resultado sensível aos cuidados de enfermagem ancorei-me na Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem.

Aplicou-se a metodologia de projeto desenvolvida ao longo de quatro locais de estágio. Enquanto estratégias foram utilizadas a pesquisa científica, através da realização de uma *scoping review* e a colaboração nas consultas de enfermagem presenciais e de *follow-up* telefónico às pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia, aliados à partilha de experiências e à análise reflexiva de todas as atividades planeadas e seus resultados.

Como resultados foram elaborados um Guia de Boas Práticas da Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico, um protocolo de gestão de efeitos adversos e um instrumento de registo que permite a avaliação, recolha e análise de dados indispensáveis à obtenção de indicadores de resultado das intervenções de enfermagem implementadas para a capacitação do autocuidado na pessoa com cancro hepatobilio-pancreático em quimioterapia.

Palavras-Chave: consulta de enfermagem, autocuidado, cancro hepatobilio-pancreático, quimioterapia

ABSTRACT

This report regards the final course of the 12th Master's course of Medical-Surgical Nursing, oncological field, of Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, and intends to document the journey carried out in the implementation of an intervention project and in the development of competencies of Specialist and Master Nurse.

Chemotherapy is one of the treatments used in cancer, but it is not free of adverse effects. Nurses play a key role in patient/family education for self-care practices and monitoring of those adverse effects. The use of telephone nurse-led consultation can be a follow-up tool at home.

This project of improving the quality of care aimed to develop advanced practice Nurse skills and define which nursing interventions, in telephone consultation, contribute to the self-care management of the person with hepatobiliopancreatic cancer, starting from a personal interest in the needs of people with this pathology, but also in the need to create instruments to evaluate the results obtained regarding health benefits. Since self-care is a sensitive result for nursing care, I based myself in Dorothea Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory.

The applied project methodology was developed over four internships. As for used strategies, scientific research was used, through a scoping review, and collaboration on local nursing consultations and telephone follow-up to persons with cancer disease submitted to chemotherapy, together with the sharing of experiences and the reflexive analysis of all planned activities and their conclusions.

As a result, a Guide to Good Practices for Telephone Follow-up Nurse-Led Consultation was elaborated, as well as an adverse effects management protocol and a registration instrument that allows the evaluation, collection and analysis of data essential in obtaining indicators of the outcomes of nursing interventions implemented in the training of self-care in persons with hepatobiliopancreatic cancer in chemotherapy.

Keywords: nursing consultation, self-care, hepatobiliopancreatic cancer, chemotherapy

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
1.1 – A pessoa com cancro hepatobilio-pancreático em quimioterapia.....	19
1.2 – A Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem .	25
2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS	27
2.1 – Metodologia utilizada	27
2.2 – Estágio no hospital de dia A1 e A2	30
2.3 – Estágio no hospital de dia B	41
2.4 – Estágio no Centro Clínico C.....	45
2.5 – Estágio na consulta de enfermagem do hospital de dia D	52
2.6 – Questões éticas	60
3. AVALIAÇÃO	62
3.1 – Competência comuns do Enfermeiro Especialista.....	62
3.2 –Competências específica do EEEMC na área de especialização da pessoa em situação crónica e paliativa.....	64
3.3 – Competências específicas do <i>Cancer Nursing Education Framework</i> definidas pela EONS	66
3.4 – Competências definidas para o grau de Mestre	67
3.5 – Pontos fortes e fracos.....	67
3.6 – Contribuição do projeto na melhoria da qualidade dos cuidados.....	69
CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO.....	71
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – *United Kingdom Oncology Nurse Society Triage Tool - 24 Hour Triage Rapid Assessment & Access*

ANEXO II – Medida de Adesão aos Tratamentos

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Cronograma do Projeto de Intervenção

APÊNDICE II – Hospital de Dia A1 - CE de 1ª vez de quimioterapia – Necessidades de educação da pessoa e família

APÊNDICE III – *Scoping Review*

APÊNDICE IV – Hospital de Dia A2 - CE de 1ª vez e CE subsequente de quimioterapia – Necessidades de educação da pessoa e família

APÊNDICE V – Estudo de Caso – Hospital de Dia A2

APÊNDICE VI – Reflexão crítica – Hospital de Dia A2

APÊNDICE VII – Proposta de criação de registo informático

APÊNDICE VIII – Reflexão crítica – Centro Clínico C

APÊNDICE IX – Protocolo de gestão de EA's na consulta de enfermagem telefónica

APÊNDICE X – Fluxograma - Protocolo de gestão de EA's na consulta de enfermagem telefónica

APÊNDICE XI – Estudo de Caso – Centro Clínico C

APÊNDICE XII – Apresentação do Projeto de Intervenção no Hospital de Dia D

APÊNDICE XIII – Questionário a ser aplicado antes da aplicação do projeto - QA

APÊNDICE XIV – Resultados obtidos no questionário A

APÊNDICE XV – Algoritmo da Consulta de Enfermagem presencial de 1ª vez

APÊNDICE XVI – Algoritmo da Consulta de Enfermagem de *follow-up* telefónico

APÊNDICE XVII – Número de Consulta de Enfermagem presenciais e de Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico efetuadas e Efeitos Adversos reportados

APÊNDICE XVIII – Guia de Boas Práticas na Consulta de Enfermagem

APÊNDICE XIX – Orientação Técnica

APÊNDICE XX – Questionário a ser aplicado após a aplicação do projeto - QB

APÊNDICE XXI – Resultados obtidos no questionário B

APÊNDICE XXII – Análise SWOT

INTRODUÇÃO

Com o passar dos anos a enfermagem tem evoluído através da procura de saber constante e da aquisição de novas competências especializadas com base na experiência aliada sempre à melhor evidência científica. O espelho disto é, de acordo com Silva (2007), a evolução da profissão inicialmente com o aparecimento do grau de licenciado e, posteriormente, os mestrados e doutoramentos na área de enfermagem, inerentes à criação da Ordem Profissional. Silva (2007) salienta ainda a crescente complexidade dos cuidados prestados para dar resposta à própria evolução da população e às suas necessidades onde o envelhecimento e o aumento da cronicidade das doenças têm um impacto significativo na dependência de cuidados de saúde, por parte do cliente e da sua família, já que consequentemente afetam a satisfação das atividades de vida diária.

Indo ao encontro do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, que regulamenta a prática profissional, a enfermagem é

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível. (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.99)

Assim, é preponderante que os cuidados de enfermagem acompanhem a evolução de uma sociedade cada vez mais exigente, através do conhecimento científico e da diferenciação, mas também de uma sociedade que ao lidar com o aumento da esperança média de vida terá de perceber de que forma querará viver esses anos. Aqui, a enfermagem tem um papel crucial para responder às mudanças das necessidades de saúde da população tornando-se fundamental, tal como Silva (2007) refere, não querer apenas viver mais anos, mas sim vivê-los com qualidade.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2014, p.9), são quatro as doenças crónicas mais prevalentes: as doenças cardiovasculares, o cancro, as doenças respiratórias e a diabetes. Nos últimos quase dez anos tenho desenvolvido a minha atividade profissional na prestação de cuidados gerais de enfermagem à pessoa com doença oncológica, submetida a quimioterapia, e à sua família em contexto de ambulatório em Hospital de Dia Médico (denominado por Hospital de Dia D). Aqui, onde comecei o meu percurso enquanto enfermeira iniciada, de acordo com a conceção de Benner (2001), referindo-se ao Modelo *Dreyfus* de Aquisição de Competências, adquiri através da experiência, pesquisa científica e reflexão algum

grau de diferenciação que me permitiam estar no estado 4 – Proficiente. Benner (2001), caracteriza esta enfermeira como aquela que, orientando-se diretamente sobre o problema, “(...) apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados (...)” além de que “(...) aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que acontecem numa determinada situação, e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar” (p. 54-55).

Assim, e de forma a enriquecer a minha prestação de cuidados de enfermagem holísticos à pessoa com doença oncológica e sua família, adquirindo novas competências que me permitam transitar para o estado 5 – Perita – surge o presente relatório de estágio que se insere no âmbito do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e que traduz todo o percurso desenvolvido durante o estágio. Tendo como título “consulta de enfermagem na gestão do autocuidado da pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia (PCHPQ)”, o presente trabalho tem como finalidade a descrição de um exercício reflexivo sobre o percurso desenvolvido para a implementação de um projeto de intervenção, que surgiu da identificação de um problema no meu contexto de trabalho, e as etapas para a sua resolução de forma a promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, mobilizando saberes à luz da teoria de enfermagem de *Dorothea Orem*.

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 que regula as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o Enfermeiro Especialista “(...) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...)” e cujas competências “(...) envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem” (preâmbulo, p.4744). Indo ao encontro desta definição, o desenvolvimento do Projeto de Intervenção serviu como ferramenta fundamental para o desenvolvimento de competências enquanto Enfermeira de Prática Avançada em Oncologia definidas pela *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018), ao nível da investigação e da prestação de cuidados diferenciados à pessoa com doença oncológica, em quimioterapia, e à sua família no contexto da consulta de enfermagem como instrumento promotor do autocuidado.

Considerando o percurso supramencionado e que será explícito mais à frente no presente trabalho, foram definidos como objetivos gerais o desenvolvimento de Competências de Mestre definidas nos Descritores de Dublin para o 2º ciclo (Decreto-Lei Nº107/2008) e Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento Nº140/2019), bem como Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), nas áreas da pessoa em situação crónica e da pessoa em situação paliativa (Regulamento Nº429/2018).

Paguia, Saraiva, Costa (2018), atentam para o papel do enfermeiro como preponderante nos cuidados à pessoa com doença crónica, no que concerne à implementação de políticas de saúde, sendo pioneiros em relação à educação para a saúde e promoção da continuidade dos cuidados. No caso específico da pessoa com doença oncológica em quimioterapia Mollaoğlu & Erdoğan (2014) acrescentam ainda que os enfermeiros são os profissionais de saúde mais capacitados para os processos educacionais no controlo da sintomatologia associada à quimioterapia e à evolução da doença, com influência direta na qualidade de vida da pessoa/família. Uma das ferramentas utilizadas pelos enfermeiros é a Consulta de Enfermagem (CE) que “(...) tem como principal objetivo capacitar o doente/cuidador para o autocuidado e para a promoção da saúde ao longo do ciclo vital” (Paguia *et al.*, 2018). Esta, possibilita ao enfermeiro aplicar o Processo de Enfermagem, já que lhe permite uma colheita de dados e decisão clínica sobre os mesmos possibilitando a formulação de diagnósticos, a prescrição e implementação de intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados esperados, promovendo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Melo, 2021).

O Hospital de Dia D, em funcionamento desde 2012, tem tido um crescimento quase anual ao nível dos tratamentos de quimioterapia. Nos seus dois primeiros anos de funcionamento triplicou o número de sessão de quimioterapia, totalizando 3220 tratamentos ao longo do ano de 2013. Desde 2017 que anualmente totaliza mais de 6000 sessões de quimioterapia, mantendo a sua tendência crescente (6227 tratamentos no ano de 2021).

É prática do serviço a realização de uma CE presencial sempre que uma pessoa com doença oncológica inicia um ciclo novo de quimioterapia; aqui considera-se CE de primeira vez quando a pessoa nunca fez nenhum tratamento de quimioterapia no Hospital de Dia D e CE subsequente quando no decorrer do protocolo de tratamentos é realizada uma mudança (tratamentos com mais do que um protocolo de quimioterapia ou mudança de protocolo, por exemplo, por toxicidade

elevada ou progressão de doença em tratamento ativo), quando passado meses ou mesmo anos existe progressão de doença oncológica com necessidade de tratamento de quimioterapia ou ainda quando a pessoa realiza tratamento de quimioterapia por diagnóstico médico de outro tumor primário.

O objetivo principal desta CE é proporcionar à pessoa com doença oncológica e sua família um ambiente favorável à comunicação onde seja fornecida informação personalizada e geradora de aprendizagens cognitivas a fim de promover a adaptação à situação de doença oncológica e promoção do seu autocuidado e adesão terapêutica, maximizando a qualidade de vida e o seu bem-estar. Realiza-se no dia do primeiro tratamento de quimioterapia, preferencialmente em gabinete próprio de forma a garantir a privacidade e confidencialidade da pessoa e família; contudo a grande maioria das vezes e por uma questão de gestão de tempo do enfermeiro que realiza a CE a par da gestão do tempo de cadeirão para a administração do tratamento de quimioterapia, esta realiza-se no próprio cadeirão, na sala de tratamentos (um *open space*), onde a privacidade da pessoa é salvaguarda apenas por cortinas podendo a mesma ficar comprometida já que as cortinas poderão afastar os olhares mais curiosos, mas não permitem o isolamento das conversas (Andrade, 2012). Tal situação pode contribuir para que não sejam expostas as suas dúvidas convenientemente ao se verem rodeados por pessoas estranhas (Andrade, 2012).

Na CE presencial após o acolhimento ao serviço é realizada a colheita de dados cujo registo é realizado no sistema informático da instituição hospitalar em campo denominado “avaliação inicial de enfermagem”. Este campo permite o registo de como a pessoa gosta de ser tratada e o nome da pessoa significativa bem como os contatos telefónicos; permite ainda registo sobre antecedentes pessoais e familiares, profissão, atividade física, agregado familiar, situação social e parâmetros vitais. Possui ainda dois espaços de “texto livre” que dão oportunidade ao enfermeiro de realizar notas de enfermagem; contudo os mesmos são apenas utilizados pela equipa para registar valores e crenças que interfiram com a prática de cuidados de enfermagem e qual o protocolo de quimioterapia que a pessoa irá iniciar. Posteriormente, e após a identificação das preocupações e das necessidades educacionais da pessoa e família, é realizado um segundo registo num campo denominado “Sessão de HDM”, onde são descritos, de forma sumária, os ensinamentos realizados sobre as especificidades do protocolo terapêutico dando ênfase aos efeitos adversos (EA's) mais comuns da quimioterapia como as náuseas e vômitos, diarreia, obstipação, mucosite, alteração do paladar, diminuição do apetite, dor, fadiga, risco de hemorragia, risco de infeção

(com ênfase para a febre), alterações cutâneas (como a alopecia), as alterações da imagem corporal, alterações da sensibilidade (neuropatia periférica) e alterações da sexualidade, bem como os cuidados a ter com a alimentação. Ainda neste campo é registado quais os guias informativos em suporte papel que foram fornecido à pessoa e família, a necessidade de encaminhamento para outros profissionais de saúde (nutricionista, psicólogo, assistente social, cuidados de saúde primários), a medicação de suporte em ambulatório prescrita pelo médico assistente, e a medicação fornecida pelos serviços farmacêuticos hospitalares e que fazem parte do protocolo terapêutico, referindo dose, via de administração e posologia descritas. Ainda na CE presencial a pessoa e família são informados que dando o seu consentimento verbal, serão contactados telefonicamente nas 72h seguintes e após oito dias do início do ciclo (D1) - este contato após oito dias será realizado em cada ciclo de quimioterapia subsequente; estes momentos são denominados por *follow-up* telefónico e são realizados desde 2018 por decisão da enfermeira responsável do serviço que estabeleceu as 72h para avaliação de algum EA precoce após o primeiro tratamento (por vezes reações alérgicas), e o oitavo dia considerando que na maioria dos fármacos é quando se dá o nadir (período entre cada ciclo onde a contagem de células é mais baixa) . São fornecidos também o contato telefónico e o contacto de correio eletrónico da equipa de enfermagem do Hospital de Dia D para que em caso de dúvidas sobre os EA's ou sintomatologia relacionada com o tratamento de quimioterapia possa ser o utente ou a família a tomar a iniciativa do contato.

Se o registo aquando da CE presencial já não se torna facilitador para a descrição dos diagnósticos e intervenções de enfermagem realizados, a situação agrava-se quando a CE de *follow-up* telefónico não é alvo de qualquer tipo de registo informatizado (por falta do mesmo) o que não permite de todo o registo de diagnósticos e intervenções e, por consequência, muito menos a avaliação dos resultados esperados de forma sistemática através da sua análise, prejudicando a continuidade dos cuidados de enfermagem. A par disto também os telefonemas atendidos e as mensagens recebidas por via de correio eletrónico e que são alvo da nossa prestação de cuidados também não ficam registados.

De acordo com o parecer 102/2009 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (OE) a CE via telefone é uma extensão da relação já previamente estabelecida, permitindo uma monitorização sistematizada e sendo facilitadora de uma rapidez de resposta, maior acessibilidade da pessoa aos cuidados de saúde e também do enfermeiro à pessoa, potenciando ainda uma maior equidade no acesso

aos cuidados, principalmente para as pessoas que vivem mais isoladas e longe das instituições de saúde, com ganhos em saúde e tempo útil. Contudo o mesmo parecer atenta na “(...) obrigação de registo, por parte do enfermeiro, quer da informação obtida quer da orientação ou intervenção realizadas” (Parecer Conselho Jurisdicional, 102/2019), fazendo todo o sentido que seja implementado um registo informático dos contatos telefónicos, efetuados no âmbito do *follow-up* telefónico, e recebidos por iniciativa do utente/família, não só para garantir a continuidade dos cuidados de enfermagem mas, de acordo com Stacey, Macartney, Carley, Harrison (2013), também garantir a segurança dos cuidados protegendo a pessoa e o profissional.

A própria equipa de enfermagem do Hospital de Dia D, de forma informal, já há muito tempo que considera que a CE e o *follow-up* telefónico necessitam de ser estruturados e alvo de registo que garanta a passagem formal e fidedigna das intervenções e avaliações de enfermagem de forma a promover a continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem por parte de todos os elementos. Isto verifica-se também porque não existe nenhum documento formal onde constem os objetivos da CE e do *follow-up* telefónico, recomendações para a realização e registo dos mesmos, quais os temas que devem ser abordados e fluxogramas de atuação. Quanto ao local onde a CE deve ser realizada, toda a equipa de enfermagem concorda que o local indicado será um gabinete próprio para o efeito para que se garanta a privacidade bem como seja um local facilitador do estabelecimento de uma relação de ajuda entre enfermeiro e utente/família e que promova a expressão de sentimentos, emoções e preocupações por parte da pessoa com doença oncológica e sua família. Por parte dos nossos utentes que se encontram a realizar tratamentos de quimioterapia, bem como as suas famílias/cuidadores, também em conversas informais, referem que sentem falta de uma forma mais célere e funcional de entrar em contato com a equipa aquando da existência de EA's. Tal situação decorre porque, ao contrário da comunicação através de correio eletrónico, raras são as chamadas telefónicas que conseguimos atender, não só devido ao aumento do volume de trabalho nos últimos anos, mas também por estes contatos remeterem para um telefone fixo (num gabinete onde o enfermeiro que realiza a CE não está a tempo inteiro e sem possibilidade de retornar o contato telefónico), não dando real resposta às necessidades dos nossos utentes, principalmente aos mais idosos, alguns sem rede familiar de apoio, muitos dos quais não possuem computador e/ou não têm conhecimento sobre as novas tecnologias.

Ramos, Fonseca, Coelho, Guia, Santos (2015), citando Griffiths, Richardson & Blackwell (2009), Donabedian (1980) e Doran (2003), referem que devido às rápidas e complexas transformações do sistema de saúde, os enfermeiros têm enfrentado um novo desafio de demonstrar e documentar a qualidade da sua contribuição nos resultados clínicos desejáveis, da organização e financeiros e que se traduzem na pessoa, sendo os indicadores de qualidade o modelo conceitual mais explorado na literatura. Doran, Mildon, Clarke (2011) salientam a importância de identificar indicadores sensíveis ao cuidado de enfermagem, isto é, identificar elementos que possam ser recolhidos e analisados de forma a identificar os resultados sensíveis ao cuidado de enfermagem, ou seja, “(...) todos aqueles relevantes, baseados no domínio e intervenção da enfermagem, para os quais existe evidência empírica que relacione o *input* do enfermeiro e o resultado da intervenção” (Ramos *et al.*, 2015). Este ponto vai de encontro ao que é preconizado pela OE (2019) quando refere que o enfermeiro especialista deverá ser capaz de “utilizar indicadores e instrumentos adequados para a avaliação das práticas clínicas” (Regulamento nº 140/2019, anexo II). No Hospital de Dia D, o único indicador de qualidade assumido é a “realização de consulta de enfermagem de primeira vez a todas as pessoas em quimioterapia”. Ora, este indicador é muito redutor, contemplando apenas um dado estatístico e não a efetividade da CE como ferramenta da promoção do autocuidado e gestão de sintomas da pessoa com doença oncológica.

Doran (2003) e Doran *et al.* (2011) referem a capacidade para o autocuidado, a gestão de sintomas e a adesão ao regime terapêutico como indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica, salientando ainda a importância do papel do enfermeiro especialista na racionalização da utilização dos recursos em saúde, na melhoria da qualidade de vida e na redução da intensidade e quantidade dos sintomas físicos vivenciados.

A instituição onde está inserido o Hospital de Dia D é reconhecida enquanto Centro de Referências para o diagnóstico e tratamento do cancro hepatobiliopancreático sendo então uma “(...) unidade de saúde reconhecida como o expoente mais elevado de competências na prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas que exigem uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados, de conhecimento e experiência (...)” (Direção-Geral da Saúde, 2018). Por este motivo e, após uma sondagem da restante equipa de enfermagem, concluiu-se que a escolha desta população para o presente projeto de intervenção poderia vir a ter uma maior relevância na instituição ao ser submetido

como melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta motivação de índole profissional, apesar de mais abrangente, foi de encontro à minha vontade pessoal de direcionar o presente trabalho para a pessoa em quimioterapia com cancro do pâncreas, cujos efeitos secundários vivi enquanto enfermeira e enquanto cuidadora, permitindo-me constatar a complexidade dos mesmos e a forma como afetam a pessoa e família, compreendendo que um acompanhamento da equipa de enfermagem promotor do autocuidado e facilitador da gestão de EA's poderá fazer a diferença ao longo de todo o processo de doença que infelizmente, na maioria dos casos, têm um desfecho num curto espaço de tempo.

É então neste âmbito que emerge este projeto de intervenção com a finalidade de estruturar a CE presencial e o *follow-up* telefónico, bem como a criação de uma proposta de registo informático que permita não só a continuidade dos cuidados de enfermagem, mas que também possa ser alvo de análise para a obtenção de indicadores de resultados das práticas de cuidados no que concerne à promoção do autocuidado da pessoa com doença oncológica em quimioterapia. Tal situação deverá também incluir os contatos realizados por iniciativa da PCHPQ e/ou a sua família, dando uma resposta efetiva aos mesmos.

Em termos estruturais este trabalho encontra-se organizado em quatro capítulos. No primeiro capítulo faço o enquadramento concetual da temática que serviu de suporte para todo o percurso formativo à luz da teoria de enfermagem cujos pressupostos foram a base das minhas intervenções – Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem, de *Dorothea Orem* (Orem, 2001). O segundo capítulo aborda a metodologia de projeto utilizada e as suas diferentes fases de ação (diagnóstico de situação, objetivos, planeamento, atividades, resultados obtidos), apresentando uma análise crítica, reflexiva e fundamentada em evidência científica, bem como as questões éticas inerentes ao desenvolvimento do projeto de intervenção. No terceiro capítulo são apresentadas as competências de enfermeiro de prática avançada que foram desenvolvidas, os pontos fortes e fracos da implementação do projeto e a sua contribuição para a melhoria dos cuidados de enfermagem diferenciados. Por fim, o último capítulo, englobará as considerações finais do trabalho, onde se incluem os contributos do mesmo para o desenvolvimento da profissão e as perspetivas futuras.

O presente relatório foi elaborado segundo o guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos da ESEL (Godinho, 2020), sendo utilizada a norma da

Associação Americana de Psicologia como modelo das citações e referências bibliográficas associadas.

O relatório foi redigido de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A pessoa com cancro hepatobilio-pancreático em quimioterapia

A palavra cancro foi descrita pela primeira vez por Hipócrates através da palavra “carcinós”, na Grécia, em 500 a.C., ao referir-se a uma doença com mau prognóstico (Mohallem, Suzuki, Pereira, 2007, p.3). Ao longo dos tempos é uma palavra que mantém uma conotação negativa, sendo associada a um diagnóstico motivador de desespero, stress e incerteza em relação ao futuro afetando de forma significativa a pessoa/família, levando ao desencadeamento de reações emocionais intensas e prolongadas podendo originar depressão e ansiedade (Trancas, Cardoso, Luengo, Vieira, Reis, 2010; Ordem dos Psicólogos Portugueses, 2018).

Fischer, Knobf, Durivage (1993), Costa, Magalhães, Félix, Costa, Cordeiro (2005) e a OMS (2022) definem cancro como um grupo de células anormais que crescem de forma desordenada, isto é, sem os habituais mecanismos de controlo que previnem que as células cresçam além do seu tamanho e do seu local. Estas células malignas, com “(...) alterações nas funções reguladoras do DNA” (Costa *et al.*, 2005, p. 3), têm a capacidade de se estender além da sua cápsula, invadindo os tecidos adjacentes, incluindo os vasos sanguíneos e linfáticos, através dos quais chegam a locais distantes e se irão proliferar – metastização; em última análise, ao competirem pelo espaço e nutrientes das células saudáveis, as células malignas podem causar a sua morte, e por consequência, a morte do hospedeiro (Fischer *et al.*, 1993; OMS, 2022). Fischer *et al.* (1993) salientam ainda que o cancro não é apenas uma só doença, mas sim mais de cem doenças diferentes, tendo cada uma das quais as suas próprias características e que mesmo num determinado tipo de cancro existem vários tipos que se caracterizam por diferenças na sua própria biologia.

Como já havia sido mencionado o cancro é uma das quatro doenças crónicas mais prevalente em todo o mundo (OMS, 2014, p.9); de acordo com a DGS (2022), a OMS estimou, para o ano de 2018, o número de novos cancros em 18,1 milhões em todo o mundo. Segundo a mesma fonte, citando os dados do Registo Oncológico Nacional (2018), nesse mesmo ano em Portugal, foram diagnosticados 50.151 novos casos de cancros, tendo maior incidência o cancro da próstata, da mama feminina, do cólon, do pulmão, do estômago e do recto (DGS, 2019). Contudo, e apesar desta incidência crescente “nas últimas décadas, devido ao investimento em investigação,

no diagnóstico e na terapêutica das doenças oncológicas, assistiu-se a uma melhoria continuada do prognóstico destes doentes” (DGS, 2022, p.3)

São vários os fatores que podem determinar o aumento da incidência do cancro, sendo que vários autores corroboram entre si, apontando como principal causa dos países industrializados o envelhecimento da população (Gullatte, 2000; Mohallem *et al.*, 2007; DGS, 2016; DGS, 2019; DGS, 2022). Podem determinar ainda o aparecimento de novos cancros as alterações nos estilos de vida (sedentarismo, erros alimentação, obesidade) e a exposição a fatores ambientais (tabaco, álcool, poluição), a fatores virais (vírus Epstein-Barr, vírus do papiloma humano ou hepatites) e à radiação, bem como podem ser causados por fatores hereditários (Fischer, 1993; Gullatte, 2000; Mohallem *et al.*, 2007; DGS, 2019; DGS, 2022).

De acordo com o Programa Nacional para as Doenças Oncológicas (DGS, 2019) tanto em Portugal como nos restantes países europeus tem-se verificado um padrão ascendente no que concerne à mortalidade por cancro; contudo o número de novos casos continua a ser bastante superior traduzindo-se pelo sucesso dos tratamentos. Ainda assim em Portugal as doenças oncológicas são já a segunda causa de morte e a principal causa de anos de vida potencialmente perdidos, com principal destaque para os cancros do pulmão, do cólon, do estômago, do fígado e vias biliares e do pâncreas (DGS 2019; DGS 2022).

Segundo os dados do *Global Cancer Observatory* (2021), a incidência e a mortalidade dos cancros do fígado, vesícula biliar e do pâncreas têm tido uma tendência crescente ao longo da última década. Esta fonte estimava que em 2020 o número de novos casos destes tumores fosse superior a um milhão e quinhentos mil em todo o mundo; para Portugal, nesse mesmo ano, foi feita uma estimativa de 3485 novos casos e de 3396 mortes, verificando-se um valor de mortalidade muito próximo ao da sua incidência. As características destes tipos de cancro tornam o seu diagnóstico muitas vezes tardio, já que a sua sintomatologia, por vezes inespecífica, não aparece numa fase inicial da doença, bem como pode ser facilmente confundida com outros diagnósticos (*European Society for Medical Oncology – Anticancer Fund*, 2014; Caldeira, 2020). Apesar de cada um destes tipos de cancro terem as suas próprias características, a literatura indica-nos que os sintomas mais comuns são a dor abdominal, anorexia, perda de peso, náuseas e vômitos, podendo ainda a diarreia estar presente nos casos de cancro do pâncreas e do fígado (Daniel, 2000; Rodrigues, 2007). Clinicamente manifestam-se por massa abdominal, hepatomegalia (cancro do fígado e vias biliares), e ainda nalguns casos por icterícia, prurido e ascite (Daniel,

2000; Rodrigues, 2007). Os mesmos autores salientam como fatores de risco o consumo de tabaco e de álcool (pâncreas e fígado), infecções virais como a hepatite B e C (fígado e vias biliares), exposição a pesticidas e herbicidas; utilização de esteroides anabólicos e hemocromatose (fígado). No que concerne à investigação neste tipo de tumores só mais recentemente tem aumentado de forma significativa, sendo crucial para a melhoria da sobrevivência que continua muito baixa: no cancro do fígado a sobrevida aos 5 anos é de 5%, aumentando até 10% quando a doença é ressecável; no cancro das vias biliares a sobrevida aos 5 anos varia de 5 a 10%; no cancro do pâncreas, para todos os estadios, aos 5 anos a sobrevida é de 5% (Daniel, 2000; Castro, Santo, Rodrigues, 2017; Donas-Boto, 2017; Mansinho, 2017).

Ao longo dos anos tem havido um grande investimento na melhoria dos tratamentos para o cancro, apesar das opções escolhidas dependerem sempre do tipo de tumor e das suas especificidades, bem como do estadio da doença e das características da pessoa. De acordo com Pfeifer (2000) os tratamentos existentes são a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a terapêutica biológica, a hormonoterapia e, mais recentemente segundo o *National Cancer Institute* (NCI, 2019), a imunoterapia. No cancro do fígado o único tratamento potencialmente curativo é a cirurgia com realização de transplante hepático, contudo é uma modalidade que apenas está indicada quando há critérios de ressecção e não existem fatores prognósticos negativos, o que se traduz em menos de 10% dos utentes; a quimioterapia reserva-se a ser administrada em situações paliativas (Rodrigues, 2007). No que respeita ao cancro das vias biliares, também o tratamento de eleição é a cirurgia quando a mesma é possível (cerca de 10% dos casos), seguido de radioterapia com o intuito de prevenir uma recidiva tumoral (Daniel, 2000; Donas-Boto, 2017). Todavia, considerando também aqui o diagnóstico tardio da doença, na maioria das situações já com doença avançada (loco-regional ou metastática), a quimioterapia paliativa torna-se a única alternativa terapêutica; aquando de recidiva após cirurgia, cuja taxa é elevada, a quimioterapia é também o tratamento indicado (Donas-Boto, 2017). Nas pessoas com diagnóstico de cancro do pâncreas apenas 15 a 20% são candidatos a cirurgia, sendo que a experiência com esta modalidade terapêutica cresceu bastante na última década (Rodrigues, 2007; Barroso, Paulino, 2017). Porém, e apesar da ressecção cirúrgica radical ser a única opção terapêutica que garante uma maior sobrevivência a longo prazo, a taxa de sobrevivência aos 5 anos é de apenas 15 a 20% neste já pequeno grupo de candidatos, fruto do elevado potencial de metastização à distância e de recidiva local (Santos, 2017; Lopes, Borrego, Costa,

Chinita, 2017). Os mesmos autores, corroborando com Raimundo, Damasceno, Jacinto, Bento (2017) segundo as *guidelines* da *National Comprehensive Cancer Network* e da *European Society for Medical Oncology*, salientam ainda que a administração de quimioterapia e/ou realização de radioterapia antes da cirurgia pode melhorar a probabilidade de obter uma margem cirúrgica livre de doença, bem como a sua realização após a cirurgia pode aumentar a sobrevida global aos 5 anos para 20 a 25%. Não sendo estes números de todo elevados, a situação agrava-se na maioria dos doentes - 80 a 90% - cuja doença ao diagnóstico é considerada como irressuscitável e mais de 50% destes já têm doença metastática, sendo a quimioterapia sistêmica o tratamento standard com melhoria da qualidade de vida e impacto na sobrevivência global; ainda assim falamos numa sobrevivência mediana de 11 meses (Raimundo *et al.*, 2017). Desta feita, verifica-se que em qualquer destes 3 tipos de cancro, a larga maioria das pessoas com o seu diagnóstico, será candidata à realização de tratamento com quimioterapia dado o rápido crescimento tumoral, diagnóstico tardio, metastização precoce e resistência à terapêutica instituída. Assim, a quimioterapia torna-se essencial para proporcionar um aumento da sobrevida, com um papel essencial principalmente na palição de sintomas (Costa *et al.*, 2005; DGS, 2016).

Apesar do uso de medicamentos para tratar tumores remontar ainda ao tempo das civilizações egípcias e gregas, como o caso da colchicina, foi no século XX que se deram as maiores descobertas: em 1919 com a exposição de marinheiros a gás mostarda que desenvolveram depressão medular severa; nos anos 40 com a descoberta promissora da utilização de hormonas para o tratamento de cancro da próstata e de mama; a descoberta da mostarda nitrogenada antes da 2ª Guerra Mundial que inicialmente começou por ser uma investigação de agentes tóxicos para uma destruição maciça (Costa *et al.*, 2005). A partir da segunda metade do século XX, e com o impulsionar de alguns programas de investigação, foram sintetizados novos fármacos e descobertos vários protocolos poliquimioterapêuticos; atualmente ainda hoje muitos desses fármacos são utilizados na prática comum, sendo o desafio atual não só a descoberta de novos medicamentos, mas também novas formas/combinções de utilizar os já existentes (Costa *et al.*, 2005).

A quimioterapia consiste na utilização de substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com propriedades citotóxicas cujo objetivo é eliminar as células tumorais, sendo para isso necessário a administração destas substâncias em determinadas doses, durante um determinado período de tempo para que consiga interromper o

ciclo celular e antes que surja resistência por parte dessas mesmas células. (Fischer *et al.*, 1993; Costa *et al.*, 2005). Contudo, a modificação da divisão celular não acontece apenas nas células tumorais, mas também nas ditas “células normais” do nosso corpo o que origina que os efeitos secundários provocados nas células neoplásicas também sejam sentidos de forma semelhante nas restantes células saudáveis sendo, portanto, fundamental que a pessoa com doença oncológica seja também capaz de suportar os EA's do tratamento (Fisher *et al.*, 1993; Costa *et al.*, 2005; Mollaoğlu & Erdoğan, 2014).

Se por um lado, e de acordo com Shaw, Young, Butow, Chambers, O'Brien, Solomon (2013), o diagnóstico de um cancro já tem, por si só, um impacto significativo na pessoa e sua família com necessidade de adaptação a processos de transição vividos ao longo do percurso de doença, os tratamentos de quimioterapia têm ainda repercussões na qualidade de vida e no bem-estar com a necessidade de controlar a sua sintomatologia da melhor forma possível. Beaver, Campbell & Williamson (2012), atentam para o facto de que o impacto dos efeitos secundários é, por norma, uma preocupação da pessoa com cancro, assim, o enfermeiro deverá desenvolver uma prática de enfermagem centrada na pessoa e família, com cuidados personalizados e periódicos, mas que não se devem restringir apenas ao cuidados presenciais aquando da administração de quimioterapia em Hospital de Dia, mas também entre tratamentos, ou sempre que se justifique, quando o cliente está no seu domicílio, já que é aqui que a maioria dos sintomas aparecem (Stacey *et al.*, 2013).

Ora, conhecendo os EA's possíveis e já mencionados anteriormente neste relatório, e, de acordo com Mollaoğlu & Erdoğan (2014), considerando que os enfermeiros são os profissionais mais bem capacitados para os processos educacionais no controlo da sintomatologia associada à quimioterapia e à evolução da doença, com influência na melhoria da qualidade de vida, é fundamental a existência de uma ferramenta dinâmica, que promova a individualidade da pessoa/família e que seja também promotora da autonomia do profissional: a consulta de enfermagem. O Ministério da Saúde (1999), definiu a CE como uma

atividade autónoma com base em metodologia científica, que permite ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem baseado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e realizar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem (OE, Parecer da Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, 13/2013, p.1).

A Portaria N°19/2012, vai ainda mais além quando refere que a CE é uma “intervenção (...) no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”

(p.352), dando ênfase à função educativa por parte dos enfermeiros, como meio para permitir não só a promoção da adesão ao regime terapêutico, mas também o estabelecimento de uma relação que promova o autocuidado com o objetivo de minimizar os efeitos secundários decorrentes do tratamento de quimioterapia (Andrade, 2012). A mesma autora refere que na CE será também possível que a pessoa/família verbalizem as suas dúvidas e medos, enquanto permite ao enfermeiro conhecer o contexto da pessoa, a sua rede de apoio, e antecipar problemas que poderão surgir ao longo dos tratamentos, contribuindo para a prestação de cuidados de enfermagem diferenciados e individualizados. Este é um momento chave para que o enfermeiro compreenda a pessoa ao nível dos seus objetivos e aspirações de vida, direcionado o conteúdo das intervenções para a capacitação do autocuidado da pessoa enquanto sujeito ativo no processo de doença que está a vivenciar, fomentando um maior controlo sobre a sua própria vida (Cabete, 2012).

Vários estudos apontam para a importância dos enfermeiros nos processos educacionais dos utentes através de estratégias para os mesmos lidarem com os EA's e todas as alterações físicas, psicológicas e sociais vivenciadas ao longo da doença, sendo importante que se mantenha a monitorização dos mesmos (Mollaoğlu & Erdoğan, 2014). Por consequência a criação de uma CE telefónica (*follow-up*) poderá ser um instrumento fundamental para assegurar a qualidade e a continuidade dos cuidados, possibilitando a capacitação do cliente para o autocuidado no domicílio. McVay, Kelley, Mathews, Jackson, Kokoska, Smith (2008) e Shaw *et al.* (2013), referem que este acompanhamento via telefone é um modelo seguro e bem aceite pelas pessoas e pelos profissionais, permitindo ao enfermeiro estabelecer uma relação com o cliente/família, minimizando dificuldades e melhorando a qualidade de vida, com base na evidência científica e nos princípios éticos e deontológicos da profissão, mediante uma prática de enfermagem holística cujos cuidados sejam centrados no cliente/família. McVay *et al.* (2008) e Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, Lima (2012) salientam ainda a importância para a existência de protocolos estruturados como facilitadores da organização da consulta, garantindo uma atuação sequencial e focada nos problemas/necessidades dos utentes/família. Nesta conceção é importante ter em mente que a pessoa é um agente capaz de fazer as suas próprias escolhas e o principal responsável pela sua saúde, estando esta responsabilidade e a sua independência associadas ao autocuidado, usado aqui enquanto referencial teórico para as intervenções educacionais implementadas em contexto de CE (Petronilho, 2012).

1.2. A Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem

No âmbito do autocuidado enquanto conceito principal, Dorothea Orem desenvolveu a Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem (TDACE) que tem como base a pessoa enquanto ator/agente deliberado (Tomey & Alligood, 2004). De acordo com os mesmos autores, Orem define o autocuidado como “a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas que as iniciam e desempenham (...) com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável (...) e o bem-estar pessoal” (p. 213). Ora, nos dias de hoje, com a prevalência das doenças crónicas verifica-se um crescente de cuidados orientados para a promoção da saúde e para a capacitação da pessoa para os processos adaptativos aos desvios de saúde; como tal o autocuidado tem sido identificado não apenas como um recurso para a promoção da saúde, mas também como recurso para a gestão da doença crónica, como é o caso, do cancro (Petronilho, 2012, p. 12-13). Petronilho (2012, p.14) refere que a prática do autocuidado implica delineamento de objetivos, planeamento das atividades de aprendizagem e avaliação de resultados esperados decorrentes das intervenções de enfermagem - sendo os resultados o desempenho apropriado por parte dos indivíduos; assim, o autocuidado é um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, nos quais o enfermeiro especialista poderá ter um papel diferenciador.

A TDACE é uma teoria geral que engloba 3 teorias que se relacionam: a teoria do autocuidado, a teoria do défice do autocuidado e a teoria de sistemas de enfermagem. Na teoria do autocuidado, Orem (2001), define este conceito como uma função humana reguladora e que não é inata, já que necessita de ser aprendida e desenvolvida; esta mesma teoria também pressupõe que todos os indivíduos têm potencial para o desenvolvimento de práticas para o autocuidado para regular o seu funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. Desta forma, Orem (2001), definiu a existência de três tipos de requisitos de autocuidado: os universais, associados à manutenção da vida e comuns a todos os seres humanos (1. manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida; 2. cuidados associados aos processos de eliminação de excrementos; 3. preservação do equilíbrio entre atividade e descanso; 4. preservação do equilíbrio entre solidão e interação social; 5. prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano; 6.

promoção do desenvolvimento humano e o desejo de normalidade); os de autocuidado de desenvolvimento, associados à adaptação a processos ao longo do ciclo vital; os de autocuidado nos desvios de saúde, exigidos durante a doença e necessidade de tratamentos. Assim, esta teoria assenta na premissa de que a pessoa tem capacidade para promover o cuidado de si mesmo, mas que pode beneficiar de cuidados de enfermagem sempre que o desvio de saúde a faça ter algum tipo de incapacidade (Torres, Davim, Nóbrega, 1999; Tomey & Alligood, 2004). A teoria do défice do autocuidado define que a necessidade de cuidados de enfermagem está relacionada com a subjetividade da maturidade e do amadurecimento da pessoa em relação às limitações que se relacionam com a sua saúde. Não tendo a pessoa capacidade para satisfazer as suas necessidades, serão então determinadas quais as intervenções de enfermagem necessárias, tendo sido identificados por Orem (2001) 5 métodos de ajuda: 1. atuar por ou fazer pelo outro; 2. orientar e guiar; 3. fornecer apoio físico ou psicológico; 4. proporcionar ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; 5. Ensinar. Assim, cabe ao enfermeiro avaliar e adequar a sua intervenção considerando a capacidade de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidado (Petronilho, 2012, p. 24). Por fim, a teoria dos sistemas de enfermagem, determina “(...) como é que os enfermeiros, os doentes ou ambos, dão resposta às necessidades de autocuidado do doente” (Petronilho, 2012, p.25), tendo Orem (2001), proposto três classificações de sistemas: totalmente compensatório, quando a pessoa é incapaz de se autocuidar e o enfermeiro substitui-o nessas funções; parcialmente compensatório no qual o enfermeiro, em parceria com a pessoa, apenas intervém onde esta não se consegue autocuidar; apoio-educação no qual a pessoa possui capacidade para o autocuidado, necessitando de supervisão e ensinamentos por parte do enfermeiro .

Considerando que o défice para o autocuidado surge quando a pessoa é incapaz de se cuidar ou tem alguma dificuldade em fazê-lo, podendo o mesmo estar relacionado com vários fatores, a enfermagem torna-se fundamental para dar resposta às atividades de vida, antecipando alterações que possam surgir em défice ou melhoria na capacidade da pessoa se autocuidar (Tomey & Alligood, 2004). Portanto, para a utilização da TDACE é necessário mobilizar os conteúdos das suas três teorias para que o enfermeiro compreenda quais os requisitos do autocuidado que possam estar afetados e quais as competências da pessoa para o mesmo, identificando as necessidades alvo de intervenção de enfermagem, através da sua apreciação, do seu diagnóstico, planeamento e avaliação.

2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS

No presente capítulo será abordada num primeiro subcapítulo a metodologia utilizado neste trabalho, seguindo-se quatro subcapítulos que refletem a descrição do desenvolvimento das atividades propostas através de uma análise crítica e reflexiva onde serão também discutidos os indicadores de resultados obtidos. No sexto e último subcapítulo serão abordadas as questões éticas inerentes ao presente relatório.

2.1. Metodologia utilizada

A metodologia do trabalho de projeto é de acordo com Guerra (1994), citada por Ruivo, Ferrito & Nunes (2010), “(...) um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação real” (p.3). Esta metodologia é então capaz de resolver os problemas da prática - motivo de preocupação dos seus intervenientes - ao ser baseada “(...) numa investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução” (Ruivo *et al.*, 2010, p.2).

Em enfermagem, esta metodologia deve ter por base uma filosofia de cuidados centrados na pessoa, fazendo uma análise das suas necessidades e, desta forma, criar projetos inovadores de investigação e de boas práticas baseados em evidência científica, permitindo o desenvolvimento de uma prática de Enfermagem Avançada. Para tal devem ser desenvolvidas estratégias e aproveitados os recursos existentes, onde se inclui não só os enfermeiros, mas toda a equipa multidisciplinar, já que são estes os elementos essenciais para que aconteçam as mudanças nas organizações (Ruivo *et al.*, 2010). Os mesmos autores referem que os projetos de saúde além de necessitarem de ser sustentáveis, devem ainda ser capazes de produzir benefícios que perdurem no tempo, bem como motivar as equipas para outras iniciativas de melhoria da qualidade dos cuidados, tendo como objetivo final o aumento da eficácia dos serviços prestadas à população contribuindo para a sua satisfação.

A primeira fase da metodologia de projeto consistiu na elaboração de “(...) um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar” (Ruivo *et al.*, 2010, p.10), sendo então esta a fase do diagnóstico de situação. Por conseguinte, foi necessário realizar primeiro uma boa colheita de informação para se identificarem os problemas e as necessidades de melhoria; de referir ainda que este diagnóstico da

situação serviu como padrão de comparação quando se avaliaram as medidas implementadas (Ruivo *et al.*, 2010).

Atendendo ao que anteriormente foi referido, a CE é uma estratégia eficaz não só para deteção precoce de desvios de saúde, mas também como uma ferramenta com potencial para contribuir para a promoção da saúde, prevenção de situações evitáveis e acompanhamento das transições vividas aquando de um diagnóstico médico e tratamentos (curativos ou não) subsequentes (Oliveira *et al.*, 2012). Desta forma, a CE pode afirmar-se como um momento formal e autónomo do enfermeiro onde deverão ser prestados os melhores cuidados de enfermagem, baseados em evidência científica e centrados na individualidade de cada pessoa e família, com o objetivo de promover a capacitação para o autocuidado ao mesmo tempo que desenvolve estratégias de adaptação à doença, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Assim, o presente projeto partiu da necessidade de estruturar a CE presencial de primeira vez e o *follow-up* telefónico, criando recomendações para a sua realização e fluxogramas de atuação, bem como a necessidade de realização de registos estruturados e uniformizados por parte de toda a equipa de enfermagem, onde a utilização do processo de enfermagem seja clara e permita obter indicadores de resultados da prática de enfermagem que espelhem a qualidade dos cuidados praticados no hospital de dia D; de salientar ainda que neste processo foi verificada também a necessidade de dar uma resposta efetiva aos contactos telefónicos realizados por parte dos utentes/famílias aquando dos EA's no domicílio.

O diagnóstico de situação efetuado, ao abordar a necessidade de sistematização de registos com base nas etapas do processo de enfermagem e que permitam a avaliação do mesmo possibilitando a obtenção de indicadores de resultados, levou-me a ir ao encontro das tecnologias de informação e comunicação informatizadas. São elas que de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) "(...) suportam a documentação sistemática dos cuidados e permitem que os dados acerca dos serviços de cuidados de saúde, recursos e resultados (...) possam ser acedidos e analisados para avaliar os cuidados de saúde e gerar novos conhecimentos" (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011, p.14), contribuindo para que os enfermeiros tenham acesso a evidência sobre o ambiente dos cuidados, os recursos utilizados, a prestação de cuidados de enfermagem e os resultados no utente. Ora, no hospital de dia D, apesar da existência de dois campos próprios de registo em modelo de "texto livre", não são formalmente levantados diagnósticos de enfermagem nem planeadas as intervenções com base

em resultados esperados. Tal situação verifica-se por se tratar de um serviço de ambulatório onde não está designado pela instituição o levantamento formal de diagnósticos de enfermagem, ao contrário do que sucede nos “episódios” de internamento. Os “episódios” de internamento são caracterizados por estarem informaticamente ativos enquanto o utente permanece na instituição, isto é, até à data da sua alta; em ambulatório, os “episódios”, caracterizados neste caso em concreto por “sessões de quimioterapia”, começam e terminam no dia do tratamento, não sendo possível, informaticamente, manter diagnósticos, levantar e avaliar as intervenções de enfermagem com base nos resultados esperados ativos de um tratamento para o outro, encontrando-se aqui o primeiro obstáculo para a realização do processo de enfermagem formal, em linguagem CIPE®. Verifica-se ainda que no programa informático os diagnósticos, intervenções e resultados esperados encontram-se muito limitados às necessidades da pessoa internada, sendo o catálogo disponível do Foco, isto é, a “área de atenção que é relevante para a Enfermagem (exemplos: dor, (...) eliminação, (...) conhecimento)” (CIE, 2011, p.18) muito redutor. Em suma, a formalização do levantamento de diagnósticos e intervenções específicas, com base nas necessidades da pessoa/família não existe o que, diretamente, não permite também uma formalização da avaliação dessas mesmas intervenções. Assim, a avaliação da evolução das necessidades da pessoa e adequação das intervenções a novas necessidades ao longo do tratamento com quimioterapia fica prejudicada, não sendo ainda possível obter resultados mensuráveis sobre os cuidados de enfermagem realizados com implicações na pessoa/família e na instituição de saúde.

Estando o diagnóstico de situação realizado, com os problemas levantados, seguiu-se a fase de planeamento do projeto de intervenção sendo nesta fase “(...) elaborado um plano detalhado do projeto” (Ruivo *et al.*, 2010). Para tal, e considerando que os contextos de ensino clínico são fundamentais para o desenvolvimento de competências, já que são facilitadores de aprendizagens através da observação, da partilha e da reflexão, planeou-se a realização de um estágio de 450 horas, repartidos por quatro locais de aprendizagem. Assim, haveria oportunidade para, tal como Ruivo *et al.* (2010) referem, fazer a ponte entre a teoria e a prática, já que seria possível que os conhecimentos adquiridos na teoria fossem aplicados à prática, contribuindo para o desenvolvimento de competências imprescindíveis para um cuidar de enfermagem especializado. Uns meses prévios à realização do estágio, já sabendo que pretendia direcionar o meu projeto para a consulta de enfermagem, em conjunto com a minha orientadora e através de contatos informais com colegas dos serviços, tentámos

perceber quais os locais que poderiam ir ao encontro dos objetivos que tinha delineado, garantindo que os mesmos seriam promotores de aprendizagens e do desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. Assim, o primeiro local de estágio, inicialmente delineado para a consulta de enfermagem presencial e telefónica, acabou por ser repartido por um hospital de dia de oncologia médica e um hospital de dia de hemato-oncologia, ambos pertencentes a um centro hospitalar central; o segundo local de estágio, realizado num centro de ambulatório de um hospital privado, direcionou-se para os cuidados de enfermagem desenvolvidos pelo *Nurse Navigator*; o terceiro local de estágio foi realizado num centro clínico privado no âmbito do hospital de dia e da consulta multidisciplinar na área específica do cancro do pâncreas; o último local de estágio foi realizado na consulta de enfermagem do hospital de dia onde desempenho funções e que pertence a um hospital público – todos estes campos de estágio pertencem ao distrito de Lisboa.

Já com o conhecimento dos locais de estágio e algumas das suas características, ainda na fase do planeamento, foram definidos para cada estágio objetivos gerais e específicos, sendo estes últimos alcançados através do desenvolvimento de atividades planeadas, com os recursos que se consideraram necessários, e sendo avaliados através dos indicadores de resultados previamente definidos e que serão mencionados mais à frente neste relatório. Nesta fase de planeamento foi elaborado um cronograma (APÊNDICE I) que refletia a expectativa temporal da realização das atividades planeadas; contudo, houve necessidade de o rever algumas vezes, modificando e adaptando a duração de algumas atividades durante os estágios para serem executadas, concordando com Ruivo *et al.* (2010) ao afirmar que ao longo do projeto o cronograma está em constante desenvolvimento.

A etapa de execução da metodologia de projeto assume-se como aquela em que é colocado na prática tudo o que foi planeado, ou seja, em que o “esboço” se torna numa situação real (Ruivo *et al.*, 2010). Alarcão (2001), aborda a necessidade da reflexão sobre a experiência e sua interpretação como sendo “(...) fundamental, pois só essa atividade conceptualizadora lhe atribui significado” (p. 57), contribuindo para o desenvolvimento de competências.

2.2. Estágio no Hospital de Dia A1 e A2

Apesar do desenvolvimento do projeto estar direcionado para uma determinada população – pessoa com cancro hepatobilio-pancreático - considerei pertinente a

realização de um primeiro estágio mais abrangente num hospital de dia onde fosse realizada a CE presencial e de *follow-up* telefónico. Desta forma, pretendia perceber a sua dinâmica e recolher contributos que se pudessem adequar ao meu local de trabalho e que pudessem contribuir para a melhoria da minha prática, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados e dando resposta ao seguinte objetivo geral: **desenvolver competências de EEEMC, na promoção do autocuidado da pessoa com cancro, em quimioterapia, através da consulta telefónica de enfermagem.** O hospital escolhido, pertencente a um centro hospitalar da grande Lisboa, tem mais do que um hospital de dia em funcionamento, com equipas distintas de acordo com as valências de cada um. Por um erro administrativo este meu estágio foi iniciado no hospital de dia de oncologia médica (tratamento de tumores sólidos) – Hospital de Dia A1 - um serviço muito semelhante àquele onde exerço a minha atividade profissional, mas com um volume de tratamentos bastante superior, e onde não era realizada a CE de *follow-up* telefónico, apesar de ser sempre realizada uma CE presencial de primeira vez a todos as pessoas que iniciam tratamento. Ruivo *et al.* (2010), referem que caso ocorram alterações ao que inicialmente estava planeado, estas deverão ser estudadas e implementadas medidas para os objetivos não sejam comprometidos. Assim, e considerando que estive neste campo de estágio por quase 3 semanas, considerei pertinente ir ao encontro de alguns dos objetivos específicos delineados para este primeiro campo de estágio, como forma de retirar contributos desta experiência e enriquecer os meus conhecimentos, já que os turnos realizados foram ricos em partilha com os enfermeiros peritos e não peritos da equipa.

Aproveitando a disponibilidade de toda a equipa, com ênfase para a minha enfermeira orientadora e perita na área de intervenção à pessoa com doença oncológica, dei resposta ao meu primeiro objetivo **descrever os valores e missão do serviço bem como a sua estrutura funcional e organizacional**, de forma a otimizar a aprendizagem e a colaboração nos cuidados de enfermagem, conhecendo a estrutura física e a dinâmica do Hospital de Dia A1, quer através da consulta de documentação interna e de protocolos do serviço, bem como através da entrevista e da observação da equipa. O mesmo funciona de 2^a a 6^a feira no horário compreendido entre as 08 e as 20h e atende em média cerca de 90 utentes por dia. É constituído por um gabinete de triagem (com duas enfermeiras responsáveis por verificar as análises clínicas, autorizar tratamentos e fazer o seu agendamento, agendar CE de primeira vez e articular cuidados a doentes com necessidade de consulta médica de urgência aquando de EA's), uma sala de preparação de medicamentos e uma sala de

administração de quimioterapia em estilo *open space* com 19 cadeirões para tratamento de quimioterapia e que possui ainda uma sala de tratamentos no seu interior composta por 2 cadeirões e 3 macas (onde se realizam tratamentos rápidos, terapêutica intramuscular e subcutânea, colheita de análises para ensaios clínicos, manutenção de cateteres totalmente implantados, retirada de infusores e prestação de cuidados aos utentes em situação de urgência). São os dois enfermeiros escalados nesta sala de tratamentos os responsáveis pela realização da CE presencial de primeira vez, ocorrendo uma média de 3 por dia. Apesar da mesma poder ser realizada nesta sala, por uma questão de privacidade é solicitado o gabinete da enfermeira responsável para esse efeito, garantindo, tal como é defendido por Andrade (2012) um ambiente favorável à comunicação entre o enfermeiro e a pessoa/família. Na CE, realizada no dia do tratamento e antes do mesmo se realizar é fornecido um guia geral dos efeitos secundários dos tratamentos de quimioterapia, sendo os ensinamentos mais específicos de cada protocolo explicados verbalmente. O serviço possui uma *check-list* que serve como facilitador da organização da consulta, indo ao encontro de uma atuação sequencial tal como defendem McVay *et al.* (2008), Oliveira *et al.* (2012), Traeger, McDonnell, McCarty, Greer, El-Jawahri, Temel (2015) e Liptrott, Bee, Lovell (2017); ainda assim, e apesar do seguimento da *check-list*, os ensinamentos realizados eram adequados a cada pessoa/família, tendo em conta os seus próprios conhecimentos sobre a doença, as preocupações manifestadas e eram ainda esclarecidas as dúvidas ao longo da CE.

Não existindo CE de *follow-up* telefónico, e considerando que o contacto do serviço fornecido aos utentes na CE presencial de primeira vez é atendido pela equipa médica, não foi possível dar resposta aos objetivos específicos de **identificar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado realizadas através da consulta telefónica de enfermagem, tendo por base a avaliação da sintomatologia através do Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) e de consultar o registo de enfermagem informatizado realizado durante a consulta telefónica de enfermagem que permite manter a continuidade dos cuidados de enfermagem**. Contudo, foi possível esquematizar (APÊNDICE II), com os contributos da *check-list* e da minha observação de três CE presenciais, quais os tópicos abordados nas mesmas e os registos de enfermagem efetuados para dar resposta às necessidades educacionais da pessoa/família. Assim, a primeira fase das consultas consistia na apresentação da enfermeira, acolhimento ao serviço e colheita de dados do utente. Esta colheita de dados permitia não só conhecer a pessoa e a

existência de suporte familiar/cuidador, bem como avaliar as necessidades de educação do utente. Numa segunda fase eram abordados os EA's mais comuns e dado ênfase a situações de urgência em que deveria recorrer ao hospital; nesta fase, aquando do registo informático (o qual tive oportunidade de observar) de salientar sempre, não obstante o levantamento de outros diagnósticos, o levantamento do diagnóstico de enfermagem de “conhecimento sobre a saúde diminuído”, e as intervenções de enfermagem de “explicar sobre o estado de saúde”, “distribuir material educativo” e “ensinar o indivíduo”, de acordo com linguagem CIPE®. Por fim, numa terceira fase era entregue a terapêutica oral protocolada e explicada a gestão da mesma (por ex. antieméticos, corticoides), validados os ensinamentos, esclarecidas as dúvidas da pessoa/família e entregue material de apoio em suporte papel (guia de acolhimento e de EA's, contactos telefónicos e recursos da comunidade) e o cartão com a marcação do tratamento seguinte. Em termos de registo e pelo curto tempo de permanência neste local de estágio não foi possível avaliar os resultados das intervenções realizadas a longo prazo (isto é, nos tratamentos seguintes). Teria sido interessante avaliar, por exemplo, num segundo tratamento se os ensinamentos efetuados sobre os efeitos adversos dos tratamentos, no caso de terem estado presentes, e a gestão dos mesmos teriam sido suficientes para a capacitação do autocuidado nessa situação específica.

Ainda no que concerne ao objetivo mencionado acima de **identificar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado realizadas através da consulta telefónica de enfermagem, tendo por base a avaliação da sintomatologia através do CTCAE**, uma das atividades planeadas não estava dependente da existência de consulta de enfermagem telefónica, já que a mesma consistia na pesquisa bibliográfica sobre as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado da PCHPQ. Neste sentido foi realizada um *scoping review* com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem realizadas no âmbito da consulta telefónica de enfermagem à PCHPQ, para a gestão do autocuidado, para que fosse estabelecida uma base de evidência científica no desenvolvimento deste projeto. Como tal, através da metodologia do The Joanna Briggs Institute (2015), esta *scoping review* teve como ponto de partida a seguinte questão: quais as intervenções de enfermagem para a gestão do autocuidado na pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em consulta telefónica de enfermagem?

A grande dificuldade nesta atividade prendeu-se com a falta de evidência especificamente para a pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, tendo havido

necessidade de alargar a mesma a todos os tipos de cancro de maneira a conseguir mapear as intervenções. Ao efetuar a *scoping review* emergiram um total de 4 áreas centrais, interligadas, e que se tornaram de todo pertinentes: benefícios e desvantagens da consulta telefónica de enfermagem onde os mesmos são evidenciados não só para as instituições e profissionais, mas também para os doentes com cancro e a sua família; as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado com foco não apenas na gestão de toxicidades mas também nos processos educacionais sobre a doença, os tratamentos e os efeitos adversos e o apoio psicológico e social; as necessidades de segurança e de qualidade de cuidados que surgem da utilização do telefone para a realização da consulta de enfermagem e que têm implicações para a prática. A estratégia de pesquisa, os resultados e a discussão da *scoping review*, encontram-se espelhados no APÊNDICE III. De salientar que esta atividade foi também desenvolvida ao longo do estágio no Hospital de Dia A2 que, aliás, era onde inicialmente se planeava a sua conclusão.

Por fim, e ainda no campo de estágio A1, não sendo possível dar resposta ao objetivo específico de **colaborar nos cuidados de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa com cancro no âmbito da consulta telefónica de enfermagem**, aproveitei a oportunidade para colaborar nos cuidados, realizando uma CE presencial de 1ª vez, com supervisão da enfermeira orientadora. Tal foi possível só após a observação de outras 3 CE de 1ª vez, no sentido de seguir o processo preconizado pela equipa de enfermagem daquele serviço, não havendo desfasamento das especificidades do mesmo.

Ao fim de três semanas, com a mudança de campo de estágio – para o Hospital de Dia A2 - deparei-me com a dificuldade de atingir todos os objetivos específicos propostos pelo pouco tempo que teria (outras três semanas) contudo, optei por não os reformular. Mais uma vez procedi à consulta de documentação interna e protocolos do serviço que me permitissem conhecer a dinâmica e estrutura do serviço para dar resposta ao objetivo de **descrever os valores e missão do serviço bem como a sua estrutura funcional e organizacional**; mais uma vez contei com a disponibilidade de toda a equipa e da minha enfermeira orientadora, perita no cuidado à pessoa com doença hemato-oncológica. O Hospital de Dia A2 funciona nos dias úteis das 08h às 20h e atende cerca de 55 utente programados por dia. É constituído por duas salas de tratamentos: uma primeira com 3 cadeirões preparada para realizar qualquer tipo de tratamento de quimioterapia, mas que sempre que possível, e por ser mais pequena, é utilizada essencialmente para a permanência de pessoas em

tratamento que sejam transplantadas e/ou para realizar o atendimento não programado/urgência às pessoas que recorrem ao serviço por sintomatologia associada aos tratamentos; na segunda sala, composta por 6 cadeirões realizam-se grande parte dos tratamentos de quimioterapia programados (maioritariamente por administração endovenosa ou subcutânea). Existe ainda um gabinete designado por sala de consultas e tratamentos, onde é realizada a CE presencial, de 1ª vez e de seguimento todos os dias entre as 08h e as 11h (para utentes que iniciam tratamento pela primeira vez em hospital de dia – mesmo os que realizaram em regime de internamento – ou que realizam novas linhas de tratamento). No ano de 2020 tinham sido realizadas 381 consultas de enfermagem, equivalendo a uma média diária de 1,5 consultas. Com o crescente número de tratamentos nos últimos 10 anos neste Hospital de Dia (mais de 20% de acordo com os dados estatísticos) a consulta de enfermagem tornou-se uma ferramenta para responder às necessidades educacionais da pessoa e família, contando com o seu espaço próprio e favorecendo um ambiente de confiança propício à comunicação e a exposição de medos e preocupações, tal como é defendido por Andrade (2012).

No sentido de atingir o objetivo de **identificar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado realizadas através da consulta telefónica de enfermagem, tendo por base a avaliação da sintomatologia através do CTCAE**, foi importante não só compreender a dinâmica do serviço, mas também da própria CE presencial de 1ª vez e subsequente, para compreender de que forma, em que momentos e com que objetivos a CE telefónica era realizada e como se adequava à continuidade de cuidados de enfermagem. Assim, além da observação da consulta telefónica, previamente estabelecida como atividade de estágio, realizei também a observação de um total de 5 CE realizadas pela minha enfermeira orientadora – 2 CE de 1ª vez, 2 CE subsequente e 1 CE de 1ª vez após recaída. Pude observar que estas consultas de enfermagem eram realizadas de forma estruturada, existindo para tal uma *check-list* instituída no serviço e que servia de base para a condução da CE de 1ª vez e CE subsequente, indo ao encontro, mais uma vez, do que é sugerido em vários artigos já mencionados neste mesmo ponto, contribuindo para a gestão e organização da consulta, impendido que temas essenciais não sejam abordados.

A CE de 1ª vez, realizada no dia do primeiro tratamento de quimioterapia, era dividida em 3 etapas: acolhimento, promoção da saúde e validação. Na etapa do acolhimento era apresentada a equipa, o serviço e o seu circuito, realizada a colheita

de dados e realizada escuta ativa com o objetivo de identificar as preocupações do utente/família e os seus conhecimentos prévios de forma que toda a intervenção de enfermagem seja centrada no utente e adequada à sua situação social, psicológica e cultural, respeitando preferências e valores. Na segunda etapa de promoção de saúde era levantado o diagnóstico de enfermagem de “conhecimento sobre a saúde diminuído”, de acordo com linguagem CIPE®, e identificadas necessidades educacionais sobre a doença, o tratamento instituído e os efeitos adversos possíveis, com especial enfoque no risco de infeção e de hemorragia, risco de alterações cutâneas, risco de alterações do sistema gastrointestinal e do sistema respiratório. Ainda nesta etapa eram realizados ensinamentos no que concerne à segurança alimentar, cuidados de higiene pessoal, gestão da temperatura corporal, gestão dos riscos ambientais e terapêutica de suporte em caso de EA’S com o objetivo de promover o autocuidado do utente através da capacitação com vista a responder às suas necessidades de uma forma autónoma no domicílio e facilitar ainda a assistência prestada pela família/cuidador. Por fim, na última etapa eram entregues em suporte papel os guias informativos (acolhimento ao serviço e de quimioterapia), validadas as informações prestadas, esclarecidas dúvidas e realizado encaminhamento, quando necessário, para outros elementos da equipa multidisciplinar.

A CE subsequente, realizada no primeiro dia do 2º ciclo de tratamento (ou no oitavo dia do 1º ciclo, caso o mesmo corresponda a tratamento presencial), era principalmente orientada para a avaliação dos ensinamentos realizados na CE anterior, para a realização de diagnósticos e de intervenções de enfermagem no caso de aparecimento de EA’s após o primeiro tratamento, esclarecimento de dúvidas e continuação da capacitação para o autocuidado com a abordagem de tópicos com o objetivo de promover a saúde, consistindo na educação sobre um aporte nutricional adequado, um padrão de eliminação adequado, a importância da realização de atividade física adequada à situação de doença e aos próprios EA’s do tratamento de quimioterapia, bem como a manutenção/adaptação da atividade familiar, laboral e social, a manutenção dos períodos de sono e repouso, as alterações/adaptações ao nível da sexualidade e a importância da comunicação. Com os contributos da *check-list* e da minha observação das consultas surgiu então a realização do APÊNDICE IV, onde aparecem esquematizadas as etapas da CE e os tópicos abordados para dar resposta às necessidades educacionais da pessoa/família.

A marcação de uma 3ª CE (2ª CE subsequente) presencial, não era realizada por sistema; contudo sempre que algum utente e/ou família manifestassem dúvidas,

as mesmas eram esclarecidas aquando dos tratamentos seguintes. A par disto, a existência de um telefone móvel no serviço permitia a marcação de uma CE de *follow-up* telefónico sempre que o mesmo se justificasse. Esta CE não era marcada a todos os utentes de forma sistemática tendo em conta os recursos humanos existentes, contudo, o mesmo telefone móvel permitia que os utentes contactassem o serviço sempre que necessário durante todo o horário de funcionamento do Hospital de Dia A2, garantindo uma resposta efetiva por parte da equipa de enfermagem. De salientar que este telefone móvel era utilizado única e exclusivamente para tratamento de EA's resultantes dos tratamentos de quimioterapia, sendo esta informação reiterada por toda a equipa de enfermagem, não sendo dada resposta a qualquer outro motivo de contacto (nesta situação a pessoa/família era informada para quem deveria dirigir o contacto telefónico, não sendo realizado o encaminhamento direto das chamadas), Este exemplo em particular foi alvo da minha partilha no serviço onde trabalho já que a não existência de um telefone móvel (apenas existe um fixo) que permita de forma efetiva atender os contatos dos utentes tem sido alvo de crítica pela renitência na aquisição do mesmo. O motivo prende-se com o receio da utilização do contato por parte dos utentes para outros assuntos que não os EA's dos tratamentos de quimioterapia; com o exemplo dado tentei demonstrar que se o mesmo funciona num determinado serviço, com empenho de toda a equipa, também seria possível de colocar em funcionamento no meu serviço.

O Hospital de Dia A2 tem sistematizada a CE de *follow-up* telefónico, recorrendo ao uso de uma ferramenta – *United Kingdom Oncology Nurse Society Triage Tool – 24 Hour Triage Rapid Assessment & Access* (ANEXO I) – em fase de validação da sua tradução para português que permite dar resposta à gestão da sintomatologia induzida pela quimioterapia e promover o autocuidado da pessoa com doença oncológica. Tal ferramenta, sustentada por um algoritmo de decisão baseado na avaliação de EA's através do CTCAE, está construída de forma a permitir a sua utilização aquando do contato telefónico de iniciativa do enfermeiro, mas também sempre que existe um contato realizado por iniciativa do utente e/ou família. A mesma possibilita a avaliação dos sintomas, a realização de intervenções de enfermagem e, em caso de necessidade, o agendamento de um contacto por parte da equipa de enfermagem ao fim de 24 a 48 horas, ou que seja feito o encaminhamento para observação por parte do médico assistente ou para o serviço de urgência (SU).

Ao longo do estágio tive oportunidade não só de observar (através da escuta) a realização da consulta telefónica de enfermagem (de iniciativa do enfermeiro e

também do utente), mas também de realizar esta mesma consulta telefónica de *follow-up*. Pude constatar que através da mesma eram realizadas, enquanto intervenções de enfermagem, a gestão de sintomas mediante o aparecimento de EA's, a promoção da adesão à medicação de suporte (e desmitificação do uso da mesma) para alívio dos sintomas relacionados com o tratamento de quimioterapia, o esclarecimento de dúvidas sobre efeitos secundários do tratamento de quimioterapia e ainda a promoção do apoio emocional e encaminhamento para outros elementos da equipa multidisciplinar (psicólogo). Tais intervenções são ainda sustentadas pelos resultados da *scoping review*, salientando os estudos de Stacey, Ludwing & Jolicoeur (2020) e de Oatley & Fry (2020), cuja ferramenta utilizada neste último foi também o *UK ONS Triage Tool* e que permitiu não só uma maior facilidade na gestão de sintomas, mas também uma avaliação precoce dos mesmos. Estes estudos atentam ainda na importância da utilização de ferramentas que estruturam as linhas telefónicas de apoio para promover uma melhor avaliação, gestão e referenciação dos utentes de acordo com as toxicidades que os mesmos apresentam.

Como terceiro objetivo defini **consultar o registo de enfermagem informatizado realizado durante a consulta telefónica de enfermagem que permite manter a continuidade dos cuidados de enfermagem** de forma a conseguir perceber como o mesmo poderia ser aplicado no meu contexto de trabalho ou, considerando as limitações da utilização de um sistema informático diferente, retirar contributos para a realização de uma proposta de um registo tipo a ser elaborada ao longo dos 3 primeiros campos de estágio e que mais à frente neste relatório será apresentado. No Hospital de Dia A2 toda atividade produzida na CE, quer seja presencial ou telefónica, é documentada em sistema informático próprio e, no caso específico, da CE de *follow-up* telefónico (descrita informaticamente como “consulta de enfermagem sem presença do utente”) é realizado ainda um registo manual numa grelha de avaliação própria do *UK ONS Triage Tool*. O registo realizado no processo clínico do utente permite não só a contabilização do trabalho de enfermagem de forma a dar visibilidade às intervenções de enfermagem realizadas, como ainda contribui para a clareza, transparência e segurança do utente/família e da equipa de enfermagem. Esta prática de registo era importante que fosse adaptada não só no meu local de trabalho, mas em todos os serviços, pois só desta forma é possível a existência de provas da atividade de enfermagem e a obtenção de indicadores que demonstrem o trabalho real dos enfermeiros bem como a sua análise e avaliação que sustente a importância das intervenções de enfermagem, neste caso

em específico, para a promoção da saúde e gestão de sintomas com efeitos diretos na capacitação para o autocuidado da pessoa com doença oncológica, e ainda na diminuição das idas ao SU e do número de internamentos (Oatley & Fry, 2020; Stacey *et al.*, 2020). A própria OE, através de um artigo de investigação realizado por alguns dos seus membros, divulgou recentemente algumas recomendações para a realização de CE à distância de onde se destaca “todos os cuidados em telenfermagem devem ser devidamente documentados no processo do utente, de acordo com o modelo de registo da instituição” (Pimentel, Neves & Loureiro, 2022, p. 133). Assim, deveriam constar no processo individual do utente a descrição de todos os contatos efetuados, sendo que a sua importância se traduz a melhoria dos cuidados bem como a continuidade dos mesmos.

O último objetivo específico para este campo de estágio foi definido como **colaborar nos cuidados de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa com cancro no âmbito da consulta telefónica de enfermagem** tendo estabelecido como atividades a prestação de cuidados de enfermagem dos quais foram elaborados enquanto resultados um estudo de caso (APÊNDICE V) e uma reflexão crítica (APÊNDICE VI). Tais atividades revelaram-se essenciais para mobilizar conhecimentos teóricos aliando-os à prática reflexiva das situações experienciadas em contexto de estágio.

Benner (2001), aborda a função de educação-orientação da enfermeira perita enquanto educadora dos doentes quanto ao que os mesmos deverão esperar em situação de doença, explicando-lhes quais as mudanças que poderão surgir. Desta forma, a enfermeira utiliza os vários recursos que tem disponíveis para não só educar, mas também encorajar o doente a tomar conta de si mesmo, ou seja, mobiliza os seus saberes para capacitar a pessoa para o autocuidado através de um sistema de apoio educação tal como é definido por Orem (2001). O estudo de caso realizado permitiu-me abordar uma situação de doença e início de tratamento de quimioterapia de uma jovem adulta que já teria anteriormente realizado o mesmo tratamento (mas com o protocolo diferente) aquando do diagnóstico da sua doença de base. Mesmo sendo uma situação de recidiva não deixou de ser importante que os ensinamentos fossem centrados na pessoa/família e adequados à mesma, salientando a carga emocional e o medo de que a cura, anteriormente quase como que uma certeza, seja, desta vez, inalcançável.

Mesmo que por vezes não seja fácil é fundamental que o enfermeiro adapte as suas intervenções de enfermagem às características de cada pessoa/família,

começando por perceber se os mesmos têm vontade e capacidade (cognitiva e física) para aprender; desta forma, é também essencial que o próprio enfermeiro tenha competências adquiridas diferenciadoras que lhe permitam a prestação de cuidados adequados, de qualidade e individualizados para que a pessoa seja capaz de interiorizar as implicações da sua doença nas suas atividades de vida diárias (AVD's) e no seu contexto familiar, social e cultural (Benner, 2001; Oliveira *et al.*, 2012).

Neste estudo de caso, devido à não adesão à terapêutica da utente aquando do aparecimento de náuseas, tendo este conhecimento da medicação em SOS que poderia tomar, mas não o fazendo por considerar que já “tomava muita medicação” (sic), e considerando que já me tinha deparado com situações semelhantes no hospital de dia onde exerço funções, surgiu a necessidade de pesquisar por um instrumento que pudesse avaliar o risco de não adesão à terapêutica aquando do início dos tratamentos de quimioterapia. Desta forma, encontrei um instrumento desenvolvido por Delgado & Lima (2001) denominado por Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), validado para a população portuguesa, e que se apresenta no ANEXO II. A MAT é constituída por 7 itens que permitem avaliar os motivos da não adesão terapêutica, nomeadamente por esquecimento, descuido com as horas, por melhoria dos sintomas, por eventuais reações adversas, por toma de medicação excessiva face à prescrição, por dificuldades económicas ou ainda por outras causas não mencionadas anteriormente (Rodrigues & Prates, 2011). Por conseguinte, considereei que faria sentido apresentar a MAT à enfermeira responsável do meu serviço sugerindo a sua aplicação na CE aquando da realização de tratamento de quimioterapia pela primeira vez.

A realização destas atividades, que se cruzam na prestação de cuidados de enfermagem à mesma pessoa, aliadas a uma reflexão constante e partilhada com a minha enfermeira orientadora, contribuíram para aumentar a minha compreensão sobre o impacto na pessoa e família da doença oncológica, aliado ao impacto que a mesma tem nos próprios profissionais de saúde e que exige dos mesmos uma atualização e mobilização de saberes constantes. Considero ainda que estas atividades contribuíram para o meu desenvolvimento de competências no que concerne à realização de intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica que permitam gerir as implicações que a doença tem na satisfação das suas AVD's, promovendo o autocuidado com implicações diretas na autonomia e, como tal, na melhoria do bem-estar e na qualidade de vida.

2.3. Estágio no Hospital de Dia B

Apesar do intuito dos estágios não ser apenas a observação, a escolha deste local (onde programei a realização de três turnos) teve a observação como maior foco já que sabia previamente que o sistema de registo clínico informático era o mesmo que existia na instituição onde desenvolvo a minha atividade enquanto enfermeira, considerando que poderia ser benéfico retirar contributos do mesmo que fossem aplicáveis na minha prática. Aliado a isto considereei que também poderia ser uma mais valia observar o papel do *Nurse Navigator* que de acordo com a *Academy of Oncology Nurse & Patient Navigators* (2021), é um profissional treinado que acompanha a pessoa com cancro de forma contínua desde o seu diagnóstico e ao longo de todo o processo de doença, fazendo uma articulação entre as mais variadas valências como sejam a cirurgia, os tratamentos para o cancro como a radioterapia e a quimioterapia, a gestão da sintomatologia e educação para a saúde, o serviço social e o suporte na comunidade.

Assim, estabeleci como objetivo geral **desenvolver competências de EEEMC, na promoção do autocuidado da pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia, através da observação da prestação de cuidados da *Nurse Navigator* à pessoa com cancro digestivo**, que originou o delineamento de três objetivos específicos que passarei a descrever.

À semelhança dos restantes estágios defini como primeiro objetivo específico **descrever os valores e missão do serviço bem como a sua estrutura funcional e organizacional**. O Hospital B pertence a um grupo privado de hospitais e clínicas que está representado por todo o país. A oncologia é uma das valências em que presta cuidados de saúde, tendo a sua atividade, nos dias úteis, no Centro de Ambulatório (CA) através de uma equipa de enfermagem dedicada e cujo espaço é composto pelo Hospital de Dia (onde se realiza a administração de tratamentos de quimioterapia e sua vigilância e o atendimento não programado dos utentes oncológicos aquando da necessidade de controlo sintomático e/ou internamento), pela Radioterapia (onde o enfermeiro escalado realiza a CE de radioterapia, a CE de *follow-up* e a realização de pensos), pela Braquiterapia e pela Medicina Nuclear; estes últimos que funcionam também sempre com pelo menos um enfermeiro escalado. Em relação à população é dirigido à pessoa adulta com doença oncológica (tumores sólidos) e doença hemato-oncológica.

Desde 2015 que o CA implementou o programa *Nurse Navigator*, inicialmente apenas com uma enfermeira cujos cuidados de enfermagem eram dirigidos para as utentes com cancro de mama acompanhando-as desde o diagnóstico, fase pré e pós-cirúrgica, durante e após os tratamentos com CE de primeira vez e de *follow-up* presencial e telefónico, realização de pensos e ainda em fase final de vida; em época pré-pandémica (até 2019) esta enfermeira, especialista em saúde mental e psiquiátrica, promovia ainda sessões de psicoterapia de grupo. Mais recentemente, em 2018, surgiu uma segunda enfermeira *Navigator* inicialmente responsável pelos cuidados de enfermagem à pessoa com cancro do cólon e reto, mas que posteriormente ficou também responsável pelas pessoas com os restantes tipos de cancros do grupo dos digestivos. O acompanhamento é realizado tal como o da enfermeira *Navigator* da mama, com exceção dos cuidados pré e pós cirúrgicos, já que estes estão ao abrigo do programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), também ele com enfermeira dedicada, existindo uma articulação entre estas duas profissionais. Sempre que necessário, e por forma a tentar manter cuidados de enfermagem de excelência, a enfermeira *Navigator* dos digestivos fica responsável por realizar a CE de primeira vez e subsequentes aos utentes com todas as outras patologias oncológicas.

Defini como segundo objetivo específico **identificar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado realizadas através da consulta presencial e telefónica de enfermagem, tendo por base a filosofia de cuidados no âmbito do *Nurse Navigator***, tendo estabelecido como atividades a observação das CE bem como a elaboração de notas de campo destas mesmas consultas, tendo por base o algoritmo de decisão dos critérios utilizados para a uniformização do registo informatizado. Em termos práticos a CE presencial era muito semelhante à que realizamos no meu serviço, sendo feito um acolhimento ao serviço, explicado qual o tratamento a realizar e os seus EA's, bem como a realização de ensinamentos com o objetivo de promover o autocuidado no domicílio. Contudo, e apesar de ser dado um guia informativo do tratamento ao utente/família, não existia nenhuma *check-list* orientadora da CE. Em contrapartida, a existência de um campo de registo informatizado facilitava a estruturação da CE já que este pressupõe que seja realizado o registo de vários elementos: do tipo de consulta (1ª vez ou seguimento), a avaliação inicial do utente onde é realizada a colheita de dados (situação familiar/social, profissional, psicológica, cultural e espiritual e grau de dependência), o diagnóstico médico e o tratamento proposto, a avaliação dos acessos venosos (de extrema

importância para prevenir extravasões de citostáticos com implicação direta na qualidade dos cuidados de enfermagem) e ainda os ensinamentos realizados nessa mesma CE no que concerne aos protocolos de quimioterapia, aos efeitos secundários mais comuns, aos cuidados a ter após o tratamento, à dinâmica do serviço e ainda os contatos, bem como a entrega de folhetos informativos.

No caso específico da CE telefónica de *follow-up*, acontecia o mesmo; não havendo *check-list* com as necessidades a abordar de acordo com as alterações nas atividades de vida, o campo de registo informático permitia uma sequência de algumas questões (se a viagem de regresso a casa tinha corrido bem, se tinha havido alterações nas AVD's e se o tratamento tinha decorrido de acordo com as expectativas) e avaliação de sintomas. Contudo, esta avaliação apenas dava ênfase às náuseas, aos vômitos e à febre, sendo que no caso da sua presença não existia uma forma uniformizada para a avaliação destes sintomas.

Ainda assim, para que o campo de registo seja utilizado com rigor é necessário que a CE seja realizada em gabinete próprio com acesso ao computador – se tal acontecia com facilidade na CE telefónica de *follow-up*, na CE presencial não era tão recorrente. Mesmo tratando-se de uma instituição de saúde privada, nem sempre era possível que o mesmo acontecesse por falta de recursos físicos (gabinete de consulta disponível). Por conseguinte, e indo mais uma vez ao encontro da evidência científica de McVay *et al.* (2008), Oliveira *et al.* (2012), Traeger *et al.* (2015) e Liptrott *et al.* (2017), sugeri à minha enfermeira orientadora que esta tipologia de registo poderia ser uma base para a construção de uma *check-list* onde constassem as necessidades educacionais da pessoa e família com doença oncológica para que o enfermeiro *Navigator* tivesse uma linha de orientação estruturada das intervenções que visam a promoção do autocuidado no que concerne aos conhecimentos sobre a doença e sobre a adaptação das atividades de vida diária aquando dos tratamentos de quimioterapia. Mais ainda, sugeri que para a avaliação da sintomatologia fosse utilizada uma classificação comum, nomeadamente o CTCAE com o objetivo de padronizar de forma objetiva a avaliação de cada sintoma para que, de futuro, fosse possível que fossem obtidos indicadores de resultados com base nas intervenções de enfermagem. Havendo interesse da sua parte, comprometi-me a partilhar os instrumentos elaborados após a conclusão dos estágios.

No que respeita ao processo de enfermagem, mais concretamente nas intervenções de enfermagem realizadas no âmbito da capacitação para o autocuidado aquando do aparecimento de EA's, verificou-se não haver uma ferramenta que fosse

capaz de estruturar a intervenção do enfermeiro de forma uniformizada (mas permitindo o cuidado centrado na pessoa/família, respeitando a sua individualidade, crenças e preferências) para melhor avaliar, gerir e referenciar os utentes de acordo com as suas toxicidades. Tal ferramenta que como já abordado anteriormente, e sustentada pela *scoping review*, é de grande importância para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e para concretização do trabalho em equipa.

Um dos indicadores definidos para este objetivo consistia na realização de uma reflexão crítica sobre os contributos do *Nurse Navigator* para a continuidade de cuidados no âmbito da realização de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado. Por uma questão de tempo esta reflexão não foi realizada em formato papel, não obstante ter sido um tema discutido com a minha enfermeira orientadora onde abordamos os prós e os contras desta filosofia de cuidados. Se por um lado pode ser considerado gratificante a enfermeira *Navigator* poder acompanhar o utente/família em todas as fases da sua doença, fazendo muitas vezes a diferença contribuindo para a satisfação com os cuidados, para a promoção do bem-estar e para a melhoria da qualidade de vida através da identificação de potenciais riscos e na antecipação de eventuais problemas aliados à capacitação para o autocuidado, por outro lado esta enfermeira *Navigator* poderá estar sujeita a uma carga emocional maior. Tal é passível de acontecer na medida em que o cuidado em enfermagem significa cuidar do indivíduo no seu sofrimento, alegria, bem-estar, vivendo múltiplos estados emocionais com os quais os enfermeiros são obrigados a lidar na sua prática clínica, o que envolve uma interação e relação constante (Fernandes, 2020).

Neste sentido, refleti com a minha orientadora sobre a necessidade de também o enfermeiro *Navigator* desenvolver estratégias de autocuidado de forma a gerir as suas emoções. Barnett, Hays, Cantu (2019) dão algumas sugestões para trabalhar a gestão das emoções como por exemplo os exercícios de relaxamento, meditação e realização de atividades com os colegas de trabalho.

Por fim, e ainda no seguimento do objetivo específico anterior, defini como último objetivo deste campo de estágio **analisar o registo de enfermagem informatizado realizado durante a consulta telefónica de enfermagem que permite manter a continuidade dos cuidados de enfermagem**. Suh & Lee (2017) defendem que a CE de *follow-up* telefónico é uma ferramenta capaz de melhorar a capacidade para o autocuidado ao mesmo tempo que permite uma diminuição moderada dos sintomas relacionados com o cancro e do sofrimento emocional,

contribuindo para a melhoria da qualidade. Contudo, para que tal possa ser avaliado é necessário o registo desta mesma CE.

Como já abordado acima, o registo dos cuidados de enfermagem é a prova de que o nosso trabalho é realizado; só através do registo é possível constatar o trabalho realizado pelas equipas de enfermagem e sustentar a importância das nossas intervenções na promoção da saúde, na prevenção da doença e de complicações inerentes às mesmas. A qualidade e a importância do nosso trabalho só poderão ser justificadas se for possível avaliar esse mesmo trabalho, sendo então de extrema importância a documentação do mesmo. Mais ainda, o registo de enfermagem garante a segurança quer do utente como do próprio profissional. No caso específico da CE de *follow-up* telefónico (sendo também idêntico para CE presencial), a realização dos registos de enfermagem permite documentar não só a informação sobre o utente e sua família, como também permite o planeamento de cuidados de enfermagem e a sua contínua monitorização.

Assim, com base no campo de registo existente no Hospital de Dia B para a CE presencial e para a CE de *follow-up* telefónico, e considerado que o sistema informático desta instituição é o mesmo que é utilizado na instituição onde trabalho, elaborei uma proposta de registo (APÊNDICE VII) a ser implementado no meu serviço aquando da realização do último estágio. Esta mesma proposta foi enviada para a minha enfermeira orientadora como sugestão de algumas alterações ao registo existente de forma a melhorar a qualidade dos nossos registos e a permitir uma avaliação dos EA's mais consistente por toda a equipa de enfermagem.

2.4. Estágio no Centro Clínico C

Com a finalidade de ir ao encontro da população alvo (ou parte dela) do meu projeto considerei importante a realização de um estágio numa instituição que tivesse uma área dedicada à mesma. Assim, surgiu a oportunidade de observar e de participar nos cuidados de enfermagem prestados num Centro Clínico privado no que concerne ao Hospital de Dia e à Unidade Multidisciplinar (UM), com uma área dedicada ao cancro do pâncreas. Nesse sentido, para este estágio, foi definido enquanto objetivo geral **desenvolver competências de EEEMC, na promoção do autocuidado da pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia, através da**

consulta telefónica de enfermagem, seguindo-se o estabelecimento de quatro objetivos específicos.

Há semelhança dos estágios anteriores, também aqui o primeiro objetivo específico foi o de **descrever os valores e missão do serviço bem como a sua estrutura funcional e organizacional**. Tendo como missão ser líder mundial ao nível da inovação científica, o Centro Clínico utiliza essa mesma inovação na promoção da saúde, melhoria do bem-estar e intervindo na procura de soluções no combate às doenças, sendo o seu grande foco na doença oncológica e ao nível das neurociências. Em termos organizacionais divide-se em dez Unidades funcionais, tendo tido oportunidade de passar por duas delas: UM (onde foi realizado quase todo o estágio) e o Hospital de Dia (onde realizei 3 turnos). Na UM as patologias são divididas por áreas tendo uma equipa de enfermeiros dedicados a cada uma: hemato-oncologia; pulmão; urologia; digestivo; fígado, vias biliares e pâncreas; neurociências. De referir que para as áreas do cancro da mama e do cancro ginecológicos existe uma Unidade específica para cada uma delas também com equipa dedicada.

Apesar de cada área da UM ter a sua forma de funcionamento autónoma, em todas é realizado um acompanhamento sistemático dos doentes ao longo de todo o seu percurso no Centro Clínico, bem como a articulação com os médicos de cada grupo de tumores malignos. Desta forma, o acompanhamento é realizado antes e depois das cirurgias, antes, durante e após os tratamentos de radioterapia, quimioterapia e imunoterapia e ainda em fase paliativa, tendo aqui lugar os ensinamentos de enfermagem de uma forma generalizada, de acordo com os diagnósticos de enfermagem levantados. Contudo, importa salientar que o Centro Clínico não possui um SU e a sua Unidade de Internamento é essencialmente dedicada à cirurgia, motivo pelo qual em necessidade de encaminhamento neste âmbito, a mesma é feita para outra instituição hospitalar pública ou privada de acordo com as preferências do doente/família.

Cada área da UM possui um telefone móvel cujo número é facultado ao doente/família aquando do primeiro contato com os enfermeiros. O objetivo do mesmo prende-se não só com o esclarecimento de dúvidas sobre os procedimentos, mas também com a existência de efeitos adversos dos tratamentos.

Na área específica das patologias de fígado, vias biliares e pâncreas, foi criado no ano de 2018 um programa denominado de *Fast-Track* Pâncreas (FTP) dedicado a facilitar o acesso de pessoas adultas com suspeita de doença do pâncreas ou com doença já diagnosticada, através de um sistema de referência rápida ao nível do

rastreio, diagnóstico e tratamento de lesões pancreáticas não só malignas mas também pré-malignas; este programa possui uma equipa multidisciplinar própria, onde se inclui uma enfermeira especialista no acompanhamento da pessoa com doença oncológica, médicos de várias especialidade (oncologia médica, radiologia, anatomia patológica, gastroenterologia, cirurgia e radioterapia), dois administrativos, e ainda conta com a colaboração de investigadores internacionais.

A referenciação para o FTP pode ser realizada por iniciativa do próprio utente, agendando uma consulta de pâncreas, por referenciação por profissional de saúde externo à instituição ou mesmo interno aquando de um achado incidental clínico ou imagiológico em pessoa seguida numa outra Unidade do Centro Clínico.

Todo o programa FTP está estruturado em documento próprio, definindo o papel do enfermeiro como sendo o ponto de contato permanente para cada pessoa avaliada. É também o enfermeiro o primeiro profissional de saúde que estabelece com a pessoa um contato formal, através de uma CE estruturada onde é realizada o acolhimento ao programa e a colheita de dados pessoais, com os antecedentes pessoais e familiares, história atual da doença, exames realizados e medicação; esta CE pode ser presencial ou telefónica (de acordo com a conveniência do utente), ficando sempre registada no seu processo informatizado. Posteriormente o enfermeiro está responsável pela preparação do relatório do caso do utente a ser levado a discutir em reunião de Triage onde são definidos os passos seguintes para cada situação de forma individualizada (métodos complementares de diagnóstico ainda necessários, envio de resultados de exames, articulação com administrativos das marcações para procedimentos). Por fim, os casos são levados a reunião multidisciplinar para que a sua abordagem terapêutica seja então discutida e tomada uma decisão final. Só posteriormente é realizada a consulta médica, sendo então a pessoa informada do que foi discutido em reunião multidisciplinar. Considerando a minha participação através da observação nesta reunião, achei pertinente a realização de uma reflexão escrita (APÊNDICE VIII).

A Unidade de Hospital de Dia do Centro Clínico, com 28 cadeirões disponíveis e chegando a atingir uma atividade de 90 tratamentos por dia, presta cuidados à pessoa com doença oncológica (oncologia médica e hemato-oncologia) que necessitam de realizar tratamento sistémicos: quimioterapia, terapêuticas biológicas e hormonais, imunoterapia, transfusões. Dá ainda resposta (no período do seu funcionamento ao dia de semana das 08h às 20h) a situações de urgência e de

descontrolo sintomático aos utentes sob tratamento, possuindo quatro quartos individuais para esse efeito.

É nesta Unidade que são realizados os ensinamentos específicos dos tratamentos que aqui se administram - esquema terapêutico, efeitos adversos, sinais de alerta e situações urgentes e emergentes – sendo ainda entregue o guia de acolhimento ao serviço em formato papel. Apesar de ser preconizado que esta consulta fosse realizada antes do início do tratamento e em gabinete próprio, a realidade atual do Hospital de Dia não o tem permitido pelo que a CE é realizada no próprio dia de tratamento enquanto o mesmo é administrado e a pessoa se encontra no seu cadeirão; não existindo nenhuma *check-list* que oriente os temas a abordar na CE, observei que na mesma era realizado o acolhimento ao serviço, eram explicados os EA's mais comuns do tratamento e esclarecidas dúvidas; no final era entregue um guia informativo em formato papel sobre quimioterapia. A CE de *follow-up* telefónico, outrora realizada, deixou de ser uma realidade aquando do início da pandemia do Sars-CoV-2 já que o gabinete utilizado pela equipa de enfermagem para a realização de CE (presencial e telefónica) passou por uma reestruturação da sua ocupação, não permitindo à equipa os recursos físicos e materiais que os mesmos consideram necessários para a realização desta atividade autónoma de enfermagem. Todavia, o Hospital de Dia possui um telefone de apoio direto cujo número é facultado a todos os utentes e poderá por eles ser utilizado em caso de efeitos adversos (no período em que o Hospital de Dia não se encontra em funcionamento existe a possibilidade de contactar a Unidade de Internamento que também garante uma resposta a estes utentes).

No seguimento do segundo objetivo específico de **identificar as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado realizadas através da consulta telefónica de enfermagem à pessoa com cancro hepatobilio-pancreático**, não existindo esta prática aquando da realização do estágio não me foi possível observar nenhuma CE de *follow-up* telefónico de iniciativa do enfermeiro; quanto ao atendimento telefónico aquando de um contato por parte de um utente submetido a quimioterapia, não houve também oportunidade para tal (não se verificou nenhum contato por parte da população escolhida aquando da minha presença em estágio). Ainda assim pude verificar a existência de uma ferramenta denominado por “protocolo de atendimento telefónico e prática de enfermagem” onde estavam descritos 14 sintomas comuns dos tratamentos de quimioterapia bem como *guidelines* para a sua avaliação e atuação de acordo com o grau avaliado segundo a versão 4 do CTCAE.

Esta ferramenta em formato de livro de bolso, realizado em 2015, e com sugestão de intervenções promotoras do autocuidado tanto não farmacológicas como farmacológicas (estas últimas aprovadas pela equipa médica), permitia que toda a equipa de enfermagem, independentemente da Unidade a que pertencessem, fizesse uma gestão dos EA's de forma consistente, permitindo a sua monitorização contínua, e ainda a individualização dos cuidados a cada pessoa/família.

A existência desta ferramenta é consistente com os resultados da *scoping review* que espelha a importância da existência de ferramentas validadas nos serviços que permitam a utilização de *guidelines* baseadas em evidência científica de forma a melhor avaliar, gerir e referenciar os utentes de acordo com o grau dos EA's manifestados, tendo como objetivos a melhoria dos sintomas, a promoção do autocuidado e ainda a redução das idas ao SU e do número de internamentos, permitindo ainda uma monitorização contínua dos EA's (Suh & Lee, 2017; Stacey *et al.*, 2020; Oatley & Fry, 2020). Ora, considerando que este protocolo de atendimento tinha sido realizado há 7 anos, sugeri à minha enfermeira orientadora a realização de uma proposta de atualização do mesmo através da procura da evidência científica mais recente dando-me também oportunidade para apresentar essa mesma proposta no meu serviço onde não existem nenhuma *guidelines* de atuação definidas que visem a promoção do autocuidado. Assim, foi realizada uma proposta de Protocolo de gestão de EA's na CE telefónica (APÊNDICE IX); por sugestão da minha enfermeira orientadora da escola esta mesma proposta foi ainda convertida num Fluxograma de Protocolo de gestão de EA's na CE telefónica (APÊNDICE X) de forma a ser uma ferramenta de consulta ainda de mais fácil acesso quanto ao tipo de intervenções e de encaminhamento a ser aconselhado de acordo com o grau manifestado do efeito adverso.

Ainda no seguimento deste objetivo tinha sido definida a elaboração de notas de campo das CE telefónicas que fossem observadas. Não tendo havido esta observação, estas mesmas notas de campos não foram aqui redigidas; contudo, aquando da definição do último objetivo, em que a CE de *follow-up* telefónico foi realizada por mim, houve oportunidade de as redigir.

Não sendo realizada a CE de *follow-up* telefónico aquando da realização do estágio não foi observado o registo da mesma, contudo, o programa informático permitia o seu registo já que esta CE era realizada antes do início da pandemia Sars-CoV-2. Assim, foi possível dar seguimento ao terceiro objetivo específico de **identificar o registo de enfermagem informatizado realizado durante a consulta**

telefónica de enfermagem que permite manter a continuidade dos cuidados de enfermagem. Pedi à minha enfermeira orientadora para poder ver como faziam os registos da CE telefónica no programa informático, sabendo previamente, após consulta do manual de integração daquele serviço, que todos os registos de enfermagem deveriam basear-se no CTCAE. Em termos práticos o programa era bem diferente daquele que utilizo na minha prática de enfermagem, não sendo exequível uma adaptação do mesmo em tempo útil, já que o meu objetivo era o de informatizar o registo partindo de uma base já existente no Hospital de Dia B com programa informático igual ao do meu serviço. Contudo, pude observar que o registo de sintomas era realizado estilo *dropbox*, onde era possível selecionar os EA's de acordo com o relato dos utentes, respetivamente os sintomas e a gravidade destes (grau), com base no CTCAE. Ainda no mesmo registo era possível escrever em texto livre as intervenções de enfermagem realizadas.

Fazendo uma análise deste registo, considerei o mesmo facilitador para a obtenção de indicadores de resultados no que concerne à avaliação posterior das intervenções de enfermagem realizadas após a manifestação de EA's e a sua gravidade (avaliação do seu respetivo grau) de acordo com a sintomatologia descrita pelos utentes. Como contributos positivos retirei o aparecimento dos EA's e respetivos graus em estilo *dropbox*, podendo ser selecionados vários num mesmo registo não ficando, em termos de registo informático, tão exaustivo como a proposta em suporte papel realizada no APÊNDICE VII.

Como último objetivo específico defini que iria **colaborar nos cuidados de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa com cancro hepatobilio-pancreático no âmbito da consulta telefónica de enfermagem.** Inicialmente pretendia acompanhar um utente desde a sua referenciação através do programa FTP, mas, em tempo útil, tal não se verificou ser possível. Ainda assim, não querendo deixar de cumprir com este objetivo e considerando a experiência que tenho na prestação de cuidados enquanto enfermeira em hospital de dia, sugeri à minha enfermeira orientadora a prestação de cuidados a um utente em hospital de dia que fosse iniciar tratamento de quimioterapia pela primeira vez e o seu seguimento via CE de *follow-up* telefónico. Desta forma, realizei de forma autónoma (com a observação participativa de uma enfermeira do Hospital de Dia) a CE de 1ª vez a uma utente que iria iniciar tratamento de quimioterapia com protocolo FOLFIRINOX por diagnóstico médico de tumor maligno do pâncreas com metastização hepática. Para a realização desta CE, com a concordância prévia da enfermeira responsável pela utente, utilizei

enquanto *check-list* orientadora o documento anteriormente apresentado em APÊNDICE IV com o objetivo de realizar a colheita de dados, dar respostas aos diagnósticos de enfermagem de conhecimento sobre a saúde diminuído, conhecimentos sobre a adaptação das atividades de vida diárias à situação clínica diminuído e risco de não adesão ao regime terapêutico. No final, quanto aos recursos disponíveis e funcionamento do hospital de dia, foram temas abordados pela enfermeira que estava comigo pela especificidade da instituição onde estávamos. Como forma de dar continuidade a esta primeira CE, agendei com a utente (com o seu devido consentimento verbal) uma CE de *follow-up* telefónico passado uma semana. De salientar que todos os registos foram realizados por mim no programa informático da instituição no processo individual da utente.

Enquanto indicador do desenvolvimento de competências de enfermeira de prática avançada para este objetivo específico, defini ainda a realização de um estudo de caso (APÊNDICE XI). No mesmo foi dando ênfase à colheita de dados e à construção do plano de cuidados de enfermagem realizado ao longo da CE presencial de 1ª vez e da CE de *follow-up* telefónico, onde todas as intervenções foram implementadas com o objetivo de capacitar a utente para o autocuidado à luz da TDACE que sustenta todo este trabalho. Para tal, é fundamental que os enfermeiros que realizam a CE sejam dotados de competências no âmbito da capacitação da pessoa e família para o autocuidado, antecipando riscos de alterações nos requisitos universais e intervindo precocemente naqueles que já se encontram alterados; a par disto, é fundamental existir uma avaliação da existência de condições desfavoráveis à promoção do autocuidado, através da avaliação dos requisitos de autocuidado de desenvolvimento, bem como uma avaliação dos requisitos de autocuidado nos desvios de saúde, já que cada situação em concreto é que irá determinar as necessidades de cuidados. Importante clarificar que a avaliação destes três tipos de requisitos deverá ser realizada não só na CE de primeira vez, mas de forma contínua em todas as CE (presenciais ou telefónica). A título de exemplo, neste estudo de caso, foi possível verificar uma alteração do grau de dependência entre a CE de 1ª vez e a CE de *follow-up* telefónico ao fim de uma semana, o que levou a uma alteração no requisito universal de manter o equilíbrio entre solidão e interação social, com levantamento do diagnóstico de **capacidade para mobilizar-se: comprometido** que anteriormente não estava presente.

Além da avaliação do grau de dependência, associado ao EA fadiga (grau 2, segundo o CTCAE, NCI, 2017) que originou o levantamento de um novo diagnóstico

de enfermagem, a realização da CE de *follow-up* telefónico foi ainda importante para avaliação dos diagnósticos levantados anteriormente aquando da CE presencial de primeira vez. Mais ainda, e tendo dirigido a CE de *follow-up* telefónico para os EA's mais comuns do protocolo de quimioterapia que a utente tinha realizado, foi possível avaliar alterações ao nível dos processos de eliminação (colúria e acolia) que poderiam ser sugestivos de obstrução biliar ou progressão de doença e, como tal, necessitar de observação médica urgente, tal como se verificou após articulação com a equipa médica.

Assim, tornou-se evidente a importância de manter uma continuidade dos cuidados de enfermagem através de estratégias como a CE de *follow-up* telefónico, já que a mesma permitiu uma adequação do plano de cuidado e ainda que fossem detetadas alterações que por vezes passam despercebidas à pessoa/família, e que suscitaram uma observação presencial, com necessidade de realização de métodos complementares de diagnóstico urgentes. Se esta CE não tivesse existido, e em caso de agravamento de sintomas, muito provavelmente esta utente teria recorrido a um SU.

2.5. Estágio na consulta de enfermagem do Hospital de Dia D

Para o último estágio, realizado no Hospital de Dia D, defini como objetivo geral **contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na promoção do autocuidado da pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia, através da consulta telefónica de enfermagem, promovendo a continuidade dos cuidados de enfermagem**, tendo no seu seguimento delineado objetivos específicos que passo a enunciar, bem como as atividades realizadas para os atingir.

No sentido de cumprir o primeiro objetivo específico, **divulgar o projeto às equipas de enfermagem e médica do serviço, promovendo o envolvimento das mesmas**, planeei a realização de uma Sessão de Formação na reunião semanal de serviço da equipa médica onde é hábito a equipa de enfermagem fazer a discussão/divulgação de situações que considerem pertinentes. A Sessão de Formação teve a duração de 20 minutos e foi realizada na sala de reuniões do Hospital de Dia D com a presença de 40% da equipa de enfermagem e de toda a equipa médica; por uma questão de gestão do serviço, nomeadamente a sala de

administração de quimioterapia, houve necessidade de realizar um segundo momento formativo que contemplasse os restantes elementos da equipa de enfermagem.

Na Sessão de Formação foi então realizada a divulgação do projeto de intervenção, referindo os seus objetivos gerais e específicos, o diagnóstico de situação, contemplando as dificuldades sentidas pela equipa e pelos utentes, o enquadramento teórico dando ênfase à escolha da população e à importância da sua capacitação para o autocuidado à luz da teoria de enfermagem e, por fim, foi explicado quais as atividades a que me propunha para dar resposta às necessidades levantadas com a exposição dos contributos e conhecimentos adquiridos nos estágios anteriores e na evidência científica encontrada. Após a apresentação foi dada oportunidade às equipas para comentarem, colocarem dúvidas e darem contributos, tendo havido uma grande receptividade por parte de todos os elementos.

O desenvolvimento desta atividade fez-me todo o sentido com o intuito de incentivar à participação de toda a equipa multidisciplinar no seguimento do que é abordado por Ruivo *et al.* (2010) ao relevarem a importância da contribuição de todos os elementos das equipas para que as mudanças nas instituições ocorram, e na eventual motivação para o desenvolvimento de outros projetos. Os ecrãs apresentados encontram-se no APÊNDICE XII.

Estando a divulgação dentro da equipa multidisciplinar realizada, seguiu-se o segundo objetivo específico que consistia em **divulgar o projeto junto das pessoas com cancro hepatobilio-pancreático que estivessem a realizar tratamento de quimioterapia à data do início da implementação do projeto**, contemplando não apenas as pessoas que iriam iniciar tratamento, mas também as que já se encontravam, a realizar quimioterapia. Nesse sentido, através de um documento existente no serviço onde registamos todos os utentes que iniciam tratamento, identifiquei todas as pessoas cujas características se encontravam na população escolhida. Conteí ainda com a referenciação da equipa médica de todos os novos casos que iriam começar tratamento.

No sentido de avaliar se para estes utentes era importante a realização de ensinamentos aquando da CE de primeira vez contemplando quais os possíveis EA's e a gestão dos mesmos, bem como a receptividade em receberem uma CE de *follow-up* telefónico e, ainda, se era importante conseguirem estabelecer contato telefónico com a equipa de enfermagem devido à presença de EA's, foi realizado um questionário orientador da sondagem de opinião aplicado às pessoas que aceitassem participar no projeto. Considerando o curto espaço de tempo da realização deste estágio e que a

grande maioria dos utentes eram seguidos no Hospital de Dia D há algum tempo, com quem eu já tinha uma relação terapêutica estabelecida, optei por solicitar consentimento para colocar estas questões presencialmente a todos os que fariam tratamento na minha primeira semana de estágio, e telefonicamente aos restantes, explicando a todos os objetivos do projeto e sendo explícita quanto à liberdade de adesão à participação. Informei ainda que para dar seguimento ao estudo iria estabelecer uma CE de *follow-up* telefónico após 8 dias da realização do tratamento e solicitar a colaboração para colocar outras questões, ao fim de 5 semanas (abordado mais à frente neste relatório). Ainda antes da realização desta sondagem de opinião foi solicitada por escrito a sua autorização à instituição através da enfermeira chefe do serviço e do diretor clínico.

Como indicadores de resultados apresento em apêndice (APÊNDICE XIII) o primeiro questionário (QA) e os resultados obtidos da sua aplicação (APÊNDICE XIV). Das 20 pessoas selecionadas, duas tiveram complicações associadas à doença/tratamento, acabando por falecer na semana de aplicação do QA. As restantes 18 pessoas deram o seu consentimento verbal para participarem no projeto.

A amostra contemplou uma maioria de pessoas com diagnóstico médico de tumor maligno do pâncreas (n=16), havendo apenas duas pessoas com cancro das vias biliares; não houve possibilidade de recrutar nenhum utente com cancro do fígado por nenhum estar a fazer tratamento ativo de quimioterapia no serviço à data do estágio. Observou-se uma maioria de utentes do género feminino (n=11), apesar de não ser significativa, e um maior número de pessoas com 60 ou mais anos (n=13). No momento da colheita de dados estavam em curso para estes utentes sete protocolos distintos de tratamento de quimioterapia (apenas 1 – Gemox – era realizado no cancro das vias biliares), salientando-se o protocolo de Folfirinox (n=7), um dos mais agressivos em termos de EA's de acordo com a minha experiência.

Quanto às questões colocadas, as respostas foram unânimes: toda a amostra considerou importante a realização de ensinamentos sobre os EA's do tratamento e gestão dos mesmos por parte dos enfermeiros; da mesma forma também a ideia de haver um contacto telefónico por parte da equipa de enfermagem com o objetivo de monitorizar EA's reuniu consenso, indo ao encontro do artigo de Traeger *et al.* (2015) onde 93% dos utentes consideraram o contacto telefónico após a realização de tratamento de quimioterapia como reconfortante e tranquilizador. Tornou-se particularmente relevante a resposta à terceira questão colocada, em que todos os inquiridos consideraram importante conseguir estabelecer contacto com a equipa de

enfermagem em caso de aparecimento de EA's, já que, como já abordado anteriormente neste relatório, o serviço não conseguia dar resposta à grande maioria dos contatos telefónicos realizados por parte dos utentes. Por fim, mais de dois terços da amostra (n=15) consideraram útil a existência de outro meio de contato sugerindo o endereço de correio eletrónico (n=11), a utilização da aplicação móvel Whatsapp® (n=3) e mensagens escritas (SMS) (n=1). De salientar que as 3 respostas coincidentes com o uso da aplicação móvel Whatsapp® foram de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que nos deve fazer refletir sobre a aposta no uso das novas tecnologias de informação. Haverá sempre quem não acompanhe esta evolução, mas desde que se garanta que as mesmas não fiquem excluídas, valerá a pena reinventarmo-nos com as tecnologias que temos ao nosso dispor, privilegiando ao máximo meios facilitadores de contato, indo ao encontro do que é afirmado por Traeger *et al.* (2015), no que concerne ao contacto entre os enfermeiros e os utentes em tratamento de quimioterapia. Neste seguimento Doyle-Lindrud (2020), aborda o uso das tecnologias por parte dos enfermeiros como ferramentas para monitorizar e gerir os EA's relacionados com os tratamentos e com a própria doença oncológica, favorecendo, desta forma, a promoção do autocuidado e contribuindo para um melhor acesso das pessoas/família aos cuidados com segurança e qualidade. Assim, poderá evitar-se deslocações desnecessárias aos serviços de saúde, muitas vezes já dificultadas pela própria sintomatologia ou pela impossibilidade de deslocação ao hospital (principalmente aquando da dependência de terceiros para as viagens).

No seguimento do trabalho planeado, defini também como objetivo específico **implementar a consulta de enfermagem de *follow-up* telefónico como instrumento para a gestão do autocuidado da pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia**, realizando esta mesma CE a todos os 18 participantes nos questionários. No total da amostra estavam incluídos uma pessoa que iniciou tratamento na instituição pela primeira vez (tinha realizado um primeiro ciclo de quimioterapia no Centro Clínico C) e uma pessoa que ia mudar de protocolo de quimioterapia. Por conseguinte, aproveitei a oportunidade para realizar uma CE presencial de 1ª vez e uma CE presencial subsequente, respetivamente.

Considerando a não existência de um algoritmo que estruturasse a CE presencial, importante enquanto instrumento norteador para obtenção das informações essenciais à realização do plano de cuidados de enfermagem individualizado com foco na capacitação para o autocuidado, e com base nas observações das CE realizadas nos estágios anteriores, construí um algoritmo da CE

presencial (podendo ser utilizado também numa consulta subsequente quando há mudança de protocolo de quimioterapia). Este algoritmo (APÊNDICE XV) estrutura a CE em três fases: o acolhimento, na qual o enfermeiro faz a sua apresentação e do serviço, realiza a colheita de dados e promove a escuta ativa dos sentimentos e pensamentos da pessoa e família; a promoção da saúde enquanto momento onde é realizada a avaliação de sinais vitais, peso e altura, bem como as escalas definidas na instituição para avaliação do grau de consciência e de dependência (escala de coma de *Glasgow* e índice de *Barthel*, respetivamente), onde são ainda levantados eventuais diagnósticos de enfermagem no caso da existência de EA's provocados pela doença (como exemplo a dor e as náuseas muito presentes aquando do diagnóstico médico de cancro do pâncreas, ou a ansiedade e humor deprimido pelo diagnóstico de doença oncológica) e avaliada a necessidade de encaminhamento para o médico ou outro profissional da equipa multidisciplinar e por fim onde se avalia se há necessidade de ensino no que respeita ao tratamento de quimioterapia (esquema terapêutico e os seus EA's possíveis) e sobre o autocuidado (no que concerne à adaptação das atividades de vida diária); a última etapa, da validação e conclusão, em que são entregues os guias informativos e o contacto do Hospital de Dia D, em formato papel, e é dada oportunidade para esclarecimento de dúvidas e, ainda, procede-se ao registo da CE.

Nos dois utentes a quem foi realizada a CE presencial de 1ª vez e subsequente, foram agendadas CE de *follow-up* telefónico até às primeiras 72h após o tratamento. A todos os utentes (os anteriores incluídos), foi agendada também CE de *follow-up* telefónico ao fim de 8 dias após a realização do tratamento. Desta forma, considerando a duração de estágio e sendo a grande maioria dos tratamentos realizados com periodicidade quinzenal, foram programadas quase sempre duas CE de *follow-up* telefónico. No seguimento do exposto anteriormente, dada a inexistência, também para esta consulta senti necessidade de criar um algoritmo (APÊNDICE XVI). Dividido em três etapas contempla a fase de acolhimento na qual o enfermeiro deverá identificar-se, informar do motivo do contacto e confirmar o consentimento verbal para lhe dar continuidade, bem como completar algum dado em falta relevante para os cuidados de enfermagem e promover a escuta ativa; na etapa da promoção da saúde/monitorização de sintomas, deverá ser questionada a presença de EA's e, no caso de estarem presentes avaliar o seu grau (de acordo com o CTCAE) e intervir de acordo com o protocolo de atuação instituído no Hospital de Dia; na última etapa de validação/conclusão eram esclarecidas dúvidas, confirmadas as marcações para os

tratamentos seguintes e realizados os registos de enfermagem da CE de *follow-up* telefónico. De acrescentar que quando me refiro ao protocolo de atuação remeto-me para o APÊNDICE IX que foi utilizado ao longo do projeto enquanto instrumento que permite a gestão dos EA' de forma consistente por toda a equipa de enfermagem. Tal instrumento, cuja importância é validada pelos dados da *scoping review*, aumenta a eficiência de avaliação e gestão de EA's permitindo uma avaliação sistemática com efeitos nos ganhos em saúde, minimizando encaminhamentos desnecessários para o SU (Oatley & Fry, 2020; Stacey *et al.*, 2020). Não havendo oportunidade para validação em tempo útil das medidas farmacológicas nele contempladas, quando necessárias foram sempre validadas oralmente com a equipa médica e registadas em papel no registo-tipo elaborado para o projeto (APÊNDICE VII).

As CE de *follow-up* telefónico encontram-se documentadas no APÊNDICE XVII. Salienta-se o número de CE de *follow-up* telefónico que não estavam programadas (n=7) e que foram realizadas devido a agendamento de *follow-up* telefónico por manifestação de EA's em que o protocolo de atendimento telefónico recomendava a realização do mesmo para reavaliar os EA's após os ensinamentos de enfermagem promotores do autocuidado para gestão dos mesmos. Não estando contemplado no apêndice, alguns dos agendamentos extras de CE de *follow-up* telefónico foram realizados a duas utentes que vieram a falecer e cujo encaminhamento foi feito para o atendimento não programado do Hospital de Dia D, acabando por haver necessidade de internamento para gestão sintomática (não pelo tratamento, mas por progressão rápida da doença).

Para este objetivo pretendia ter conseguido um telefone móvel para ser utilizado ao longo da aplicação do projeto enquanto instrumento de contacto para eu realizar a CE de *follow-up* telefónico e também para os utentes selecionados puderem contactar em caso de EA's. Não se conseguiu cumprir o indicador de resultado de dar resposta a 100% dos contactos não programados. Ainda assim, considere-se que poderá ter sido positivo este não cumprimento no sentido que me permitiu, aquando do questionário abordado mais à frente no último objetivo deste estágio, avaliar a quantos utentes não foi dada resposta ao tentarem contactar pela via existente atualmente: um telefone fixo que não regista as chamadas.

Como indicador de resultados deste objetivo específico defini a elaboração do Guia de Boas Práticas para a realização da Consulta de Enfermagem presencial e da Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico (APÊNDICE XVIII) como documento que reflete a uniformização dos cuidados de enfermagem no

acompanhamento da pessoa/família com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia, à luz da teoria de enfermagem que dá suporte a este projeto de intervenção, à evidência científica e à experiência obtida nos estágios anteriores.

Considerando a evolução da informatização dos registos de enfermagem e exercendo a minha atividade num hospital que prima desde a sua inauguração, e de acordo com os meus valores pessoais, por uma política ambiental de consciencialização para a utilização dos recursos como o papel, água e energia, não poderia deixar de ter como objetivo específico **propor a inclusão do registo tipo em campo próprio no programa informático**. Para que tal fosse possível estabeleci como atividade a submissão do projeto de melhoria da qualidade dos cuidados à direção de enfermagem e à direção clínica. Tal não foi possível de realizar já que o estágio decorreu numa altura em que a instituição à qual pertence o Hospital de Dia D mudou de gestão do domínio privado, passando para a esfera pública, o que causou alguns constrangimentos em conseguir submeter as alterações em tempo útil. Ainda assim, e com a colaboração da minha enfermeira orientadora (na qualidade de responsável do serviço) logo no início do estágio, foi possível reunir com um elemento da Direção de Organização e Processos e apresentar a proposta constante no APÊNDICE VII onde foi explicada a aplicabilidade do mesmo e a sua importância para a segurança, qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem. À data do término do estágio o registo não foi implementado nem dado seguimento ao mesmo, tendo a pessoa responsável por tal deixado de exercer a sua atividade laboral na instituição. Contudo, foi-me solicitado a criação de uma Orientação Técnica (APÊNDICE XIX) como forma de regular a implementação da CE presencial e da CE de *follow-up* telefónico enquanto atividades de enfermagem realizadas no Hospital de Dia D; de salientar que tal documento nunca tinha sido elaborado no serviço.

Como último objetivo específico defini **avaliar a importância da implementação do projeto com ganhos em saúde na gestão do autocuidado da pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia**.

Para tal, convidei novamente os utentes da amostra inicial a responderem ao segundo questionário (QB) (APÊNDICE XX); pelo falecimento das duas pessoas já acima mencionadas (com cancro de pâncreas) por complicações associadas à doença, obtive apenas resposta dos restantes inquiridos (n=16). Quanto à primeira questão, houve unanimidade na resposta, já que consegui realizar uma CE de *follow-up* telefónico a todos os utentes, ao 8º dia após o tratamento de quimioterapia como tinha planeado anteriormente. De acordo com a segunda e terceira questão do

questionário, 7 dos inquiridos tiveram necessidade de contactar o serviço, 6 dos quais por EA's associados ao tratamento e, como tal, no âmbito dos cuidados de enfermagem. Pouco mais de metade (n=4) considerou útil a resposta dada para a gestão dos EA's revelando sentimentos como a “não sensação de abandono” (sic) e o “evitar que fosse à urgência” (sic); os restantes (n=3) consideraram que a resposta não foi útil por não ter havido uma resposta efetiva já que o telefonema realizado não foi atendido, mesmo tendo sido realizado dentro do horário de trabalho do Hospital de Dia D. Um destes inquiridos enviou um e-mail à equipa de enfermagem, os restantes dois resolveram a situação recorrendo ao SU. Na última questão colocada referi a todos os inquiridos para, hipoteticamente, pensarem no que fariam no caso de estarem com algum EA devido ao tratamento, contactarem o serviço por esse motivo, e não lhes conseguirmos atender a chamada. Metade dos inquiridos (n=8) respondeu que recorreria ao SU e um quarto (n=4) que se deslocaria presencialmente ao Hospital de Dia (mesmo sabendo dos constrangimentos que temos quando os atendimentos não programados são solicitados presencialmente – recursos humanos escassos face ao volume de trabalho, atendimento de outros utentes não programados, falta de espaço físico). Desta forma, mesmo podendo estar relacionado com situações que facilmente seriam resolvidas via CE de *follow-up* telefónico, apenas um quarto dos utentes (n=4) considerou a hipótese de enviar e-mail para a equipa de enfermagem antes de se deslocar. Os resultados obtidos com a aplicação deste questionário estão espelhados no APÊNDICE XXI.

Stacey *et al.* (2020) salientam que os EA's de grau leve ou moderado podem ser geridos com segurança no domicílio; os mesmos autores citam ainda um estudo do Canadá que revelou que cerca de 85% dos EA's podem ser geridos via telefone por enfermeiros de prática avançada através do uso combinado de protocolos de atuação baseados em evidência científica com a experiência e raciocínio clínico destes mesmos profissionais. Assim, e considerando os resultados obtidos na última questão colocada no QB, torna-se importante que o Hospital de Dia D consiga dar resposta aos contatos telefónicos realizados pelos utentes, associado ao uso de outras tecnologias, através da aquisição de um telefone móvel da equipa de enfermagem que assegure resposta durante o horário de funcionamento do serviço, já que em caso de chamada não atendida, haverá sempre a hipótese dos enfermeiros retribuírem a mesma. Este equipamento poderá assim contribuir para minimizar deslocações desnecessárias até ao hospital, diminuindo o número de episódios de entrada ao nível do SU, tão sobrecarregados nos tempos atuais fruto da falta de

recursos humanos, não apenas nestes serviços, mas também ao nível dos cuidados de saúde primários.

É ainda certo que o uso das tecnologias diminui os custos monetários e poupa tempo nas deslocações (ainda para mais num serviço cuja instituição tem uma área de abrangência geográfica grande, além de prestar cuidados a utentes fora de área), aliado ao facto de possibilitar que a realização de diagnósticos de enfermagem e de intervenções promotoras do autocuidado na gestão dos EA's sejam realizadas no imediato permitindo uma aproximação entre a equipa de enfermagem e a pessoa/família salvaguardando sempre a individualidade dos mesmos (Liptrott *et al.*, 2017; Rowett & Christensen, 2020).

Dentro deste último objetivo pretendia ainda analisar os episódios de idas ao SU, relacionados com EA's do tratamento, dos utentes alvo deste projeto, avaliando se teria havido um contato prévio com o Hospital de Dia D. Tal não foi possível de avaliar já que por questões informáticas apenas consegui ter acesso aos episódios de entrada no SU ocorridos nas 3 primeiras semanas de estágio; contudo, nenhum destes episódios foi referente aos utentes alvo do projeto de intervenção.

Chegando ao fim deste estágio, fiquei com a necessidade de conseguir retirar indicadores de resultados das intervenções realizadas no que concerne à melhoria dos EA's manifestados aquando das CE de *follow-up* telefónico. As CE foram todas por mim registadas e como tal era visível os diagnósticos levantados e as intervenções de enfermagem estabelecidas para promover o autocuidado no sentido de melhorar os EA's reportados. Assim, senti necessidade de acrescentar no Guia de Boas Práticas anteriormente elaborado, as fórmulas dos indicadores de resultados que constam no Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde OE (2007), que seriam possíveis de aplicar neste projeto.

2.6. Questões éticas

O Código Deontológico dos Enfermeiros, na alínea a) do n.º 1 do artigo 97º define como dever o “(...) o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015, p. 78). Estando a prática de enfermagem inequivocamente ligada ao cuidar do outro, tendo como vínculo principal o respeito pelos direitos do Homem e pela dignidade humana, a investigação inerente

à sua prática terá de se reger por princípios éticos e deontológicos. Nesse sentido, utilizei como suporte para este trabalho o Código Deontológico dos Enfermeiros e os Princípios da Bioética defendidos por Beauchamp & Childress (2001) no que respeita as escolhas da pessoa (Autonomia), não lhe causando danos (Não-maleficiência), fazendo o bem (Beneficência) e prestando cuidados equitativos (Justiça).

Todas as atividades planeadas, de onde destaco a realização de estudos de caso, notas de campo, consulta de processos clínicos, observação e participação nos cuidados de enfermagem e aplicação de questionários foram desenvolvidas após a minha apresentação enquanto enfermeira a realizar pós-licenciatura/mestrado em enfermagem, informando oralmente sobre o projeto e seus objetivos, bem como solicitando sempre o consentimento informado para todas as atividades, no cumprimento do que está estipulado no artigo 105º do Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015) no que concerne ao dever de informação. De igual forma, considero que foi cumprido o disposto no artigo 106º do mesmo Regulamento, na medida em que o dever de sigilo foi salvaguardado em todos os momentos da minha intervenção, onde se inclui a elaboração do presente relatório onde nenhuma das pessoas/famílias a quem prestei cuidados poderão ser identificadas.

Destaco ainda a alínea e) do artigo 100º no que respeito ao “assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos, designadamente através da frequência de ações de qualificação profissional” (OE, 2015, p. 81) e o artigo 109º da excelência do exercício, enquanto impulsionadores de uma prática de enfermagem reflexiva, contínua e baseada em evidência científica promotora de cuidados de enfermagem especializados.

3. AVALIAÇÃO

A avaliação do projeto de intervenção foi realizada de forma contínua ao longo de toda a sua execução pelos enfermeiros orientadores dos locais de estágio e a professora orientadora da escola. De acordo com Ruivo *et al.* (2010), as avaliações são momentos em que se questiona o trabalho desenvolvido dando oportunidade para redefinir objetivos, ações, sendo também possível analisar alguns resultados.

A avaliação final implica que se verifique se os objetivos definidos inicialmente foram úteis e se foram ou não atingidos; importa aqui ainda avaliar os fatores que influenciaram o não cumprimento dos mesmos, qual a sua relevância e quais as suas consequências (Ruivo *et al.*, 2010). Neste sentido a avaliação do projeto deverá identificar os pontos fortes e fracos e contemplar uma reflexão sobre o que poderá ser feito numa fase após a implementação do projeto, incluindo temáticas relevantes de desenvolvimento de projetos futuros (Ruivo *et al.*, 2010).

Por conseguinte, irei neste capítulo analisar quais os contributos do desenvolvimento do projeto de intervenção para a aquisição das competências necessárias à obtenção do título de EEEMC na área de especialização da Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, bem como para obtenção do grau de Mestre. Pretendo ainda avaliar e apresentar os contributos do projeto na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

3.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define especialista como,

o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as repostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (OE, 2010, p.2)

Assim, para obter o título de especialista, é necessário desenvolver determinadas competências comuns que decorrem do aprofundamento das competências do enfermeiro de Cuidados Gerais, no âmbito dos quatro domínios existentes.

No **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, tive oportunidade de prestar cuidados à pessoa com doença oncológica e sua família, sempre numa ótica de promover cuidados de enfermagem que respeitassem os

direitos humanos e as responsabilidades profissionais, desenvolvendo uma prática ética e profissional na minha tomada de decisão. Desta forma, antes da observação (passiva e participativa) das CE ao longo dos estágios A1, A2, B e C fiz questão de me apresentar e questionar os intervenientes se concordavam com a minha presença, enquanto enfermeira externa ao serviço, promovendo sempre o direito da pessoa e sua família a não quererem a minha presença. Promovi sempre a privacidade da pessoa e família e o consentimento informado na realização de atividades como os estudos de casos (estágios A2 e C) e os questionários (estágio D), respeitando as suas escolhas, crenças e valores no que aos seus cuidados de saúde dizia respeito.

No âmbito do **domínio da melhoria da qualidade**, considero que a utilização da metodologia de projeto no desenvolvimento do presente trabalho contribuiu para o desenvolvimento da competência de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade, através do desenvolvimento e revisão das práticas realizadas no Hospital de Dia D na CE e CE de *follow-up* telefónico à pessoa com doença oncológica, em quimioterapia e sua família. Os instrumentos criados, como o Guia de Boas Prática da CE e CE de *follow-up* telefónico e a Orientação Técnica, bem como a folha de registo-tipo e o protocolo de gestão de EA's na CE telefónica foram o resultado de um trabalho de pesquisa, observação e reflexão contínua que proporcionou a introdução de mudanças na prática e contribuindo para o desenvolvimento de competências de criar e manter um ambiente terapêutico e seguro ao permitir documentar os cuidados de enfermagem realizados nos contextos mencionados.

No **domínio da gestão dos cuidados**, considero que o desenvolvimento do projeto contribuiu para a gestão de cuidados e adoção da liderança no que concerne a otimização da qualidade dos cuidados no estágio D, no seguimento do desenvolvimento de instrumentos que até então não existiam e que permitiram uma reposta à pessoa com doença oncológica e sua família baseada em evidência científica e promotora da continuidade dos cuidados. Saliento que apesar de não ter aplicado durante o estágio, este projeto de intervenção permitiu-me encontrar e deixar previsto no Guia de Boas Práticas, os indicadores que podem ser utilizados para recolher e analisar os resultados das intervenções de enfermagem na melhoria da qualidade dos cuidados, contribuindo para influenciar a introdução de inovações à prática especializada.

No último domínio, **do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, considero que desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade na medida em que

consegui identificar e refletir sobre os fatores que podem interferir na minha relação com o outro. Sabendo de antemão que a minha experiência pessoal, com parte da população escolhida para o estágio D, poderia ser um fator negativo no desenvolvimento de uma relação profissional, considero que apesar de não ser perceptível neste relatório, consegui trabalhar de forma muito positiva a gestão dos meus sentimentos e emoções. Utilizei esta mesma experiência como ponto forte na compreensão dos sentimentos da pessoa/família com cancro hepatobilio-pancreático como forma de explorar as necessidades sentidas e direcionar as intervenções de enfermagem não apenas para os EA's decorrentes dos tratamentos de quimioterapia, mas também para, a curto e médio prazo, os efeitos da progressão da doença. Ainda assim, percebi que este trabalho terá de ser feito de forma contínua, para não cair no erro de confundir a minha perceção pessoal sobre a doença com a perceção das pessoas/famílias a quem presto cuidados. No concerne à competência de basear a práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, considero que a realização da *scoping review* foi essencial para o seu desenvolvimento, enquanto pilar do desenvolvimento de uma prática baseada em evidência, contribuindo para o desenvolvimento de conhecimentos sólidos, atuais e especializados. Considero que o desenvolvimento do protocolo de gestão de EA's na CE telefónica, ao ter sido impulsionado pela necessidade de atualização e adaptação de um documento já existente no Centro Clínico C, permitiu-me a atualização de conhecimento e a partilha dos mesmos com os pares deste mesmo serviço.

3.2. Competências específicas do EEEMC na área de especialização da pessoa em situação crónica e paliativa

O curso de pós-licenciatura de especialização na área de intervenção de enfermagem oncológica, pelo seu cuidado à pessoa com doença oncológica e sua família, é muito abrangente no que respeita ao desenvolvimento de competências específicas de enfermeiro especialista nos cuidados à Pessoa em Situação Crónica e em Situação Paliativa.

A doença oncológica permite ao enfermeiro mobilizar conhecimentos e adaptá-los consoante a fase da doença em que a pessoa se encontra, motivo pelo qual considero que desenvolvi competências que me permitiram cuidar da pessoa e família a vivenciar doença crónica e cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em

fase avançada progressiva e terminal em contexto de tratamento de quimioterapia em ambulatório com intuito paliativo. Todos os cuidados prestados tiveram como objetivo a promoção da capacitação da pessoa/família para o autocuidado através de um sistema de apoio-educação baseado na teoria de Orem (2001).

Com todo o percurso realizada ao longo dos estágios, com os cuidados prestados documentados nos estudos de caso e com a elaboração do Guia de Boas Prática, aplicando os instrumentos construídos na realização da CE e da CE de *follow-up* telefónico, considero que articulando com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) consegui desenvolver competências específicas de EEEMC à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa no que concerne: à **satisfação do cliente** através da valorização e do respeito pelos seus valores e crenças dos sintomas e do sofrimento e do envolvimento dos cuidadores/familiares da pessoa com doenças crónica e com doença avançada e progressiva para otimizar os resultados na satisfação das necessidades e minimizar o impacto negativo da doença; à **promoção da saúde** permitindo fornecer informação geradora de novas aprendizagens cognitivas e novas capacidade através da adequação de estratégias que potenciem as capacidades da pessoa/família em processo de transição para o autocuidado com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, o bem-estar e o conforto; na **prevenção de complicações** através da antecipação e atuação em tempo útil nas situações de agudização da doença oncológica, ao priorizar, de forma fundamentada, intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação às transições, fomentando estratégias de autocuidado ao doente que previnam o aparecimento de infeções no contexto de ambulatório, e ao trabalhar em parceria com a equipa multidisciplinar fazendo o encaminhamento quando se avalia essa necessidade; no que concerne ao **bem-estar e o autocuidado** ao avaliar as necessidades de cuidados da pessoa com doença avançada ou doença crónica, adequando estratégias especializadas de intervenção para o desenvolvimento do autoconhecimento e da promoção do autocuidado contribuindo para ao aumento da qualidade de vida, da satisfação, do bem-estar e diminuição do sofrimento; na **readaptação funcional** através do apoio e do desenvolvimento de estratégias que permitam à pessoa/família gerir a doença e adequar as atividades de vida às necessidades decorrentes dos processo de transição na doença oncológica aguda ou crónica, capacitando-os para a gestão situacional; à **organização dos cuidados de enfermagem** através da documentação em folha de registo de enfermagem das intervenções especializadas implementadas que possibilitam a avaliação dos resultados na pessoa com doença

oncológica e sua família e que poderão ser utilizadas para retirar indicadores de resultados sensíveis aos cuidados com ganhos em saúde e que fundamentem a tomada de decisão em enfermagem no que concerne à gestão da doença oncológica e promoção do autocuidado na pessoa em quimioterapia.

3.3. Competências específicas do *Cancer Nursing Education Framework* definidas pela EONS

O trabalho realizado teve como base o cuidado à pessoa com doença oncológica, tornando-se pertinente avaliar as competências desenvolvidas à luz da EONS (2018).

Assim, com a implementação da CE e CE de follow-up-telefônico, destaco o desenvolvimento das seguintes competências: “Promove um ambiente de apoio no qual as pessoas com cancro e a sua família são encorajadas a fazer perguntas e compartilhar as suas preocupações sobre a sua doença e o tratamento” (p. 21), “Educa a pessoa com doença oncológica a monitorizar e reportar os sinais e sintomas dos efeitos adversos, precoces ou tardios, dos tratamentos” (p.21), “Promove a continuidade dos cuidados durante o tratamento e documenta os cuidados” (p. 21), “Desenvolve um plano de cuidados individualizado em parceria com a pessoa com cancro de acordo com a fase da doença” (p. 27), “Fornece informação à pessoa com doença oncológica capacitando-a para o autocuidado, promovendo a sua independência” (p. 28), “Adequa a comunicação e avalia as necessidades educacionais e de cuidados da pessoa com cancro ao longo de todas as fases da doença” (p. 36). Ao longo da elaboração das atividades propostas para os diferentes estágios considero ainda que desenvolvi as seguintes competências: “Usa intervenções baseadas em evidência para avaliar, prevenir e gerir as toxicidades do tratamento” (p. 21), “Referencia para outros profissionais de saúde quando sabe ser necessário” (p. 21), “Analisa a evidência científica e aplica-a aos cuidados de enfermagem da pessoa com cancro” (p. 45). No seguimento do que foi abordado nas questões éticas do presente trabalho, considero ainda que desenvolvi a competência: “Presta cuidados de acordo com os princípios legais, éticos e deontológicos contribuindo para a segurança, qualidade e ganhos em saúde da pessoa com doença oncológica” (p. 41).

3.4. Competências definidas para o grau de Mestre

Em articulação com as competências desenvolvidas e mencionadas anteriormente, considero que foi possível adquirir competências de grau de Mestre de acordo com o definido nos descritores de Dublin (Decreto-Lei nº107/2008). Tal é demonstrado pela realização e aplicação de um projeto de intervenção, onde a investigação e articulação de conhecimentos estiverem presentes como forma de fundamentar a prestação de cuidados de enfermagem numa prática baseada em evidência. Assim, e com a criação de instrumentos que visam a continuidade de cuidados e a uniformização de intervenções de enfermagem (permitindo ainda assim cuidados individualizados e o uso do raciocínio clínico por parte do enfermeiro), bem como os registos da prática de cuidados, foi possível aplicar os novos conhecimentos de uma forma inovadora e desenvolver soluções que terão contributos na qualidade e segurança dos cuidados prestados.

O presente trabalho foi ainda assente numa reflexão constante, muitas vezes partilhada com os orientadores dos contextos de estágio, e culmina com a elaboração do presente relatório enquanto meio de divulgação dos resultados obtidos com o desenvolvimento do projeto de intervenção.

3.5. Pontos fortes e pontos fracos

Durante a realização das primeiras etapas do projeto foram previstos constrangimentos e elementos facilitadores da sua aplicação, contemplado na análise SWOT (APÊNDICE XXII) Assim, faço neste ponto uma análise dos mesmos e de outros com que me deparei no decorrer dos estágios e que não tinham sido previstos.

Assumi enquanto fraqueza a escassez de recursos humanos existentes no meu serviço. Contudo, no decorrer do desenvolvimento deste projeto foi integrado na equipa mais um elemento, vindo colmatar os constrangimentos existentes e permitindo que atualmente seja possível manter sempre um elemento a realizar a CE e a CE de *follow-up* telefónico num mínimo de seis horas por dia, sendo esta fraqueza ultrapassada. Não existindo, oficialmente atribuído, um espaço físico para a realização das CE, foi cedido o gabinete da enfermeira responsável de serviço, reconhecendo a importância e investindo na realização destes cuidados de enfermagem. Já durante a realização das atividades do projeto deparei-me com a dificuldade na pesquisa da

scoping review ao não conseguir encontrar evidência científica específica que desse resposta à questão de investigação para a população alvo do projeto. Tal situação foi motivo de desmotivação da minha parte não contribuindo para o desenvolvimento dessa atividade nos tempos que inicialmente tinha definido. Contudo, após a conclusão da *scoping review* considerei a mesma como uma oportunidade de divulgação de conhecimento científico pretendendo fazer, posteriormente, a sua publicação.

As ameaças previstas foram uma realidade, já que a mudança administrativa da instituição do Hospital de Dia D trouxe constrangimentos: apesar da proposta apresentada não foi possível implementar em tempo útil o registo informatizado da CE e da CE de *follow-up* telefónico e não foi possível ter acesso a todos os dados necessários sobre os episódios de ida à urgência durante as semanas de estágio. Ainda assim, tive a oportunidade de desenvolver uma proposta de registo que poderá ser utilizada em formato papel para documentar as intervenções de enfermagem de uma forma sistematizada e uniformizada apesar de manter a preocupação da individualização de cuidados e permitir a continuidade de cuidados bem como a extração de indicadores de resultados. A requisição de um telefone móvel de serviço não foi possível de concretizar, mas considerei o mesmo como uma oportunidade de comprovar a necessidade urgente da sua aquisição para garantir uma resposta aos utentes/família em tratamento de quimioterapia.

Enquanto pontos fortes considerei a minha motivação pessoal na aquisição de novos conhecimentos possibilitando a melhoria da qualidade dos cuidados que presto e que me guiou desde o primeira dia; a motivação da equipa de enfermagem e da equipa médica do Hospital de Dia D, que se disponibilizaram para ajudar no que fosse necessário, sentindo um forte entusiasmo dos mesmos para que o projeto fosse implementado não apenas para as pessoas com cancro hepatobilio-pancreático, mas para todos os utentes a realizar tratamento de quimioterapia e restantes terapêuticas endovenosas. Considerei também ser uma mais-valia que a implementação deste projeto pudesse contribuir para a satisfação dos nossos utentes para com os cuidados de enfermagem que lhes prestamos, bem como o facto de estar a realizar um projeto com pessoas que têm uma patologia para a qual a instituição do Hospital de Dia D é reconhecida enquanto centro de referência para o diagnóstico e tratamento. Identifiquei como força a pandemia vivida (vírus SARS-CoV-2) aquando do presente percurso académico que com os sucessivos estados de emergência que colmataram

em confinamentos obrigatórios, nos fizeram repensar formas de aproximar os cuidados de saúde às pessoas além dos tradicionais cuidados presenciais.

Identifiquei ainda como oportunidades a apresentação do projeto ao novo conselho de administração da instituição enquanto promotor da melhoria da qualidade e continuidade dos cuidados de enfermagem com efetivos ganhos em saúde, na medida que este projeto, através da implementação dos instrumentos criados poderá ser também uma oportunidade para diminuir as necessidades dos utentes com doença oncológica recorrerem ao SU por EA's associados à quimioterapia.

3.6. Contributos do projeto na melhoria da qualidade dos cuidados

A profissão de enfermagem tem evoluído nos últimos anos sendo cada vez mais dinâmica na procura contínua da sua melhoria. Neste sentido, torna-se indispensável a elaboração de trabalhos de projeto que tenham como finalidade dar respostas aos problemas e preocupações com que os enfermeiros se deparam no seu contexto profissional. No mesmo sentido, a OE tem feito um percurso em que prioriza a criação de sistemas de qualidade através da definição dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem indo ao encontro de uma necessidade assumida pela OMS, o CIE e o Conselho Nacional da Qualidade (OE, 2001). Considerando o âmbito multiprofissional da saúde, não sendo os enfermeiros os únicos que prestam cuidados, é fundamental para a OE (2001) que o exercício da profissão não seja "(...) negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde" (p.6), promovendo a melhoria dos cuidados de enfermagem e a reflexão do seu exercício através de sistemas que permitam o registo, a análise e a avaliação sistemática.

São vários os artigos que reconhecem a importância do acompanhamento da pessoa com doença oncológica em quimioterapia enquanto medida promotora da capacitação para o autocuidado e preventiva de complicações associadas aos tratamentos e à doença (Mollaoğlu & Erdoğan, 2014; Traeger *et al.*, 2015; Liptrott *et al.*, 2017; Pagueia *et al.*, 2018; Suh & Lee, 2017; Doyle-Lindrud, 2020; Oatley & Fry, 2020; Stacey *et al.*, 2020). Como tal, é fundamental estas pessoas terem oportunidade de acompanhamento por equipas de enfermagem especializadas no cuidado à pessoa com doença oncológica, através de estratégias que permitam uma prática de enfermagem contínua, baseada em evidência científica e capaz de proporcionar a

obtenção de indicadores de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem que justifiquem a pertinência do trabalho do enfermeiro.

Noutros países desenvolvidos esse acompanhamento é realizado, destacando o papel dos profissionais de enfermagem e a utilização de ferramentas de uniformização dos cuidados. Uma delas com a qual me deparei ao longo do estágio A2 foi a UK ONS *Triage Tool*, ferramenta já traduzida para português, mas à espera de validação, e que considero interessante solicitar a sua autorização para aplicação no meu serviço. Da mesma forma, foi encontrada evidência da utilização de aplicações móveis para fornecer informações sobre os tratamentos e para registar remotamente os EA's dos tratamentos de quimioterapia, como forma de os documentar e comunicar em tempo real para com as equipas de enfermagem (Berry, Blonquist, Patel, Halpenny, McReynolds, 2015; Maguire, Fox & McCann, 2017; Doorenbos, Jang, Li, Lally, 2020; Baldwin-Medsker, Holland, Rodriguez, 2020).

Todas as gerações, no papel de utentes ou no papel de profissionais, vão-se adaptando às inovações, e num mundo em constante mudança temos o dever de fazer este acompanhando, contribuindo para uma adaptação inclusiva de todas as pessoas e família a quem prestamos cuidados através de um sistema de apoio educacional.

CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

Ao longo de todo o percurso para a realização da especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e que culmina com o presente relatório, considero que foi evidente o desenvolvimento de competências de enfermeira de prática avançada através da análise crítica e reflexiva do trabalho desenvolvido para a elaboração do relatório da implementação do projeto de intervenção ao longo do seu planeamento, execução e avaliação.

Assim, considero que desenvolvi competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas áreas de especialização à Pessoa em Situação Crónica e à Pessoa em Situação Paliativa através do desenvolvimento da minha capacidade de avaliar novas situações, mediante um raciocínio crítico baseado em investigação científica, aliado ainda com o desenvolvimento de competências de Mestre e das competências definidas pela EONS para o enfermeiro de prática avançada em Oncologia.

Para a aquisição destas competências contribuiu o desenvolvimento do meu projeto de intervenção, acreditando que atualmente tenho uma maior capacidade para prestar cuidados à pessoa com cancro hepatobilio-pancreático submetida a quimioterapia, bem como à sua família/cuidadores, em contexto de consulta de enfermagem de *follow-up* telefónico. Tal é uma realidade já que detenho um maior e mais aprofundado conhecimento no que concerne à avaliação das necessidades e às intervenções de enfermagem que permitem a capacitação para o autocuidado desta população ao longo dos tratamentos de quimioterapia, contribuindo, por conseguinte, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem centrados na pessoa que são por mim prestados.

Neste projeto, sustentado à luz dos contributos da Teoria do Défice do Autocuidado em Enfermagem de Dorothea Orem, foi possível perceber o autocuidado enquanto conceito central do domínio da enfermagem e cujos resultados nas PCHPQ e sua família são, por conseguinte, sensíveis aos cuidados de enfermagem permitindo a sua manutenção através da obtenção de indicadores cuja avaliação permite implementar medidas com vista à melhoria da qualidade dos cuidados.

Da mesma forma, foi essencial a realização dos diferentes estágios, enriquecidos pela partilha de experiências com os peritos que me orientaram e pela oportunidade de vários momentos de reflexão, aliados à pesquisa científica através da revisão da literatura e articulação dos conhecimentos teóricos na prática.

Considero que todo este percurso contribuiu ainda para o desenvolvimento do autoconhecimento na medida em que várias foram as vezes que me deparei com pensamentos sobre a relação que estabeleço com o outro (pessoa e família) ao longo da prática de cuidados e de que forma essa mesma relação terá implicações no seu bem-estar e na sua qualidade de vida.

Apesar de não ter conseguido implementar a proposta de registo ao nível do programa clínico informático, pretendo não desistir e mobilizar esforços para que seja dado seguimento à reunião que tive com a Direção de Organização e Processos, nas pessoas que terão assumido esta função após a mudança de gestão da instituição onde trabalho. Ainda assim, a proposta de registo criada poderá ser implementada em formato papel, sendo possível obter indicadores de resultados dos cuidados de enfermagem que darão certamente visibilidade ao trabalho dos enfermeiros na CE e CE de *follow-up* telefónico. Para tal, pretendo submeter à direção executiva o Guia de Boas Práticas da CE e da CE de *follow-up* telefónico, contemplando a implementação destas CE, não só à PCHPQ, mas a todos as pessoas com doença oncológica, em tratamento de quimioterapia, imunoterapia e terapêutica biológica no hospital de dia em que exerço funções.

A divulgação na equipa multidisciplinar periodicamente dos indicadores de resultados acima mencionados, em congressos e através da publicação de um artigo que evidencie a capacitação para o autocuidado através das intervenções de enfermagem realizadas em CE de *follow-up* telefónico, são o garante da continuidade futura deste projeto.

Ambiciono, através da análise dos registos, relacionar os EA's mais relatados com o tratamento antineoplásico que os utentes estão a efetuar para desafiar a equipa de enfermagem a elaborar folhetos informativos específicos para cada situação.

Ainda sobre o Guia de Boas Práticas, após reflexão do percurso realizado, considero que deverei incluir, na CE de primeira vez, a avaliação da adesão ao regime terapêutico através da MAT já que da minha experiência (e como se constatou no estudo de caso apresentado no APÊNDICE V), são vários os fatores que poderão contribuir para a não adesão ao regime terapêutico, onde se incluem os motivos económicos, e cujo risco poderá ser avaliado através desta escala.

Pretendo também que o protocolo de gestão de EA's na CE de *follow-up* telefónico seja aprovado pela enfermeira responsável e pelo diretor clínico do meu serviço de forma a poder ser utilizado por toda a equipa de enfermagem, uniformizando a atuação dos enfermeiros perante a presença de EA's. Torna-se

importante que este documento seja revisto periodicamente (anualmente) para que as intervenções de enfermagem sejam baseadas na evidência científica mais recente.

Após o final dos estágios e ainda durante a elaboração do presente relatório, no Hospital de Dia D começou a ser realizado um novo protocolo de tratamento para o cancro hepatocelular com a combinação de uma terapêutica de imunoterapia (atezolizumab) e uma terapêutica biológica (bevacizumab). Apesar destes fármacos serem já administrados no serviço para outras patologias, a sua combinação é recente no cancro do fígado. Desta forma, constata-se a importância da atualização do protocolo de gestão de EA's na CE de *follow-up* telefónico para que contemple os EA's possíveis da administração de terapêutica biológica e de imunoterapia, sendo este um trabalho que pretendo desenvolver.

Todo este trabalho foi desenvolvido ao longo das diversas vagas da pandemia do vírus SARS-CoV-2 tendo coincidido com alguns momentos em que foram decretados confinamentos obrigatórios, levando ao afastamento das populações aos cuidados de saúde. Ainda assim, e para minimizar este afastamento, as tecnologias de informação e de comunicação foram um grande aliado para a retoma de algumas atividades nas mais diversas áreas. Nos cuidados de saúde passou a ser possível, por exemplo, a realização de consultas médicas e de enfermagem através de videochamada. No Hospital de Dia D, não havendo o recurso à videochamada, o contacto telefónico acabou por ser um dos recursos mais utilizados pelas várias equipas de saúde. Mas para que tal se mantenha com sucesso, é necessário que existam recursos materiais que permitam dar resposta às pessoas que necessitam de cuidados de saúde, neste caso em particular, às pessoas com doença oncológica em quimioterapia que apresentam EA's dos tratamentos. Assim, prevejo a necessidade da aquisição de um telefone móvel de serviço dedicado à CE de *follow-up* telefónico para que seja possível dar resposta a todos os contactos dos nossos utentes que se relacionem com a gestão dos EA's.

Chego ao fim deste relatório, enquanto culminar do trabalho académico desenvolvido ao longo dos últimos dois anos, com a sensação de que este projeto, apesar de muito trabalhoso, foi também muito estimulante e um grande impulsionador para que a procura da melhoria dos cuidados de enfermagem baseados em evidência científica seja uma constante na minha prática diária, contribuindo para a excelência do exercício profissional e a valorização do trabalho dos enfermeiros em contexto de Hospital de Dia de Oncologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Academy of Oncology Nurse & Patient Navigators. Helpful Definitions. Acedido em 22/06/2021. Disponível em: <https://aonnonline.org/education/helpful-definitions>
- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. Revista Referência, 6, p. 55-59.
- Andrade, M. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. Onco News, 21, p. 27-31.
- Baldwin-Medsker, A., Holland, J., Rodriguez, E. (2020). Access to Care. Clinical Journal of Oncology Nursing, 24(3). DOI: 10.1188/20.CJON.S1.16-23.
- Barnett, M., Hays, K., Cantu, C. (2019). Compassion fatigue, emotional labor, and emotional display among hospice nurses. Death Studies, 46 (2), p. 290-296. DOI: 10.1080/07481187.2019.1699201.
- Barroso, E., Paulino, J. (2017). Terapêutica cirúrgica do cancro do pâncreas. In Grupo de Investigação do Cancro Digestivo (Ed.). *Cancro do Pâncreas*. (pp.122-147). Lisboa. Patorcínio: Celgene
- Beauchamp, T. & Childress, J. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5ª Ed.). New York: Oxford University Press
- Beaver, K., Campbell, M., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., Heath, J., Susnerwala, S. (2012). An exploratory randomized controlled trial comparing telephone and hospital follow-up after treatment for colorectal cancer. The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland, 12, p. 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 (Edição comemorativa)*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Berry, D., Blonquist, T., Patel, R., Halpenny, B., McReynolds, J. (2015). Exposure to a patient-centered, web-based intervention for managing cancer symptom and quality of life issues: impact on symptom distress. Journal of Medical Internet Research, 17(6). DOI: 10.2196/jmir.4190.
- Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people*. Saarbrücken, Germany: LAP Lambert Academic Publishing.
- Caldeira, A. (2020). Cancro do pâncreas – a crueza dos números e como inverter a tendência. Revista Saúde e Bem-estar, Janeiro, p.16-18.
- Castro, A., Santo, J. E., Rodrigues, T. (2017). Epidemiologia. In Grupo de Investigação do Cancro Digestivo (Ed.). *Cancro do Pâncreas*. (pp.14-24). Lisboa. Patorcínio: Celgene.

- Conselho Internacional de Enfermeiros (2011). CIPE® Versão 2 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Edição portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., Cordeiro, S. (2005). *O cancro e a qualidade de vida: a quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Patrocínio: Novartis.
- Daniel, B. T. (2000). Cancro gastrointestinal. In S. Otto (Ed.) *Enfermagem em Oncologia* (3ª Ed.) (pp.155-179). Loures: Lusociência.
- Decreto-Lei nº 107/2008 (2008). Diário da República, I Série (Nº121/2008 de 25-06-2008), 3835-3853, ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>
- Delgado, A., Lima, M. (2001). Contributos para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol.2(2), p. 81-100.
- Direção-Geral da Saúde (2016). Doenças Oncológicas em Números – 2015: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: DGS. Acedido em 04/06/2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2018). Centros de Referência aprovados. Acedido em 07/06/2021. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/03/Centros-de-Refere%CC%82ncia- -Despacho-n.-3653- -2016-Dia%CC%81rio-da-Repu%CC%81blica-n.-50_20162c-Se%CC%81rie-II-de-20160311.pdf
- Direção-Geral da Saúde (2019). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: desafios e estratégias. Ministério da Saúde. Lisboa: DGS. Acedido em 10/09/2022. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1219986-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYSzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde (2022). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: estratégia nacional de luta contra o cancro 2021-2030. Ministério da Saúde. Lisboa: DGS. Acedido em 10/09/2022. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contra-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx>

- Donas-Boto, L. (2017). Factores de prognóstico em doentes com tumores das vias biliares: a experiência do Serviço de Oncologia do Hospital de Santas Maria (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/31998/1/LauraODBoto.pdf>
- Doorenbos, A., Jang, M., Li, H., Lally, R (2020). eHealth education. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(3). DOI: 10.1188/20.CJON.S1.42-48.
- Doran, D. (2003). Preface. In D. Doran (Ed). *Nursing-sensitive Outcomes: The State of the Science*. (pp.vii-ix). Ontario: Jones & Bartlett Publishers.
- Doran, D., Mildon, B., Clarke, S. (2011). Towards a national report card in nursing: a knowledge synthesis. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 24(2), p. 38-57. DOI: 10.12927/cjnl.2011.22464.
- Doyle-Lindrud, S. (2020). State of eHealth in cancer care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(3). DOI: 10.1188/20.CJON.S1.10-15.
- European Oncology Nursing Society (2018). EONS Cancer Nursing Education Framework. Acedido em 07/07/2022. Disponível em <https://cancernurse.eu/education/cancer-nursing-education-framework/>
- European Society for Medical Oncology – Anticancer Fund (2014). Cancro do Fígado: um guia para o doente – Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO – v.2014.1. ESMO-ACF. Acedido em 21/06/2021. Disponível em <https://www.esmo.org/content/download/98003/1726150/file/ESMO-ACF-Cancro-do-Fi%CC%81gado-Um-Guia-para-o-Doente.pdf>
- Fernandes, L. (2020). Trabalho emocional e enfermagem: uma abordagem qualitativa (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/67128>
- Fischer, D., Knobf, M., Durivage, H. (1993). *The cancer chemotherapy handbook* (4ª ed.). St. Louis: Mosby.
- Global Cancer Observatory (2021). Acedido em 15/06/2021. Disponível em <https://gco.iarc.fr/>
- Godinho, N. (2020). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: norma APA. Centro de Documentação e Biblioteca. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Gullatte, M. M. (2000). Prevenção, rastreio e deteção precoce. In S. Otto (Ed.) *Enfermagem em Oncologia* (3ª Ed.) (pp.33-52). Loures: Lusociência.

- Liptrott, S., Bee, P., Lovell, K. (2017). Acceptability of telephone support as perceived by patients with cancer: a systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 27(1). DOI: 10.1111/ecc.12643.
- Lopes, J., Borrego, M., Costa, P., Chinita, P. (2017). Radioterapia. In Grupo de Investigação do Cancro Digestivo (Ed.). *Cancro do Pâncreas*. (pp.178-199). Lisboa. Patorcínio: Celgene
- Maguire, R., Fox, P., McCann, L., Miaskowski, C., Kotronoulas, G., Miller, M. ... Kearney, N. (2017). The eSMART study protocol: a randomized controlled trial to evaluate electronic symptom management using the advanced symptom management system (ASyMS) remote technology for patients with cancer. *BMJ Open*, 7. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015016.
- Mansinho, H. (2017). Prefácio. In Grupo de Investigação do Cancro Digestivo (Ed.). *Cancro do Pâncreas*. (pp.10-11). Lisboa. Patorcínio: Celgene
- McVay, M., Kelley, K., Mathews, D., Jackson, R., Kokoska, E., Smith, S. (2008). Postoperative follow-up: is a phone call enough?. *Journal of Pediatric Surgery*, 43 (1), p. 83-86. DOI: 10.1016/j.jpedsurg.2007.09.025.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários: guia de decisão clínica*. Lisboa: Lidel.
- Mohallem, A., Suzuki, C., Pereira, S. (2007). Princípios da oncologia. In A. Mohallem & A. Rodrigues (org.). *Enfermagem Oncológica* (pp.3-20). Brasil: Editora Manole.
- Mollaoğlu, M. & Erdoğan, G. (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), p. 78-84. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.07.006.
- National Cancer Institute (2017). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v.5.0). U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Acedido em 10/01/2022. Disponível em https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf
- National Cancer Institute (2019). Acedido em 04/06/2021. Disponível em <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/immunotherapy>
- Oatley, M. & Fry, M. (2020). A nurse practitioner-led model of care improves access, early assessment and integration of oncology services: an evaluation study. *Support Care Cancer*, 28(10), p. 5023-5029. DOI: 10.1007/s00520-019-05292-0

- Oliveira, S., Queiroz, A., Matos, D., Moura, A., Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literature. Revista Brasileira de Enfermagem, 65(1), p. 155-161. DOI: 10.1590/S0034-71672012000100023.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 07/01/2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 28/01/2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMD_E_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Parecer N°102/2009. Conselho Jurisdicional – Consulta de enfermagem por via telefónica. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20/06/2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Parecer N° 13/2013. Mesa do Colégio de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica vs enfermeiro generalista na vigilância de saúde infantil. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 21/09/2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_13_2013_Competencias_Especialistas_SIP_vs_gerais.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 26/07/2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018). O Papel da Psicologia e dos Psicólogos nas Doenças Oncológicas. Lisboa: Gabinete de Estudos da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Acedido em 31/08/2022. Disponível em [o_papel_da_psicologia_e_dos_psicologos_nas_doenças_oncológicas.pdf \(ordemdospsicologos.pt\)](https://ordemdospsicologos.pt/o_papel_da_psicologia_e_dos_psicologos_nas_doenças_oncológicas.pdf)

- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby.
- Organização Mundial de Saúde (2014). Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2014. Switzerland: WHO. Acedido em 28/07/2022. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148114/9789241564854_eng.pdf?sequence=1
- Organização Mundial de Saúde (2022). Newsroom: Cancer. World Health Organization (WHO). Acedido em 10/09/2022. Disponível em <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Paguia, A., Saraiva, T., Costa, D. (2018). A consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial. *Onco News*, 34, p. 8-15.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formassau.
- Pfeifer, K. (2000). Cirurgia. In S. Otto (Ed.) *Enfermagem em Oncologia* (3ª Ed.) (pp.529-556). Loures: Lusociência.
- Pimentel, G., Neves, J., Loureiro, A., Ventura, F., Vieira, A., Morais, A. ... Ferreira, R. (2022). Consultas de enfermagem à distância em Portugal: recomendações de peritos. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(1), p. 125-138.
- Portaria nº 19/2012 (2012). Diário da República, I Série (Nº15 de 20-01-2012), 351-352. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/19/2012/01/20/p/dre/pt/html>
- Raimundo, A., Damasceno, M., Jacinto, P., Bento, S. (2017). Tratamento médico atual. In Grupo de Investigação do Cancro Digestivo (Ed.). *Cancro do Pâncreas*. (pp.202-241). Lisboa. Patorcínio: Celgene
- Ramos, A., Fonseca, C., Coelho, I., Guia, S., Santos, V. (2015). Indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem na pessoa em situação oncológica. *Journal of Aging & Innovation*, 5 (1), p.10-28
- Registo Oncológico Nacional (2018). Registo oncológico nacional de todos os tumores na população residente em Portugal, em 2018. Lisboa: RON. ISBN: 978-989-95380-3-0.
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento das Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº135 de 16-07-2018), Regulamento n.º 429/2018.

- Regulamento nº 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº26 de 06-02-2019), Regulamento nº 140/2019, ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>
- Rodrigues, A. (2007). Câncer gastrointestinal. In A. Mohallem & A. Rodrigues (org.). *Enfermagem Oncológica* (pp.266-284). Brasil: Editora Manole.
- Rodrigues, M., Prates, B. (2011). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Programa de intervenção para a adesão ao regime medicamentoso. Casa de Saúde da Idanha: Irmãs Hospitaleiras – Unidade de São Rafael. Acedido em 22/12/2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfemagem/Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_de_Saude_da_Idanha.pdf
- Rowett, K. & Christensen, D. (2020). Oncology Nurse Navigation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(3), p. 24-31. DOI: 10.1188/20.CJON.S1.24-31.
- Ruivo, A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, p. 1-37.
- Santos, L. (2017). O papel da cirurgia no tratamento multidisciplinar no adenocarcinoma do pâncreas localmente avançado. In Grupo de Investigação do Cancro Digestivo (Ed.). *Cancro do Pâncreas*. (pp.148-176). Lisboa. Patorcínio: Celgene
- 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, p. 444-450. DOI: 10.1016/j.pec.2013.07.003
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2), p. 11-20.
- Stacey, D., Macartney, G., Carley, M., Harrison, M. (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*. Vol 2013. DOI: 10.1155/2013/171872.
- Stacey, D., Ludwing, C., Jolicoeur, L., Carley, M., Balchin, K., Jibb, L. ... Martelli, L. (2020). Quality of telephone-based cancer symptom management by nurses: a quality improvement project. *Support Care Cancer*, 29(2), p. 841-849. DOI: 10.1007/s00520-020-05551-5.

- Suh, S-R. & Lee, M. (2017). Effects of nurse-led telephone-based supportive interventions for patients with cancer: a meta-analysis. *Oncology Nursing Forum*, 44(4), p. 168-184. DOI: 10.1188/17ONF.E168-E184.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement: methodology for JBI scoping reviews*.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Torres, G.; Davim, R., Nóbrega, M. (1999). Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Rev. Latino-americana*. 7 (2), p. 47-53.
- Traeger, L., McDonnell, T., McCarty, C., Greer, J., El-Jawahri, A., Temel, J. (2015). Nursing intervention to enhance outpatient chemotherapy symptom management: Patient-reported outcomes of a randomized controlled trial. *Cancer*, 121, p. 3905-3913. DOI: 10.1002/cncr.29585.
- Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C., Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico – considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 23 (6), p. 1101-1112.

ANEXOS

ANEXO I

UK ONS Triage Tool – 24 Hour Triage Rapid Assessment & Access

ONCOLOGY/HAEMATATOLOGY HELPLINE

TRIAGE TOOL

↓ TOXICITY ↓	↓ GRADE ↓	↓ GRADE ↓	↓ GRADE ↓	↓ GRADE ↓	↓ GRADE ↓
	0	1	2	3	4
Fever and receiving cytotoxic chemotherapy or immunosuppressed	If T&M 37.5°C OR ABOVE or BELOW 36°C or GENERALLY UNWELL - URGENT Assessment AND MEDICAL REVIEW - Follow neutropenia pathway ALERT - PC's on chemotherapy or debilitated may not present with pyrexia but may still have infection. (If in doubt do a count)				
Chest pain Onset? What makes it worse? Radiation? Any cardiac history STOP CAPECITABINE or INFUSIONAL 5FU	None	Advise URGENT A&E for medical assessment			
Performance Status Has there been a recent change in performance status?	Asymptomatic	Symptomatic but completely ambulant	Symptomatic, <50% in bed during the day	Symptomatic, >50% in bed, but not bed bound	Bed bound
Nausea How many days? What is the patient's oral intake? Is the patient taking antiemetics as prescribed? Assess patient's urinary output	None	Able to eat/drink reasonable intake Review anti-emetics as prescribed	Can eat/drink but intake significantly decreased Review anti-emetics according to local policy	No significant intake Arrange urgent assessment and review	
Vomiting How many days/episodes? What is the patient's oral intake? Does the patient have constipation or diarrhoea? (See specific toxicity) Assess patient's urinary output	None	1 episode in 24 hours Review anti-emetics as prescribed	2-5 episodes in 24 hours Review anti-emetics according to local policy	6-10 episodes in 24 hours Arrange urgent assessment and review	>10 episodes in 24 hours Arrange urgent assessment and review
Oral/stomatitis How many days? Is there evidence of mouth ulcers? Is there evidence of infection? Are they able to eat/drink? Assess patient's urinary output	None	Painless ulcers, erythema, mild soreness able to eat/drink The mouth needs to be reassessed	Painful erythema, oedema or ulcers but can eat/drink Continue to use mouthwash, drink plenty of fluids, the painkillers either as a tablet or mouthwash	Painful erythema difficulty with eating and drinking Arrange urgent assessment and review	Mucosal necrosis and/or requires parenteral or enteral support Arrange urgent assessment and review
Diarrhoea Consider infection! How many days has this occurred for? How many times in a 24hr period? Does the patient have any abdominal pain/discomfort? For how long? Has the patient taken any medication? See specific toxicity for pain N.B. If taking CAPECITABINE chemotherapy, follow specific pathway	None	Increase to 2-3 bowel movements a day over pre-treatment movements Drink more fluids Obtain stool sample Consider regimen specific anti-diarrhoeal	Increase 4-6 episodes a day or nocturnal movement moderate cramping Drink plenty of fluids Obtain stool sample Consider regimen specific anti-diarrhoeal	Increase to 7-8 episodes a day or nocturnal movement severe cramping Arrange urgent assessment and review	Increase to >10 episodes a day or grossly bloody diarrhoea or need for parenteral support Arrange urgent assessment and review
Constipation How long since bowels opened? What is normal? Does the patient have any abdominal pain/vomiting? Has the patient taken any medication?	None	Mild - no bowel movement in last 24 hours Dietary advice, increase fluid intake, review supportive medication	Moderate - no bowel movement in last 48 hours If associated with anal swelling, move to red Review fluid and dietary intake Reassess laxative	Severe - no bowel movement in last 72 hours Arrange Urgent assessment and review	Paralytic ileus > 96 hours Arrange urgent assessment and review
Fever NOT receiving chemotherapy	Normal	no	>37.5°C - 38°C Check in 1 hr and contact again if still pyrexial - see red	>38-40°C Arrange Urgent assessment and review	>40°C Arrange urgent assessment and review
Infection If pyrexia see fever toxicity Has the patient taken their temperature? - When? Has the patient experienced any shivering, chills or shaking episodes?	None	Generally well	Generally unwell Arrange review	Severe symptoms, infection Arrange Urgent assessment and review	Life threatening, sepsis Arrange urgent assessment and review
Palmar - plantar syndrome N.B. If taking CAPECITABINE chemotherapy, follow specific pathway	None	Numbness, tingling, painless erythema and swelling Advise patient to rest hands and feet, use emollient cream	Painful erythema and swelling 1 Arrange review - (only require dose reduction or defer treatment) Advise analgesia	Moist desquamation, ulceration, blistering and severe pain Arrange review - (only require dose reduction or defer treatment) Advise analgesia	Life threatening, sepsis & infection Arrange urgent assessment and review
Fatigue How many days has this occurred for? Any other associated symptoms?	None	Increased fatigue but not altering normal activities Rest accompanied with intermittent mild activity	Moderate or causing difficulty performing some activities 1 Arrange review	Severe or loss of ability to perform some activities Arrange review	Bedridden or disabling Arrange urgent assessment and review
Anorexia What was their weight before? What is appetite like? Any contributory factors e.g. dehydration, diarrhoea, vomiting, mucositis, and nausea? -link to specific toxicity	None	Loss of appetite without alteration in eating habits Dietary advice	Oral intake altered without significant weight loss or malnutrition 1 Arrange review	Oral intake altered in association with significant weight loss/malnutrition Arrange urgent assessment and review	Life threatening, sepsis & infection Arrange urgent assessment and review
Dyspnoea/shortness of breath Is it a new symptom? Is dyspnoea worsening? Is there any chest pain? - link to specific toxicity How long for? What can the patient do? (1 alteration in PS) CONSIDER SYNOCHAEIA/PULMONARY EMBOLISM	None	No new symptoms	Dyspnoea on exertion 1 Arrange review	Dyspnoea at normal level of activity Will need urgent assessment and review	Dyspnoea at rest or requiring supplementary oxygen Arrange urgent assessment and review
Rash Is it localised or generalised? How long has it been there? Any signs of infection? Is it itchy? HAEMATATOLOGY FOLLOW LOCAL GUIDANCE	None	Macular or papular eruption or erythema without associated symptoms Localised rash, otherwise well	Macular or papular eruption or erythema with pruritis or other associated symptoms Arrange review	Symptomatic, unwell Arrange urgent assessment and review	Symptomatic, unwell Arrange urgent assessment and review
Neurosensory/motor When did the problem start? Is it continuous? Is it getting worse? Is it affecting mobility/function? Any constipation or urinary incontinence? Consider Spinal Cord Compression	None	Mild paraesthesia, subjective weakness, no objective findings Monitor and contact immediately if deteriorates	Mild or moderate sensory loss, moderate paraesthesia, mild weakness with no loss of function 1 Arrange review	Severe sensory loss, paraesthesia or weakness that interferes with function Arrange urgent assessment and review	Paralysis Arrange urgent assessment and review
Bleeding Is it a new problem? Is it continuous? What amount? Where from? Is the patient on anticoagulants? HAEMATATOLOGY FOLLOW LOCAL POLICY	None	Mild, self limited controlled by conservative measures	Minor 1-2 spots Urgent assessment to A&E	Minor 3-4 spots per episode Urgent assessment to A&E	Major or life threatening Urgent assessment to A&E
Pain Is it a new? Where is it? How long have you had it? Have you taken any analgesia? Consider thrombosis, Tany swelling/death	None	Mild pain Not interfering with function Advise/obtain analgesia	Mod pain Pain or analgesia interfering with function, but not ADL Arrange review	Severe pain Pain or analgesia interfering with ADL Arrange urgent assessment and review	Severe pain, disabling Arrange urgent assessment and review
Bruising Is it a new problem? Is it local/generalised? Is there any trauma involved?	None	Petechiae/bruising, localised Arrange review	Moderate petechiae/bruising generalised bruising Arrange urgent assessment and review	Severe petechiae/bruising Arrange urgent assessment and review	
Extravasation Any problems immediately after administration? When did the problem start? Is the problem around the injection site? Has the patient got a central venous catheter? Explain the reaction?	None	Non vesicant Reassess next day		Severe Arrange urgent assessment and review	



ANEXO II

Medida de Adesão aos Tratamentos

Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os medicamentos para a sua doença?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

2. Alguma vez foi descuidado com as horas da toma dos medicamentos para a sua doença?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

3. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por se ter sentido melhor?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

4. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

5. Alguma vez tomou mais um ou vários comprimidos para a sua doença, por sua iniciativa, após se ter sentido pior?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

6. Alguma vez interrompeu a terapêutica para a sua doença por ter deixado acabar os medicamentos?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

7. Alguma vez deixou de tomar os medicamentos para a sua doença por alguma outra razão que não seja a indicação do médico?

Sempre	quase sempre	com frequência	por vezes	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5	6

APÊNDICES

APÊNDICE I
Cronograma do Projeto de Intervenção

CRONOGRAMA DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

[illegible]

[illegible]

APÊNDICE II

Hospital de Dia A1 – Consulta de Enfermagem de 1ª vez de quimioterapia

Necessidades de educação da pessoa e família

HOSPITAL DE DIA A1 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DE 1ª VEZ DE QUIMIOTERAPIA

- NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA -

No Hospital de Dia A1 a Consulta de Enfermagem (CE) de 1ª vez de quimioterapia é realizada presencialmente e no dia do primeiro tratamento, antes do mesmo se iniciar.

Foram observadas 3 CE que, sendo realizadas de forma estruturada, são adaptadas à pessoa e família, considerando os seus conhecimentos prévios, capacidade de aprendizagem e questões colocadas. Esta mesma CE permite conhecer a pessoa e família, bem como identificar e dar resposta às suas necessidades de educação através da abordagem dos seguintes pontos:

1 – Apresentação da enfermeira e acolhimento ao serviço;

2 – Colheita de dados:

Escolaridade e Profissão	Situação profissional atual
Pessoa de referência e contato	Situação sócio-familiar
Rede de apoio	Centro de Saúde
	Médico de Família
Informação clínica	Antecedentes pessoais
	Medicação
	Alergias
	Hábitos alcoólicos, tabágicos e toxicofílicos
	Próteses
	Cateteres ou outros dispositivos externos
	Cirurgias anteriores
	Percurso da doença atual

3 – Conhecimento sobre a saúde com foco no tratamento a realizar:

Duração e periodicidade		
Efeitos adversos	Hematológicos	Anemia
		Neutropénia
		Trombocitopénia
	Gastro-intestinais	Náuseas e Vômitos
		Diarreia e Obstipação
		Mucosite

		Anorexia
	Dermatológicos	Alopécia
		Rash cutâneo
		Alterações cutâneas
	Específicos do fármaco prescrito	
Cuidados a ter	Exposição Solar	
	Tratamentos dentários	
	Coloração capilar	
Situações para recorrer ao Hospital no imediato	Febre	
	Reações alérgicas	
	Dificuldade respiratória	
	Hemorragia	
	Dor intensa anormal	
	Vómitos e/ou diarreia persistentes	

- 4 – Entrega de terapêutica oral e gestão da mesma;
- 5 – Esclarecimento de dúvidas;
- 6 – Encaminhamento para outros cuidados de saúde, dando a conhecer outros recursos materiais/humanos disponíveis no Hospital de Dia;
- 7 – Apoios ao utente:

Entrega do guia de acolhimento
Contatos do Hospital de Dia
Recursos da comunidade

Após a realização desta CE a mesma é registada em campo próprio informatizado; aqui fica registada toda a informação dada aquando da colheita de dados, bem como as necessidades educacionais que foram levantadas na consulta de enfermagem sendo sempre levantado o diagnóstico de Conhecimento sobre a saúde: diminuído (CIPE®, 2011, p.45), e cujas intervenções espelhavam os processos educacionais sobre a doença, o tratamento, os efeitos adversos expetáveis e as situações urgentes/emergentes em que seria necessário recorrer ao Hospital. De salientar os ensinamentos realizados com vista à promoção do autocuidado no que concerne à exposição solar e aos cuidados à pele. No caso de se levantarem mais diagnósticos de enfermagem os mesmos eram igualmente registados no processo clínico, bem como as intervenções específicas realizadas, permitindo a sua avaliação à posteriori.

APÊNDICE III
Scoping review

A consulta telefónica de enfermagem na gestão do autocuidado da pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia: uma *scoping review*

Carla Nazareth¹; Eunice Sá²

1. Estudante do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de intervenção em Oncologia, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa;
2. Orientadora de Estágio e Docente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

RESUMO

Objetivo: Identificar as intervenções de enfermagem promotoras da gestão do autocuidado à pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia, através da consulta de enfermagem (CE) telefónica

Métodos: Segundo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute (2015), foi realizada uma pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE através da plataforma EBSCOhost Web, entre Maio e Junho de 2021, incluindo todos os artigos publicados entre 2010 e 2021 que abordassem as intervenções de enfermagem realizadas na CE telefónica e que fossem promotoras do autocuidado em adultos com cancro e em tratamento de quimioterapia.

Resultados: Identificaram-se quatro áreas de interesse para a enfermagem: vantagens e desvantagens da CE telefónica; intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado, divididas na área de intervenções educacionais, na gestão das toxicidades e no apoio psicológico e emocional; necessidades/implicações para a prática da enfermagem que se dividem em garantir a segurança da pessoa e dos enfermeiros e em garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem

Conclusão: A CE telefónica aproxima as pessoas com doença oncológica e sua família a cuidados de saúde especializados, permitindo a individualização e continuidade dos cuidados de enfermagem. Permite a capacitação para o autocuidado ao longo de todo o percurso de doença, devendo ser estruturada e dotada de *guidelines* para a gestão dos efeitos adversos dos tratamentos de quimioterapia, refletindo-se na melhoria da qualidade de vida e redução de custos em saúde.

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem, autocuidado, consulta telefónica, ambulatório

OBJETIVO

Mapear as intervenções de enfermagem realizadas na CE telefónica à pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia, para a gestão do autocuidado.

BACKGROUND

De acordo com a Direção-Geral de Saúde (DGS, 2019), a Organização Mundial de Saúde estimou, para o ano de 2018, o aparecimento de 18,1 milhões de novos cancros em todo o mundo. A mesma fonte, citando dados do Registo Oncológico Nacional (2018), refere que no mesmo ano, em Portugal, foram diagnosticados 50.151 novos casos de cancro, sendo a maior incidência ao nível do cancro da próstata, mama feminina, cólon, pulmão, estômago e recto (DGS, 2019). Portugal assemelha-se aos restantes países europeus, com uma taxa de incidência anual de novos cancros de 3% (DGS, 2017). A DGS (2016), salienta o impacto significativo das alterações no estilo de vida e da idade média dos doentes se ter vindo a alterar, mas considera que um dos fatores para uma maior probabilidade do aparecimento de novas neoplasias é o envelhecimento da população.

Em Portugal as doenças oncológicas são a segunda causa de morte da população e a principal causa de anos de vida potencialmente perdidos, destacando-se os cancros do pulmão, do cólon, do estômago, do fígado e vias biliares e do pâncreas (DGS 2019). Nestes últimos – fígado, vesícula biliar e pâncreas – tanto a incidência como a mortalidade têm tido uma tendência crescente ao longo da última década, estimando-se que em 2020 o número de novos casos destes tumores fosse superior a um milhão e quinhentos mil em todo o mundo (Global Cancer Observatory, 2021). A mesma fonte estimava que para Portugal, nesse mesmo ano, o número de novos casos fosse de 3485 e de 3396 mortes, verificando-se um valor de mortalidade muito semelhante ao da sua incidência. As características destes tipos de cancro tornam o seu diagnóstico muitas vezes tardio, já que a sua sintomatologia, por vezes inespecífica, não aparece numa fase inicial da doença e pode ser facilmente confundida com outros diagnósticos (*European Society for Medical Oncology – Anticancer Fund*, 2014; Caldeira, 2020).

Ao longo dos anos tem havido um grande investimento na melhoria dos tratamentos para o cancro, sendo o tratamento com quimioterapia o mais utilizado aos dias de hoje e é “(...) responsável por um aumento da sobrevida numa variedade de

neoplasias (...)", tendo um papel essencial "(...) na cura do cancro, prolongamento da vida e palição dos sintomas"; ainda assim, não é um tratamento isento de efeitos adversos (Costa, Magalhães, Félix, Costa, Cordeiro, 2005; DGS, 2016).

Silva (2007), salienta a importância da enfermagem para dar respostas eficazes às mudanças das necessidades de saúde da população no sentido de não querer apenas viver mais anos, mas sim dar qualidade a esses mesmos anos. Nesse sentido, considerando que os efeitos adversos dos tratamentos terão repercussões na qualidade de vida e no bem-estar, é importante que os cuidados de enfermagem sejam capazes de acompanhar a pessoa com doença oncológica não só em Hospital de Dia (considerando o cariz ambulatorial de grande número dos tratamentos de quimioterapia), mas também no seu domicílio, onde irão aparecer a maioria dos sintomas (Stacey, Macartney, Carley, Harrison, 2013).

Beaver, Campbell & Williamson (2012), referem que o impacto dos efeitos secundários do tratamento de quimioterapia é uma preocupação da pessoa com cancro; assim sendo, esta deverá ser também uma preocupação dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros no contínuo de cuidados de enfermagem prestados não só durante a administração dos fármacos antineoplásicos, mas também na manutenção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa com doença oncológica e sua família no domicílio.

Paguia, Saraiva e Costa (2018), citando o *International Council of Nurses* (ICN) (2010), atentam para o papel do enfermeiro como preponderante nos cuidados à pessoa com doença crónica, no que concerne à implementação de políticas de saúde, sendo pioneiros em relação à educação para a saúde e promoção da continuidade dos cuidados. No caso específico da doença oncológica tem havido um investimento nos conhecimentos específicos e na autonomia dos enfermeiros que trabalham nesta área, sendo os mesmos os profissionais de saúde mais capacitados para os processos educacionais no controlo da sintomatologia associada à quimioterapia e à evolução da doença oncológica, mantendo uma monitorização contínua e com influência direta na qualidade de vida da pessoa e sua família (Clarke, Flanagan, Kendrick, 2002; Mollaoğlu & Erdoğan, 2014).

Uma das ferramentas utilizadas pelos enfermeiros é a Consulta de Enfermagem (CE) que "(...) tem como principal objetivo capacitar o doente/cuidador para o autocuidado e para a promoção da saúde ao longo do ciclo vital" (Paguia *et al.*, 2018, p. 9), possibilitando ao enfermeiro a aplicação do Processo de Enfermagem, através da colheita de dados e da decisão clínica sobre os mesmos, possibilitando a

formulação de diagnósticos, prescrição e implementação de intervenções de enfermagem, bem como a avaliação dos resultados esperados, promovendo ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Melo, 2021). No mesmo sentido, a Portaria N°19/2012, refere que a CE é uma “intervenção (...) no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (p. 351), dando ênfase à função educativa por parte dos enfermeiros, como meio para permitir não só a promoção da adesão ao regime terapêutico, mas também o estabelecimento de uma relação que promova o autocuidado com o objetivo de minimizar os efeitos secundários decorrentes do tratamento de quimioterapia (Andrade, 2012).

O autocuidado é, de acordo com Petronilho (2012, p.19) um conceito complexo e que tem evoluído ao longo dos anos, caracterizando-se por ser uma função humana reguladora e não inata, já que se desenvolve através da aprendizagem. Tem sido ainda identificado não apenas como um recurso para a promoção da saúde, mas também para a gestão de doenças como o cancro (Petronilho, 2012, p. 12-13). Na teoria do autocuidado, Orem (2001), pressupõe que todo o indivíduo tem potencial para desenvolver práticas de autocuidado o que implica o delineamento de objetivos, planeamento das atividades de aprendizagem e avaliação de resultados esperados decorrentes das intervenções de enfermagem - sendo os resultados o desempenho apropriado por parte dos indivíduos; o autocuidado é então um resultado sensível aos cuidados de enfermagem e nos quais o enfermeiro especialista pode ter um papel diferenciador (Petronilho, 2012, p.14)..

Freire (2014) alerta que os efeitos adversos, a sua intensidade e duração, podem variar de acordo com o fármaco, a regularidade de administração e a pessoa, sendo que se há utentes que apresentam vários efeitos adversos, outros há que não manifestam nenhum. Além disto a duração dos efeitos secundários também não é estanque e apesar da sua maioria desaparecer aquando do término dos tratamentos, alguns, a longo prazo, podem tornar-se irreversíveis (Beaver *et al.*, 2012; Freire, 2014). Posto isto e sendo “(...) responsabilidade do enfermeiro o planeamento, execução, coordenação, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem em todas as fases do tratamento” (Andrade, 2012), faz sentido que a equipa de cuidados de enfermagem encontre estratégias para manter um acompanhamento ao longo dos tratamentos e durante os intervalos da sua administração, isto é, quando a pessoa se encontra no domicílio.

Uma dessas estratégias é o acompanhamento contínuo da pessoa com doença oncológica, em quimioterapia, através da CE telefónica, sendo este um modelo bem

aceite pelas pessoas e pelos profissionais (Shaw, Young, Butow, Chambers, O'Brien, Solomon, 2013). Os mesmos autores referem que esta CE telefónica permite ao enfermeiro estabelecer uma relação com o cliente/família e transmitir informações e estratégias que permitam não só lidar com os sintomas do tratamento de quimioterapia, mas também com todas as alterações físicas, psicológicas e sociais vivenciadas ao longo do percurso de doença. Desta forma será possível à equipa de enfermagem contribuir para minimizar as dificuldades e melhorar a qualidade de vida, motivando para o autocuidado, tendo sempre por base a melhor evidência científica e respeitando os princípios éticos e deontológicos da profissão, mediante uma prática de enfermagem holística cujos cuidados sejam centrados no cliente/família.

MÉTODOS

Estratégia de pesquisa: foi utilizada a estratégia PCC, de acordo com Joanna Briggs Institute (2015):

P (População)	Pessoa com cancro a fazer quimioterapia
C (Conceito)	Autocuidado Nursing Care
C (Contexto)	Outpatient Consulta telefónica de enfermagem na pessoa a fazer quimioterapia

Tabela 1 – Esquematização da formulação da questão de pesquisa

Questão de investigação: Quais as intervenções na consulta de enfermagem para a gestão do autocuidado na pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, a fazer quimioterapia?

Critérios de inclusão: Foram posteriormente definidos quais os critérios de inclusão com o objetivo de alcançar os estudos que mais se adequassem à questão formulada:

	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO
Tipos de estudos	Todos os tipos de estudos publicados entre 2010 e 2021, em português, espanhol e inglês
Tipo de participantes	Adultos com idade ≥ 19 anos com diagnóstico de cancro em quimioterapia
Conceito	Estudos em que seja abordado o autocuidado
Contexto	Tratamentos de quimioterapia em regime de ambatório; Consulta telefónica de enfermagem

Tabela 2 – Critérios de inclusão

De salientar que a escolha temporal estabelecida permitiu aceder à evidência científica mais recentes e que os idiomas foram escolhidos pela minha aptidão em ler e analisar os artigos nessas línguas. A definição da população surgiu pelo facto da CINAHL e da MEDLINE definirem “adulto” como as pessoas com idade igual ou superior a 19 anos. Não tendo encontrado nenhum artigo que cumprisse os critérios de inclusão e cuja população fosse a pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, tive necessidade de incluir na pesquisa artigos cuja população abrange-se pessoas com todos os tipos de cancro de forma a conseguir aceder à maior evidência científica existente.

As bases de dados escolhidas para a pesquisa foram a CINAHL e MEDLINE, através da plataforma EBSCOhost Web, tendo a mesma sido realizada entre Maio e Julho de 2021. Inicialmente foi realizada uma pesquisa nas duas bases de dados em linguagem natural o que me permitiu aceder a vários artigos que se relacionavam com a problemática e, através da leitura dos seus títulos e resumos, identificar mais termos de pesquisa. Posteriormente efetuei uma pesquisa na CINAHL em linguagem natural e termos indexados e utilizando os operadores Boleanos – *OR* e *AND*.

PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA	RESULTADOS
S1	(MH "Cancer Patients") OR (MH "Patients") OR (MH "Chemotherapy, Cancer") OR (MH "Neoplasms") OR "cancer patient"	152,212
S2	(MH "Self Care") OR (MH "Orem Self-Care Model") OR (MH "Oncologic Care") OR (MH "Nursing Care")	63,145
S3	"autocuidado"	761
S4	S2 OR S3	63,559
S5	(MH "Outpatients") OR (MH "Ambulatory Care Nursing") OR (MH "Ambulatory Care")	61,225
S6	(MH "Telenursing") OR (MH "Telehealth")	12,900
S7	(MH "Telephone Consultation (Iowa NIC)") OR (MH "Oncology Care Units")	493
S8	(MH "Remote Consultation")	2,560
S9	S5 OR S6 OR S7 OR S8	76,420
S10	S1 AND S4 AND S9	459

Tabela 3 – Pesquisa efetuada na CINAHL

Através da base de dados MEDLINE realizei uma pesquisa em linguagem natural e termos indexados, recorrendo para esse efeito à opção MeSH (*Medical Subject Headings*), utilizando os operadores Boleanos – *OR* e *AND*.

PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA	RESULTADOS
S1	"cancer patient" OR (MH "Patients") OR (MH "Neoplasms") OR (MH "Chemotherapy, Cancer, Regional Perfusion")	484,418
S2	"autocuidado"	236
S3	(MH "Self Care") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Oncology Nursing")	72,608
S4	S2 OR S3	72,700
S5	(MH "Outpatient Clinics, Hospital") OR (MH "Ambulatory Care") OR (MH "Outpatients")	74,663
S6	"telephone follow up"	2,289
S7	(MH "Telenursing")	232
S8	"telehealth" OR (MH "Telemedicine")	34,203
S9	(MH "Remote Consultation")	5,290
S10	S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9	114,289
S11	S1 AND S4 AND S10	214

Tabela 4 – Pesquisa efetuada na MEDLINE

Seleção dos artigos: Após a extração dos resultados, tanto na CINAHL como na MEDLINE, foi introduzido como filtro a data de publicação entre 2010 e 2021, os idiomas português, inglês e espanhol e escolhido a população adulta. Não optei por introduzir *Full Text* enquanto filtro já que mesmo os artigos que não estão completos nestas bases de dados podem sempre ser solicitados via centro de documentação da ESEL ou diretamente aos seus autores. Após a colocação do filtro foram então identificados 152 artigos através da CINAHL e 86 artigos através de MEDLINE, totalizando 238 artigos extraídos. Estes artigos foram analisados e avaliados quando à sua pertinência para a revisão, com base nas informações fornecidas no título e resumo, excluindo também os artigos duplicados, obtendo-se 42 artigos potencialmente relevantes. Procedeu-se à leitura integral destes artigos, excluindo-se 34 por não irem ao encontro dos critérios de inclusão, nomeadamente não contemplarem pessoa em tratamento ativo de quimioterapia ou não serem referentes à consulta telefónica realizada por enfermeiros. Assim, foram incluídos nesta revisão 8 artigos cujo mapeamento de dados e os seus resultados serão apresentados em forma de tabela (APÊNDICE I). Posteriormente procedeu-se à identificação, sumarização e discussão dos resultados encontrados em cada artigo.

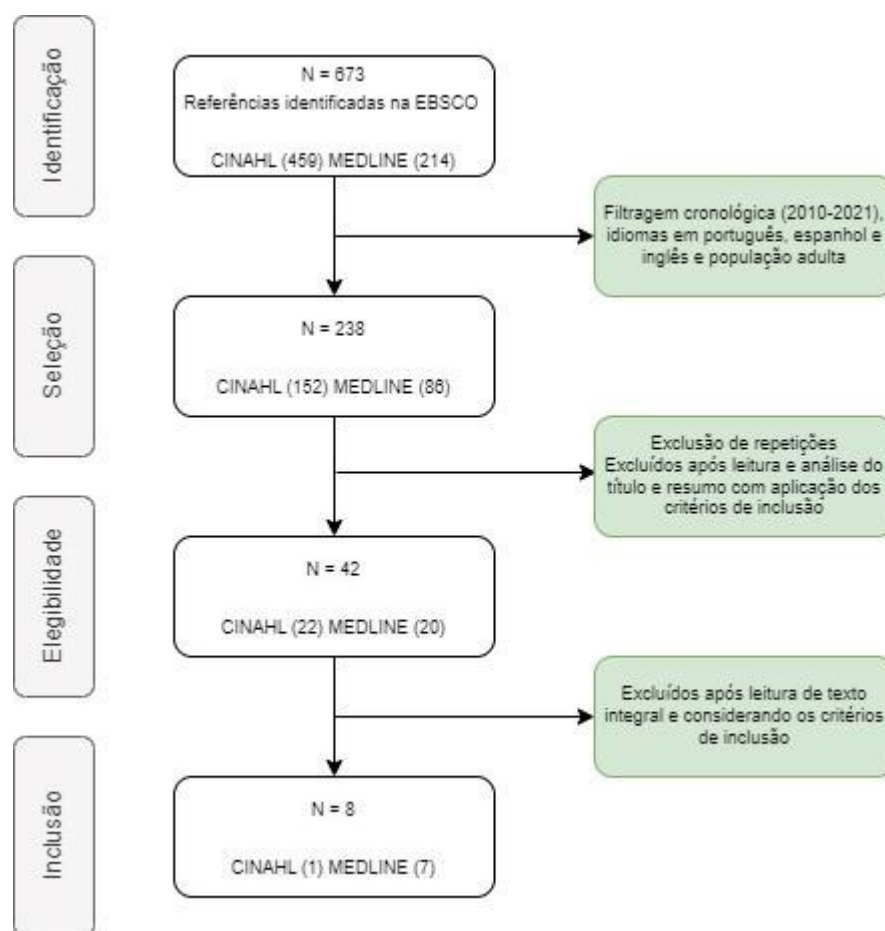


Imagem 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos

MAPEAMENTO DOS RESULTADOS

No decorrer da análise dos dados presentes na presente revisão da literatura emergiram quatro áreas de interesse no que concerne à intervenção de enfermagem na gestão do autocuidado na pessoa com cancro hepatobilio-pancreático, em quimioterapia no âmbito da CE telefónica. Essas quatro áreas são os benefícios da CE telefónica, as desvantagens da CE telefónica, as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado e as necessidades/implicações para a prática de enfermagem.

1. Benefícios da CE telefónica

A CE telefónica, mesmo sem acesso a vídeo, tem a vantagem de permitir uma comunicação em tempo real favorecendo o fornecimento de informações e uma resposta rápida a questões práticas com que a pessoa com doença oncológica/família

se deparam, como sejam dúvidas sobre a doença, os tratamentos e os seus efeitos adversos (Liptrott, Bee, Lovell, 2017; Doorenbos, Jang, Li, Lally, 2020).

Para quem vive nos grandes centros urbanos e com facilidade em se deslocar, por vezes pode não ter a perceção que nos meios rurais, onde o acesso aos cuidados de saúde é mais deficitário, é importante haver alternativas seguras para conseguir ter acesso aos cuidados de saúde. Doyle-Lindrud (2020) e Doorenbos *et al.* (2020) abordam a importância das tecnologias de informação e de comunicação para permitir o acesso às populações mais pobres e que vivem em zonas com menos recursos, sendo que Doyle-Lindrud (2020) atenta também na impossibilidade de deslocação por condicionantes na mobilidade ou sintomas físicos que não são facilitadores de deslocações. É certo que estes autores não se referem em específico à população portuguesa nos seus artigos, mas é uma realidade a nível nacional que mesmo as instituições que se localizam nos grandes centros urbanos, dão resposta a toda a população, nomeadamente a pessoas com menos capacidades económicas, em situações de vulnerabilidade social ou mesmo com necessidade de ajudas técnicas ou de terceiros para se deslocarem.

Importa também salientar que há pessoas com doença oncológica, mesmo em fase de tratamentos, que conseguem manter as suas atividades de vida diária sem grandes alterações em comparação com a altura antes do diagnóstico ou antes do início dos tratamentos. Por este motivo, e de acordo com Liptrott *et al.* (2017) ao referir-se à perceção dos utentes sobre a CE telefónica, refere que a mesma tem a vantagem de permitir organizar a vida pessoal, evitando o absentismo ao trabalho e mantendo as rotinas diárias com a família não só da pessoa doente, mas também da sua família; assim, é natural que se verifique uma satisfação generalizada com o contato telefónico, sendo o mesmo bem aceite e considerado como sendo apropriado (Traeger, McDonnell, McCarty, Greer, El-Jawahri, Temel, 2015; Oatley & Fry, 2020).

Em suma, o contato telefónico é um método barato que contribui para a redução dos custos em saúde, por parte das instituições, assim como redução monetária e de tempo em deslocações, por parte da pessoa ou até mesmo da sua família/cuidadores, quando o doente não tem autonomia para se deslocar presencialmente (Liptrott *et al.*, 2017; Doorenbos *et al.*, 2020; Doyle-Lindrud, 2020; Rowett & Christensen, 2020; Stacey, Ludwing & Jolicoeur, 2020).

Stacey *et al.* (2020) afirma ainda que esta CE telefónica permite que a pessoa com doença oncológica tenha acesso a cuidados de saúde especializados, neste caso em particular com o enfermeiro de prática avançada em oncologia, acrescentando e

corroborando com Liptrott *et al.* (2027) que é uma ferramenta promotora da continuidade de cuidados de enfermagem desde que as intervenções de enfermagem e os seus resultados sejam registados, permitindo assim a sua avaliação. Desta forma, a CE telefónica contribui para a aproximação do doente/família aos cuidados de enfermagem (Liptrott *et al.*, 2017; Oatley & Fry, 2020; Rowett & Christensen, 2020)

Doyle-Lindrud (2020) Stacey *et al.* (2020) Suh & Lee (2017) corroboram entre si ao referirem-se à CE telefónica como uma ferramenta útil para capacitar a pessoa para o autocuidado, na medida em que a mesma permite educar a pessoa/família ao longo de todo o processo de doença e não apenas aquando da presença de efeitos adversos. Nesse sentido, e indo ao encontro do artigo de revisão de Doorenbos *et al.* (2020) a CE telefónica é uma ferramenta enriquecedora da qualidade dos cuidados, sendo ainda facilitadora do suporte educacional e do empoderamento da pessoa com doença oncológica e família, enfatizando que quanto mais informação os mesmos tiverem, maior irá ser a sua capacitação para o autocuidado.

As intervenções realizadas através da CE telefónica têm ainda como vantagem a avaliação precoce da sintomatologia, traduzindo-se também numa melhoria efetiva dos sintomas, sendo importante para que tal aconteça o uso de guidelines para gestão das toxicidades tal como afirmam Oatley & Fry (2020) e Stacey *et al.* (2020), contribuindo para a diminuição do número de internamentos e das idas ao serviço de urgência, o que só se irá refletir numa melhoria da qualidade de vida não só da pessoa com doença oncológica, mas também da sua família/cuidadores (Doyle-Lindrud, 2020).

2. Desvantagens da CE telefónica

Apesar das várias vantagens da CE telefónica, é importante perceber a perceção dos utentes quanto a aspetos negativos desta mesma consulta. Doyle-Lindrud (2020) aponta a eventual necessidade de ser realizada uma observação presencial, já que via telefone pode não ser suficiente. No mesmo sentido Liptrott *et al.* (2017) referem que alguns doentes consideram que o telefone é considerado como uma barreira já que não facilita a expressão de emoções gerando um sentimento de falta de suporte emocional por parte dos profissionais de saúde (onde se incluem enfermeiros, psicólogos e psicoterapeutas), salientando também a necessidade de uma intervenção presencial ou até mesmo em grupos terapêuticos, também presenciais. Estes autores abordam ainda a CE telefónica quando o utente não está

em tratamento ativo, mas sim após o diagnóstico ou já após o término dos tratamentos; alguns dos doentes sentiram que a CE telefónica neste âmbito não era do seu agrado, tornando-se muito impessoal e, de certa forma, apressada.

3. Intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado

Nesta revisão foram encontradas intervenções de enfermagem que se dividiram em três focos de atenção: áreas de intervenções educacionais; na gestão das toxicidades; de apoio psicológico e emocional.

3.1. Áreas de Intervenções educacionais

Liptrott *et al.*, (2017) ao basearem-se em seis estudos que descreviam intervenções estruturadas para pessoas com cancro da mama, cancro do cólon e recto e cancro da próstata, com a finalidade de providenciar informação e apoio após o diagnóstico e após o tratamento, salientam a importância do papel do enfermeiro na implementação de programas educacionais através da CE telefónica que garantam que o doente e a sua família/cuidador estão dotados de informações que os permitam tomar decisões e aderir à terapêutica. Suh & Lee (2017), Doyle-Lindrud (2020) e Rowett & Christensen (2020) também constatarem o mesmo ao salientarem o papel do enfermeiro enquanto promotor da adesão terapêutica através da disponibilização de informação utilizando como meio a CE telefónica.

Liptrott *et al.* (2017), Oatley & Fry (2020) e Rowett & Christensen (2020) descrevem como intervenções de enfermagem na CE telefónica o fornecimento de informações sobre a doença (tipo de cancro), o tratamento (protocolo e fármacos, frequência e duração, efeitos secundários) e a gestão de sintomas após o tratamento para a promoção do autocuidado. Suh & Lee (2017), não só abordam as mesmas intervenções, como ainda salientam a importância dos doentes/família estarem bem informados sobre estes tópicos na medida em que pessoas bem informadas têm tendência a aumentar a sua qualidade de vida e a ter melhores resultados clínicos. Os mesmos autores atentam ainda que é fundamental que todas as intervenções tenham em conta as perspetivas e necessidades dos utentes, as suas preferências e o nível de sofrimento emocional e qualidade de vida, salientando que a necessidade de cuidados também se altera mediante as diversas fases da doença oncológica.

O artigo de revisão de Rowett & Christensen (2020) destaca que faz parte do papel do enfermeiro gerir as expectativas de forma realista do doente e da sua família, podendo esta gestão ser transversal a várias fases da doença; de igual modo pode haver necessidade de educar a pessoa e família sobre a integração dos cuidados paliativos e o cuidado em fim de vida, informando e encaminhando para os recursos disponíveis na instituição e na comunidade. Os resultados deste artigo de revisão apoiam também os resultados da meta-análise de Suh & Lee (2017) ao destacaram o papel dos enfermeiros na promoção da saúde no que se refere ao aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis, como o exercício físico e a dieta, e ainda no esclarecimento de dúvidas que possam surgir em todo o contínuo do cuidar. Os enfermeiros também prestam aconselhamento sobre a sexualidade, no que respeita a encontrar estratégias de adaptação da mesma à doença e/ou aos prováveis efeitos adversos do tratamento (Suh & Lee, 2017).

3.2. Na gestão das toxicidades

Apesar da presente *scoping review* estar focada na procura de intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado aquando da fase de tratamento de quimioterapia, a literatura encontrada aborda também a gestão dos sintomas relacionados com a doença oncológica e que podem ser motivo para uma diminuição do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa doente (Liptrott *et al.*, 2017; Suh & Lee, 2017; Doyle-Lindrud, 2020). Tal gestão foca-se na monitorização contínua dos sintomas para que possam então ser planeadas intervenções e avaliados os seus resultados no contínuo de doença. Estes autores, assim como Oatley & Fry (2020), ressaltam o papel do enfermeiro na gestão dos efeitos adversos dos tratamentos de quimioterapia como prática que permite capacitar para o autocuidado, mais uma vez garantido sempre uma monitorização e avaliação contínua destes mesmos efeitos adversos.

Os estudos considerados na meta-análise de Suh & Lee (2020) abordaram vários sintomas que foram avaliados através da CE telefónica e que puderam ser alvo de intervenção de enfermagem: fadiga, alterações de sensibilidade no braço da punção, linfedema, obstipação, diarreia, dispneia, náuseas, vômito e sintomas de sofrimento emocional (raiva, hostilidade, ansiedade, confusão, preocupação com a doença, humor deprimido, desânimo e solidão). Estes autores constataram que nos grupos onde foram realizadas intervenções de enfermagem através da CE telefónica

houve um aumento significativo da capacitação para o autocuidado, uma diminuição moderada dos sintomas relacionados com o cancro e uma redução, ainda que pequena, do sofrimento emocional e a melhoria da qualidade de vida.

O estudo randomizado de Traeger *et al.* (2015) partiu do pressuposto de que facilmente as pessoas sob quimioterapia experienciam efeitos adversos que têm impacto na sua qualidade de vida. Posto isto os autores salientam que é importante a realização de intervenções que capacitem a pessoa para o autocuidado, para a autoavaliação de efeitos adversos, para a adesão à terapêutica prescrita em SOS e para a adaptação da atividade e da alimentação, evitando o descontrolo e agravamento dos sintomas que poderão levar a internamentos. A realização de CE telefónica aos doentes em quimioterapia (após o primeiro e o segundo ciclo) que apresentaram, nomeadamente, falta de energia e sonolência, não se conseguiu traduzir em resultados objetivos da diminuição destes (Traeger *et al.*, 2015)

Stacey *et al.*, (2020), referem que a CE telefónica pode ser bastante útil quando há necessidade de fazer ajuste de medicação para um determinado sintoma. Na realidade portuguesa, não sendo a prescrição de medicamentos uma competência da enfermagem, poderá ser possível o seu aconselhamento desde que existam nos serviços protocolos validados pela equipa médica que permitam ao enfermeiro estabelecer intervenções farmacológicas de forma segura mediante determinada sintomatologia.

Quando a CE telefónica não é suficiente para dar a melhor resposta, mediante o que é reportado pelo doente/família, pode ser necessário que o enfermeiro solicite a vinda à instituição para fazer uma observação presencial da pessoa, ou mesmo solicitar o encaminhamento para consulta médica; noutras situações poderá ainda ser realizado o encaminhamento para o serviço de urgência, para o centro de saúde ou outros recursos da comunidade ou da instituição (como por exemplo o apoio do psicólogo ou do nutricionista) (Suh & Lee, 2017; Doyle-Lindrud, 2020; Oatley & Fry, 2020; Rowett & Christensen, 2020; Stacey *et al.*, 2020). A utilização de ferramentas como a COSTaRS e o UK ONS *Triage Tool* podem ser decisivas numa tomada de decisão fundamentada para estes encaminhamentos apenas quando há realmente necessidade (Oatley & Fry, 2020; Stacey *et al.*, 2020).

Os artigos de revisão de Doyle-Lindrud (2020) e Rowett & Christensen (2020) revelam ainda que a CE telefónica pode ser uma ferramenta útil para a promoção do autocuidado dos sobreviventes de cancro no que respeita à gestão de toxicidades tardias.

3.3. De apoio psicológico e emocional

No que concerne às intervenções que visam o apoio psicológico e emocional e, apesar de as classificar num tópico isolado, são intervenções transversais a todas as fases da doença. Rowett & Christensen (2020), ao abordarem o papel do enfermeiro *navigator* salientam a importância de avaliar o estado psicológico e emocional do doente já que o mesmo poderá afetar a sua adesão à terapêutica. Os mesmos autores consideram que o uso das tecnologias poderá ter um papel preponderante para as intervenções de enfermagem ao nível do apoio emocional e da satisfação das necessidades espirituais já que é uma forma adicional de dar apoio ao doente/família e pode facilitar a adaptação aos processos de transição. De igual forma, a meta-análise de Suh & Lee (2017) refere que a CE telefónica pode ser um meio para a realização de intervenções de enfermagem direcionadas para o apoio psicológico e social; contudo os mesmos autores não encontraram evidência de que essas mesmas intervenções tivessem um efeito significativo na melhoria do sofrimento psicológico ou na melhoria da qualidade de vida. Ainda assim Liptrott *et al.* (2017) enumera algumas intervenções encontradas na sua análise de artigos que consistem em ensinar sobre estratégias de *coping* e treinar as capacidades da pessoa para resolver problemas.

4. Necessidades/implicações para a prática de enfermagem

As implicações da CE telefónica para a prática de enfermagem podem ser divididas em duas áreas de interesse: garantir a segurança da pessoa com doença oncológica e/ou a sua família e a segurança dos enfermeiros; garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

4.1. Segurança

No que concerne à segurança, Doyle-Lindrud (2020) refere-se particularmente aos Estados Unidos, contudo poderá ser considerado transversal a preocupação com a regulamentação do uso das tecnologias de informação e comunicação enquanto ferramentas utilizadas na prática clínica. No caso específico de Portugal, com a criação em 2018 do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados 2016/679 enquanto regulamento europeu que atenta na privacidade e proteção de dados

peçoais e que se aplica a todos os indivíduos na União Europeia e Espaço Económico Europeu, é importante salientar, tal como também é afirmado na revisão de Liptrott *et al.* (2017), a necessidade de que seja dado o consentimento informado do utente em como quer ou não ser contactado, necessitando de ficar registada essa informação no seu processo individual de saúde nas instituições, já que a realização de uma CE telefónica, por si só, implica a utilização de dados pessoais, em particular o contato telefónico.

Oatley & Fry (2020) e Stacey *et al.* (2020), no seu estudo de avaliação e no seu projeto de melhoria de cuidados, respetivamente, mencionam a relevância do uso de ferramentas que contenham *guidelines* baseadas em evidência científica para a gestão dos efeitos adversos dos tratamentos de quimioterapia. No primeiro caso é mencionada a COSTaRS, originária do Canadá, e no segundo é utilizado o UK ONS *Triage Tool*, com origem no Reino Unido, mas que já foi traduzida para diversas línguas, estando a tradução portuguesa a aguardar validação. Estas ferramentas são utilizadas para garantir que toda a equipa de enfermagem faz uma avaliação consistente dos efeitos adversos contribuindo para a segurança da avaliação, gestão e até mesmo referência da pessoa de acordo com as toxicidades manifestadas.

Importa ainda dar ênfase à necessidade de registo das intervenções de enfermagem no processo individual de saúde da pessoa, como forma de provar toda a informação que foi dada pelo enfermeiro, mas também dada pela pessoa/família (Traeger *et al.*, 2015; Oatley & Fry 2020; Stacey *et al.*, 2020)

4.2. Qualidade dos cuidados

Para garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem Liptrott *et al.* (2017) afirmam que a CE telefónica necessita de ter um tempo adequado que deverá ser previamente definido. No mesmo sentido, estes autores, corroborando com a evidência do artigo de revisão de Doorenbos *et al.* (2020) e com o estudo de Traeger *et al.* (2015), salientam a necessidade de estruturar a CE telefónica para que as intervenções educacionais estejam organizadas enquanto tópicos a serem abordados, para que seja aproveitado todo o potencial da consulta e se evite que a mesma se torne numa conversa sem objetivos definidos.

Liptrott *et al.* (2017), Suh & Lee (2017) e Stacey *et al.* (2020) consideram que a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados passa também por permitir a individualização das intervenções de enfermagem, devendo as mesmas ser

adaptadas, tendo por base um modelo de cuidados centrado na pessoa/família. Neste tópico torna-se essencial o uso de ferramentas como o exemplo da COSTaRs referida no projeto de melhoria dos cuidados de Stacey *et al.* (2020) ou do UK ONS *Triage Tool* mencionando no estudo de Oatley & Fry (2020) na medida em que permitem ao enfermeiro adaptar os cuidados a cada situação com base no seu juízo crítico e raciocínio clínico. Stacey *et al.* (2020) encontraram evidência num estudo no Canadá de que cerca de 85% dos efeitos adversos da quimioterapia reportados podiam ser geridos no domicílio, corroborando com os resultados do seu projeto em que 91% das chamadas telefónicas era referente a sintomatologia de grau leve ou moderado, sendo possível a sua gestão no domicílio. Estes autores concluíram também que os enfermeiros que realizaram as suas intervenções de enfermagem com base na COSTaRS utilizaram mais estratégias de gestão sintomática no domicílio, contribuindo para um menor encaminhamento de doentes para o serviço de urgência. Tal realidade foi também constatada pelo estudo de Oatley & Fry (2020) através da utilização do UK ONS *Triage Tool* ao ter diminuído o número de encaminhamentos para o serviço de urgência, contribuindo para a melhoria da gestão de sintomas, bem como para a avaliação precoce dos mesmos.

De salientar aqui também a meta-análise de Suh & Lee (2017) quando evidencia a importância de manter uma monitorização contínua dos efeitos adversos de forma a ser possível avaliar os resultados das intervenções de enfermagem. Desta forma, é aqui também importante salientar o registo das intervenções de enfermagem enquanto prova do trabalho realizado e enquanto meio de avaliação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, como é o caso da promoção do autocuidado (Traeger *et al.*, 2015; Oatley & Fry, 2020; Stacey *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A CE telefónica é uma ferramenta de baixo custo que contribui para a comunicação com a pessoa com doença oncológica/família, possibilitando o acesso a cuidados de saúde especializados em tempo real ao mesmo tempo que diminui a necessidade de deslocação às instituições de saúde.

Mediante a existência de registo, a CE telefónica é promotora da continuidade dos cuidados de enfermagem, permitindo a avaliação das intervenções realizadas com a finalidade de capacitar a pessoa para o autocuidado ao longo de todo o seu processo de doença, sendo este um resultado sensível aos cuidados de enfermagem.

Enquanto meio facilitador para o empoderamento da pessoa com doença oncológica e família, a CE telefónica permite ao enfermeiro dar suporte educacional sobre a doença, o tratamento e a precoce gestão de sintomas de ambos, contribuindo para a sua diminuição, bem como gerir expectativas e ensinar sobre estratégias de *coping* reduzindo o sofrimento emocional. A CE telefónica é ainda utilizada como ferramenta promotora da adesão terapêutica e útil aquando da necessidade de ajuste de medicação; torna-se também vantajosa para a promoção da saúde no que concerne ao aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis e aconselhamento sobre estratégias de adaptação da sexualidade à doença. Em caso de necessidade poderá também originar o encaminhamento para uma observação presencial, para outro profissional de saúde, para o serviço de urgência ou para outros recursos de saúde.

A CE telefónica deve ser estruturada no que concerne à sua duração e tópicos a abordar e deve ser dotada de *guidelines* baseadas em evidência científica e baseadas num modelo de cuidados centrado na pessoa/família para a gestão dos efeitos adversos dos tratamentos de quimioterapia, garantindo assim que é realizada uma avaliação segura e consistente dos mesmos por parte de todos os enfermeiros. Tal prática contribui para uma maior e melhor gestão de sintomas no domicílio, traduzindo-se num menor número de internamentos e encaminhamentos para o serviço de urgência, refletindo-se na melhoria da qualidade de vida da pessoa/família e redução de custos em saúde.

É importante garantir a existência de consentimento informado por parte da pessoa para a realização da CE telefónica e perceber se a mesma é do agrado do doente já que nalguns casos esta ferramenta de contato é considerada como sendo impessoal e não facilitadora da expressão de emoções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco News*, 21, p. 27-31.
- Beaver, K., Campbell, M., Williamson, S., Procter, D., Sheridan, J., Heath, J., Susnerwala, S. (2012). An exploratory randomized controlled trial comparing telephone and hospital follow-up after treatment for colorectal cancer. *The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, 12, p. 1201-1209. DOI: 10.1111/j.1463-1318.2012.02936.x
- Caldeira, A. (2020). Cancro do pâncreas – a crueza dos números e como inverter a tendência. *Revista Saúde e Bem-estar*, Janeiro, p.16-18.
- Clarke, D., Flanagan, J., Kendrick, K. (2002). *Advancing Nursing Practice in Cancer and Palliative Care*. New York: Palgrave Macmillan. ISBN: 0-333-77766-2.
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., Cordeiro, S. (2005). O cancro e a qualidade de vida: a quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro. Patrocínio: Novartis. ISBN: 972-9119-94-5
- Direção-Geral da Saúde (2016). Doenças Oncológicas em Números – 2015: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: DGS. Acedido em 04/06/2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: Ministério da Saúde. DGS. Acedido em 04/06/2021. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22531/1/Programa%20Nacional%20para%20as%20Doen%ca7as%20Oncol%cb3gicas%202017.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2019). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: desafios e estratégias. Ministério da Saúde. Lisboa: DGS. Acedido em 15/11/2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1219986-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYSzltzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Doorenbos, A., Jang, M., Li, H., Lally, R (2020). eHealth education. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(3). DOI: 10.1188/20.CJON.S1.42-48.
- Doyle-Lindrud, S. (2020). State of eHealth in cancer care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(3). DOI: 10.1188/20.CJON.S1.10-15.

- European Society for Medical Oncology – Anticancer Fund (2014). Cancro do Fígado: um guia para o doente – Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO – v.2014.1. ESMO-ACF. Acedido em 21/06/2021. Disponível em <https://www.esmo.org/content/download/98003/1726150/file/ESMO-ACF-Cancro-do-Fi%CC%81gado-Um-Guia-para-o-Doente.pdf>
- Freire, I. (2014). Terapêutica Adjuvante da Quimioterapia. Dissertação de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Ciências Farmacêuticas. Faculdade de Ciências e Tecnologia – Universidade do Algarve. Acedido em 01/09/2021. Disponível em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/8129/1/Monografia%20lv%C3%A2nia%20Freire.pdf>
- Global Cancer Observatory (2021). Acedido em 15/06/2021. Disponível em <https://gco.iarc.fr/>
- Liptrott, S., Bee, P., Lovell, K. (2017). Acceptability of telephone support as perceived by patients with cancer: a systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 27(1). DOI: 10.1111/ecc.12643.
- Melo, P. (2021). *Consultas de enfermagem nos cuidados de saúde primários: guia de decisão clínica*. Lisboa: Lidel.
- Mollaoğlu, M. & Erdoğan, G. (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), p. 78-84. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.07.006.
- Oatley, M. & Fry, M. (2020). A nurse practitioner-led model of care improves access, early assessment and integration of oncology services: an evaluation study. *Support Care Cancer*, 28(10), p. 5023-5029. DOI: 10.1007/s00520-019-05292-0
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby.
- Paguia, A., Saraiva, T., Costa, D. (2017). A consulta de enfermagem de controlo sintomático não presencial. *Onco News*, 34, p. 8-15.
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formassau.
- Portaria nº 19/2012 (2012). Diário da República, I Série (Nº15 de 20-01-2012), 351-352. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/19/2012/01/20/p/dre/pt/html>
- Regulamento (UE) 2016/679 (2016). Parlamento Europeu e do Conselho (27-04-2016). ELI: <http://data.europa.eu/eli/reg/2016/679/oj>
- Rowett, K. & Christensen, D. (2020). Oncology Nurse Navigation. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(3), p. 24-31. DOI: 10.1188/20.CJON.S1.24-31.

- 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, p. 444-450. DOI: 10.1016/j.pec.2013.07.003
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2), p. 11-20.
- Stacey, D., Macartney, G., Carley, M., Harrison, M. (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*. Vol 2013. DOI: 10.1155/2013/171872.
- Stacey, D., Ludwing, C., Jolicoeur, L., Carley, M., Balchin, K., Jibb, L. ... Martelli, L. (2020). Quality of telephone-based cancer symptom management by nurses: a quality improvement project. *Support Care Cancer*, 29(2), p. 841-849. DOI: 10.1007/s00520-020-05551-5.
- Suh, S-R. & Lee, M. (2017). Effects of nurse-led telephone-based supportive interventions for patients with cancer: a meta-analysis. *Oncology Nursing Forum*, 44(4), p. 168-184. DOI: 10.1188/17ONF.E168-E184.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/supplement: methodology for JBI scoping reviews*.
- Traeger, L., McDonnell, T., McCarty, C., Greer, J., El-Jawahri, A., Temel, J. (2015). Nursing intervention to enhance outpatient chemotherapy symptom management: Patient-reported outcomes of a randomized controlled trial. *Cancer*, 121, p. 3905-3913. DOI: 10.1002/cncr.29585.

APÊNDICE I

Tabelas com o mapeamento de dados encontrados na *scoping review*

APÊNDICE I

Tabelas com o mapeamento de dados encontrados na *scoping review*

Título do Artigo/Estudo, Autor, Ano Publicação	State of eHealth in Cancer Care Doyle-Lindrud, S 2020 Clinical Journal of Oncology Nursing, June 2020, Vol. 24, No.3
Objetivos/Questão de Investigação	Identificar algumas tecnologias de informação e comunicação em saúde (eHealth), incluindo os seus benefícios e limitações
Desenho do estudo e Metodologia	Artigo de revisão de literatura que aborda as tecnologias de eHealth
Participantes	Médicos oncologistas, enfermeiros e utentes
Resultados/Conclusões	Algumas das ferramentas utilizadas no âmbito da eHealth são os telefones, smartphones, gravação de monitorização eletrónica, mecanismos de prescrição e ferramentas de decisão clínica. São ferramentas que permitem uma melhoria do acesso aos cuidados de saúde com segurança, qualidade e redução dos custos, permitindo também acesso às populações mais pobres e que vivem em zonas com menos recursos de saúde, bem como as que têm dificuldade em deslocar-se por sintomas físicos. Esta revisão mostrou que a utilização do telefone para gestão de sintomas dos sobreviventes de cancro teve benefício na melhoria da sua qualidade de vida. Refere ainda que através da eHealth podem ser realizadas algumas intervenções de enfermagem com foco na gestão de sintomas relacionados com os tratamentos oncológicos e com a própria doença oncológica, na promoção da adesão terapêutica e do autocuidado. Contudo, nalguns casos específicos a intervenção através do telefone pode não ser suficiente, necessitando de uma avaliação pessoalmente, além de que é necessário que a utilização destas ferramentas de tecnologias de informação e comunicação estejam, regulamentadas para o seu uso na prática clínica (especificidade dos Estados Unidos a que se referem os artigos incluídos)

Título do Artigo/Estudo, Autor, Ano Publicação	Quality of telephone-based cancer symptom management by nurses: a quality improvement project Stacey, D., Ludwing, C., Jolicoeur, L., Carley, M., Balchin, K., Jibb, L., Martelli, L 2020 Supportive Care in Cancer, 2021, No.29, p. 841-849
Objetivos/Questão de Investigação	Avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem na gestão de sintomas via telefone, utilizando as guidelines definidas na Pan-Canadian Oncology Symptom Triage and Remote Support (COSTaRS) para gestão de 15 sintomas, quando comparados com a não utilização destas guidelines. Pretende-se ainda avaliar o impacto deste contacto via telefone nos resultados na pessoa e no sistema de saúde
Desenho do estudo e Metodologia	Projeto de melhoria da qualidade. Foi constituída uma equipa de investigadores que posteriormente analisou 113 chamadas telefónicas previamente gravadas, das quais foram seleccionadas 66 (58%) por se referirem a sintomas COSTaRS. Estas últimas foram alvo de análises através de uma ferramenta própria – Symptom Management Analysis Tool (SMAT) que permite avaliar a qualidade da gestão dos sintomas realizada pelos enfermeiros
Participantes	Pessoas com doença oncológica que tenham realizado tratamento de quimioterapia nos 60 dias anteriores e que tenham reportado pelo menos um COSTaRS sintoma relacionado com o tratamento. 24 enfermeiros que realizaram os contactos telefónicos a estas pessoas
Resultados/Conclusões	O estudo salienta que um serviço de triagem via telefone realizado por enfermeiros à pessoa com doença oncológica é uma ferramenta que permite a melhoria dos sintomas, a promoção do autocuidado, a continuidade dos cuidados, o acesso a cuidados especializados, a redução de idas ao serviço de urgência e do número de internamentos, com consequente diminuição dos custos em saúde. Atenta ainda na importância da existência de guidelines baseadas em evidência científica (COSTaRS) e que permitam uma gestão de sintomas consistente por parte da equipa de enfermagem, ao mesmo tempo que permite a individualização dos cuidados. Da amostra de chamadas telefónicas seleccionadas e analisadas, 91% era referente a sintomatologia de grau leve ou moderado, sendo possível a sua gestão no domicílio. Contudo, apenas 33% dos enfermeiros documentaram as suas intervenções com base na COSTaRS, tendo estas um score mais elevado na SMAT do que os enfermeiros que não basearam as suas intervenções na COSTaRS. Estes últimos resultaram num maior número de encaminhamentos para os serviços de urgência e menor utilização de estratégias de gestão sintomática. Como intervenções de enfermagem nestes contatos telefónicos são referidos maioritariamente o ajuste de medicação de acordo com o sintoma, as estratégias de promoção do autocuidado relevantes para a gestão

	do sintoma e o encaminhamento (agendamento presencial, observação por médico oncologista, serviço de urgência, médico de família). O artigo salienta ainda um estudo no Canadá revelou que cerca de 85% dos sintomas podem ser geridos via telefone por enfermeiros de prática avançada; contudo revela-se importante o uso de ferramentas para gestão de sintomas e a necessidade do registo das intervenções de enfermagem
--	--

Título do Artigo/Estudo, Autor, Ano Publicação	eHealth Education Doorenbos, A., Jang, M., Li, H., Lally, R. 2020 Clinical Journal of Oncology Nursing, 2020, Vol. 24, No.3, p. 42-48
Objetivos/Questão de Investigação	Descrever quais as ferramentas eletrónicas e digitais relacionadas com saúde (eHealth), que podem ser aplicadas nos processos educacionais em oncologia.
Desenho do estudo e Metodologia	Artigo de revisão baseado na análise de estudos de caso em que as tecnologias eHealth (aplicações e mensagens de texto, programas on-line, áudio e videochamadas) foram utilizadas na educação para a saúde em oncologia.
Participantes	Enfermeiros, utentes e cuidadores
Resultados/Conclusões	Esta revisão salienta que as chamadas via áudio são um método viável e eficaz para promover o suporte educacional e o empoderamento à pessoa com cancro e aos seus cuidadores em todas as fases da doença, sendo uma mais-valia se as intervenções educacionais estiveram estruturadas através de ferramentas próprias. Assim, a utilização de chamadas via áudio deverá ser sempre considerada como uma ferramenta a utilizar aquando do planeamento de cuidados, dando também oportunidade a que exista uma comunicação em tempo real e com baixo custo monetário para as pessoas que não vivem perto da instituição de saúde

Título do Artigo/Estudo, Autor, Ano Publicação	Oncology Nurse Navigation Rowett, K. & Christensen, D. 2020 Clinical Journal of Oncology Nursing, 2020, Vol. 24, No.3, p. 24-31
Objetivos/Questão de Investigação	Descrever o papel do enfermeiro <i>navigator</i> em oncologia (ONN) enquanto prestador de cuidados e um recurso virtual para os doentes.
Desenho do estudo e Metodologia	Artigo de revisão da literatura sobre telesaúde, enfermeiro <i>navigator</i> e tecnologia.
Participantes	Enfermeiros <i>navigator</i>
Resultados/Conclusões	A revisão apresentada salienta que o enfermeiro <i>navigator</i> mobiliza o seu conhecimento científico, o processo de enfermagem e as suas competências/habilidades na sua prestação de cuidados. A comunicação por telefone é considerada uma forma de ultrapassar barreiras na prestação de cuidados por parte do ONN, salientando-se as seguintes intervenções: promoção da saúde; educar sobre processo de doença, os tratamentos e os seus efeitos secundários; educar sobre cuidados paliativos e em fim de via; promover a adesão terapêutica; gerir expectativas do doente e família, mantendo-os informados; dar apoio aos sobreviventes, ensinando e gerindo toxicidades tardias; encaminhar para recursos da instituição ou da comunidade; proporcionar apoio emocional; esclarecer dúvidas. O artigo de revisão atenta que o uso de áudio e vídeo tem vantagens sobre o uso de apenas o contato telefónico já que permite observar o doente em tempo real. O uso de tecnologias diminui os custos monetários e poupa tempo nas deslocações, permitindo a aproximação do doente e família dos cuidados de enfermagem

Título do Artigo/Estudo, Autor, Ano Publicação	Acceptability of telephone support as perceived by patients with cancer: a systematic review Liptrott, S., Bee, P., Lovell, K. 2017 European Journal of Cancer Care, 2017, Vol. 27 (1), e12643
Objetivos/Questão de Investigação	Identificar a evidência e sintetizar um quadro de referência com as perceções dos doentes sobre a satisfação e aceitação das intervenções realizadas via telefone.

Desenho do estudo e Metodologia	Pesquisa sistemática da literatura realizada entre Março de 2013 e Setembro de 2014 em 13 bases de dados, da qual foram retirados 48 artigos que incluíam 50 estudos.
Participantes	Estudos com pelo menos 75% de população com idade superior a 18 anos com diagnóstico de cancro e que receberam intervenções durante ou após o tratamento para o cancro
Resultados/Conclusões	Foram identificadas 3 categorias de intervenção: - O follow-up telefónico (FUT) no qual eram monitorizados os sintomas do cancro e fornecida informação e apoio após o diagnóstico e o tratamento; é referida a importância de uma intervenção estruturada que organize os tópicos a serem abordados. Alguns participantes dos estudos descrevem esta forma de consulta como sendo apressada e impessoal. - A monitorização dos efeitos secundários do tratamento e a gestão de toxicidades, realizados durante e após os tratamentos, e que incluíam intervenções com foco na gestão dos efeitos adversos, nos mecanismos de <i>coping</i>, na educação e no fornecimento de informação; o telefone é visto como uma ferramenta que permite uma aproximação confortável e rápida com o profissional de saúde para manifestar as preocupações/problemas. Salienta-se a importância de uma intervenção estruturada, com a duração da chamada definida e que o doente possa escolher se quer ou não ser contactado. - As intervenções psico-educacionais via telefone, realizadas não só por enfermeiros, mas também por psicólogos, psicoterapeutas, entre outros e que incluíam treino de capacidades, resolução de problemas, resolução de problemas de intimidade, aconselhamento, estratégias de <i>coping</i>. Estas intervenções via telefone eram consideradas úteis e descritas como positivas pela disponibilidade e suporte emocional por parte do profissional de saúde. Alguns estudos descrevem que o doente prefere uma intervenção em grupo ou pessoalmente. Mais uma vez é salientada a importância de uma intervenção estruturada. Os doentes consideram as intervenções (exceto as de FUT) por telefone positivas e convenientes já que facilitam a organização da vida pessoal e poupam tempo e dinheiro em viagens. Os contactos telefónicos eram bem aceites e as intervenções realizadas eram consideradas úteis. Em 3 estudos é mencionado que os doentes ficam mais satisfeitos com o contacto telefónico do que com a deslocação à instituição de saúde. A opinião sobre a relação estabelecida com o profissional de saúde não é unânime; alguns estudos apontam que através do telefone não é tão fácil expressar emoções e o suporte dado é menor do que presencialmente, outros estudos revelam opiniões positivas sobre a relação doente-profissional de saúde. As intervenções através do contacto telefónico tornam-se imediatas, permitindo a continuidade de cuidados e uma rápida resposta e partilha de informação sobre questões práticas, contudo, é importante que tal também seja a vontade dos doentes e que se garanta a individualidade dos mesmos.

Título do Artigo/Estudo, Autor, Ano Publicação	Nursing Intervention to Enhance Outpatient Chemotherapy Symptom Management: Patient-Reported Outcomes of a Randomized Controlled Trial Traeger, L., McDonnell, T., McCarty, C., Greer, J., El-Jawahri, A., Temel, J. 2015 Wiley Online Library
Objetivos/Questão de Investigação	Promover a gestão precoce dos sintomas e reduzir o agravamento dos doentes que iniciam tratamento de quimioterapia. Foram colocadas as hipóteses de que o grupo alvo da intervenção iria reportar menos sintomas do que o grupo de controlo, bem como iria reportar uma maior satisfação para com os cuidados e iria ter menor probabilidade de apresentar sintomas de ansiedade e de depressão.
Desenho do estudo e Metodologia	Estudo randomizado controlado entre Outubro de 2013 e Novembro de 2014 que dividiu 120 doentes em 2 grupos: grupo de controlo e grupo de intervenção (alvo de contacto telefónico). O contacto telefónico era estruturado previamente, com um tempo aproximado de 15 minutos. Após o 1º ciclo (1 a 3 dias depois) era realizado um primeiro contacto dirigido a questões e preocupações sobre o tratamento e a medicação de suporte; o segundo contacto telefónico (4 a 6 dias depois da administração de tratamento) dirigido para os efeitos adversos que pudessem já estar presentes. No 2º ciclo os contactos telefónicos eram realizados com a mesma periodicidade.
Participantes	Doentes com idade superior a 18 anos com diagnóstico de cancro da mama, pulmão e colorretal com estadios de I a III que iriam iniciar tratamento de quimioterapia para doença não metastática
Resultados/Conclusões	Em ambos os grupos verificou-se que mais de 50% dos doentes referiram a presença de falta de energia ou sonolência; ansiedade e depressão foram os sintomas menos manifestados, não sendo a sua probabilidade de aparecimento diminuída com o passar do tempo. No geral a satisfação dos doentes para com os cuidados prestados era elevada. Assim, as hipóteses colocadas não foram confirmadas. No entanto, cerca de 93% dos doentes do grupo da intervenção consideraram que a mesma foi útil, referindo que o contacto telefónico por parte do enfermeiro era mais reconfortante e tranquilizador do que útil para um problema específico, tornando-se ainda vantajoso para os doentes que só contactariam o enfermeiro caso estivessem com sintomas severos. A intervenção realizada não permitiu avaliar a longo prazo as hipóteses colocadas. Conclui-se que deveriam ser privilegiados meios facilitadores de contacto entre os enfermeiros e os doentes sobre quimioterapia já que os mesmos são apropriados e aceites.

Título do Artigo/Estudo, Autor, Ano Publicação	A nurse practitioner-led model of care improves access, early assessment and integration of oncology services: an evaluation study Oatley, M., Fry, M. 2020 Supportive Care in Cancer, No.28, p. 5023-5029
Objetivos/Questão de Investigação	Investigar se um modelo de cuidados liderado por enfermeiros poderá reduzir as idas hospitalares ao serviço de urgência através de (i) linha telefónica de apoio para doentes e famílias, (ii) avaliação clínica urgente e (iii) serviço de consulta no Serviço de Tratamento.
Desenho do estudo e Metodologia	Estudo de avaliação de 337 chamadas telefónicas que durou 7 meses
Participantes	157 doentes com mais de 16 anos que estivessem sob tratamento e ainda os seus familiares/cuidadores e os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários.
Resultados/Conclusões	Os principais motivos dos contatos telefónicos efetuados para a linha de apoio foram a necessidade de gestão de sintomas e de ensinios sobre os tratamentos. Em 56% dos contatos os enfermeiros deram aconselhamento, informação e realizaram ensinios, em 22% encaminharam para outro profissional de saúde e em 11% encaminharam para observação médica (menos de metade foram admitidos diretamente no serviço de urgência). Verificou-se que a implementação deste modelo de cuidados diminuiu as idas ao serviço de urgência, tendo melhorado e facilitado a gestão de sintomas bem como a avaliação precoce dos mesmos. Para agilizar as consultas telefónicas foi utilizada uma ferramenta validada no serviço (UK ONS <i>Triage Tool</i>) – a evidência demonstra a importância de ter ferramentas que estructurem as linhas telefónicas de apoio para melhor avaliar, gerir e referenciar os doentes de acordo com as suas toxicidades. Os doentes e famílias referiram estar muito satisfeitos com a linha de apoio, sendo as informações transmitidas claras e que contribuíram para a melhoria da sua qualidade dos cuidados oferecidos, bem como para a proximidade para com a instituição de saúde. Todos os contatos telefónicos foram registados no sistema informático clínico.

Título do Artigo/Estudo, Autor, Ano Publicação	Effects of Nurse-Led Telephone-Based Supportive interventions for patients with cancer: a meta-analysis Suh, S-R., Lee, M.K. 2017 Oncology Nursing Forum, Vol. 44, No. 4
Objetivos/Questão de Investigação	Identificar quais os efeitos das intervenções de suporte realizadas pelos enfermeiros através do contato telefónico nos doentes com cancro e de que forma influenciam os sintomas da doença, o sofrimento emocional, o autocuidado, a adaptação, a qualidade de vida e a satisfação dos doentes. O estudo pretende ainda identificar quais os possíveis motivos para a heterogeneidade dos resultados de estudos anteriores
Desenho do estudo e Metodologia	Meta-análise de 16 estudos randomizados controlados e não randomizados controlados com dados sobre 2912 doentes, sendo comparados os doentes que receberam intervenções de suporte através do contato telefónico dos enfermeiros, com os doentes que tiveram os cuidados standard
Participantes	2912 doentes com cancro com idade igual ou superior a 18 anos com diagnóstico de cancro, sendo excluídos todos os que tivessem doença metastática, incurável ou terminal. Enfermeiros que conduziam as intervenções através do telefone.
Resultados/Conclusões	Dos artigos analisados compilaram-se as seguintes intervenções realizadas por enfermeiros através do contato telefónico: gestão de sintomas do cancro, avaliação e gestão de efeitos adversos dos tratamentos, adesão à terapêutica oral, aconselhamento sobre estilos de vida saudável (exercício físico e dieta), aconselhamento sobre sexualidade e ajuste da mesma, suporte educativo, suporte psicológico e suporte social, promoção da adaptação emocional e interpessoal, educação para a saúde sobre o tipo de cancro, o tratamento a realizar e a gestão dos efeitos adversos expectáveis, referência para outros profissionais de saúde, apoio junto da família e das suas preocupações. Identificou-se que nos grupos onde foram realizadas intervenções de enfermagem através do contato telefónico houve uma melhoria significativa da capacidade para o autocuidado, uma diminuição moderada nos sintomas relacionados com o cancro, e uma redução, ainda que pequena, do sofrimento emocional e da melhoria da qualidade de vida. Não se verificaram diferenças no que concerne à adaptação e à satisfação dos doentes. O estudo refere ainda a importância da comunicação realizada e das informações fornecidas serem adaptadas à pessoa e família, com base nos seus conhecimentos e na sua fase de doença, promovendo um cuidado centrado na pessoa que tenha em conta as suas perspetivas, necessidades, preferências, nível de sofrimento emocional e qualidade de vida. No que concerne aos efeitos adversos dos tratamentos os mesmo deverão ser realizados de forma contínua.

APÊNDICE IV

**Hospital de Dia A2 – Consulta de Enfermagem de 1ª vez de quimioterapia e
Consulta de Enfermagem subsequente
Necessidades de educação da pessoa e família**

**HOSPITAL DE DIA A2 – CONSULTA DE ENFERMAGEM DE 1ª VEZ DE
QUIMIOTERAPIA E CONSULTA DE ENFERMAGEM SUBSEQUENTE
- NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO DA PESSOA E FAMÍLIA -**

No Hospital de Dia A2 as consultas de enfermagem (CE) no que concerne ao tratamento de quimioterapia são feitas presencialmente. A CE de 1ª vez de quimioterapia é feita no dia do primeiro ciclo de tratamento e a CE subsequente, é realizada no primeiro dia do 2º ciclo de tratamento (ou no dia 8 do 1º ciclo caso o mesmo corresponda a tratamento presencial).

Foram observadas 3 CE de 1ª vez de quimioterapia e 2 CE subsequentes, tendo cada uma delas uma estrutura própria, para que a transmissão de informação seja fracionada e priorizada. Não obstante todas as CE são sempre adaptadas à pessoa e família, aos seus conhecimentos prévios e necessidades de educação.

Tratando-se de uma CE de 1ª vez de quimioterapia, é realizada a apresentação da enfermeira e feito o acolhimento ao serviço, seguindo-se a colheita de dados, enquanto primeira etapa do processo de enfermagem e que irá permitir um conhecimento mais aprofundado da pessoa e família. Posteriormente, e através da abordagem dos pontos abaixo mencionados, são estabelecidos diagnósticos de enfermagem e planeadas intervenções, com o objetivo de dar resposta às necessidades de educação identificadas e promover a adaptação das atividades de vida diária, através da capacitação para o autocuidado.

1 - Colheita de dados:

Escolaridade e Profissão	Situação profissional atual
Pessoa de referência e contato	Situação sócio-familiar
Rede de apoio	Centro de Saúde
	Médico de Família
Informação clínica	Antecedentes pessoais
	Medicação
	Alergias
	Hábitos alcoólicos, tabágicos e toxicofílicos
	Próteses
	Cateteres ou outros dispositivos externos
	Cirurgias anteriores
	Percurso da doença atual

De seguida são abordados alguns temas com o objetivo de responder às seguintes necessidades:

2 – Conhecimento sobre a saúde:

Doença	Etiologia
	Sinais e Sintomas
	Efeitos locais e sistémicos
	Evolução
	Doenças intercorrentes
	Prognóstico
Tratamento	Tipo e Duração
	Periodicidade e número de ciclos preconizados
	Efeitos expectáveis
Medidas a tomar em caso de:	Alteração da temperatura corporal
	Sinais de hemorragia
	Alterações cutâneas
	Alterações respiratórias
	Alterações neurológicas
	Alterações na eliminação

3 – Conhecimentos sobre a adaptação das atividades de vida diárias (AVD's) à situação clínica:

Segurança Alimentar	Alimentos não permitidos
	Higienização das mãos, dos alimentos e desinfecção dos utensílios e superfícies
	Controlo adequado da temperatura de conservação, preparação e confeção dos alimentos (cozedura completa com evicção de crús)
Higiene Pessoal, Vestuário e Calçado	Cuidados na higienização das mãos
	Cuidados na higiene oral
	Alterações da cavidade oral
	Cuidados na higiene corporal
	Cuidados à pele, cabelo/prótese capilar, unhas e mucosas
	Utilização de produtos de higiene, cremes, loções e cosméticos
	Cuidados no barbear/depilação
	Uso, limpeza e manutenção do vestuário/calçado
Temperatura Corporal	Estratégias para gerir a temperatura corporal
	Dispositivos de climatização
	Ajudas técnicas

4 – Gestão dos cuidados para a saúde:

Riscos do Ambiente	Estratégias de adequação das condições do domicílio e aos locais públicos
	Higienização da habitação
	Evicção de flores e plantas naturais no local de maior permanência
	Evicção de contato direto com dejetos de animais
	Afastamento dos locais de limpeza
	Importância da adesão a práticas de saúde preventivas
	Cuidados com dispositivos médicos
Terapêutica e Medicação	Gestão das tomas
	Posologia, modo de administração e armazenamento
	Advertências e precauções de utilização
	Importância da adesão terapêutica

5 – Esclarecimento de dúvidas;

6 – Encaminhamento para outros cuidados de saúde:

Consulta de Enfermagem
Psicólogo
Dietista
Assistente Social
Centro de Saúde

7 – Apoios ao utente:

Materiais educativos	Guia de acolhimento ao serviço
	Guia orientador de quimioterapia
	Folheto informativo de neuropatia periférica
Contatos	Contato do hospital
	Contato do Hospital de Dia
Recursos da Comunidade	Associações de Apoio
	Informação sobre atestado multiusos
	Identificação de benefícios fiscais

No que concerne à CE subsequente, a mesma permite avaliar os ensinamentos realizados na CE de 1ª vez, bem como reformular intervenções e resultados esperados aquando da sua necessidade. Ainda nesta CE subsequente pretende-se que sejam abordados outros temas que podem ser alvo de intervenções de enfermagem com vista à promoção do autocuidado através de processos educacionais, mediante os diagnósticos levantados.

1 – Conhecimentos sobre a adaptação das AVD's à situação clínica:

Respiração	Padrão respiratório adaptado ao próprio
	Estratégias de compensação respiratória
	Reconhecimento de sinais e sintomas de afeção respiratória
Aporte Nutricional	Padrão adequado e adaptado de ingestão de alimentos e de líquidos
	Controlo e variação do peso
	Suplementos
Eliminação	Padrão de eliminação apropriado
	Estratégias facilitadoras de regulação
Movimento e Posição	Importância da manutenção da atividade física
	Ajuste da atividade
	Riscos associados à imobilidade
	Atividade ao ar livre e dispositivos de proteção
	Estratégias facilitadoras para a atividade física
	Ajudas técnicas
Atividade Familiar e Social	Estratégias de manutenção/adaptação ao papel familiar
	Estratégias de manutenção/adaptação ao papel social
	Importância do convívio com familiares e amigos próximos
	Restrições ao convívio e aos locais
Trabalho e Lazer	Importâncias dos principais papéis e responsabilidade pessoais
	Recursos de proximidade ao trabalho/escola (teletrabalho, videoconferência)
	Adaptação das atividades de lazer
Sono e Repouso	Respeitar os períodos de repouso
	Estratégias para estimular a atividade durante o dia
	Estratégias para adequar e gerir os períodos de sono/vigília
Sexualidade	Reconhecer a importância de informar sobre alterações (fertilidade, amenorreia/andropausa)
	Restrições ao contato sexual (higiene, contraceção de barreira)
	Estratégias facilitadoras da conjugalidade
	Estratégias facilitadoras para a promoção da auto-imagem
	Estratégias facilitadoras da expressão da feminilidade/masculinidade
Comunicação	Barreiras à comunicação e interação social
	Estratégias de adaptação (próteses, acessórios)

2 – Gestão dos cuidados para a saúde:

Intervenções de Cuidados de Saúde	Reconhecer a importância de informar sobre a sua condição
	Revacinação ou vacinação sazonal

3 – Situações especiais:

Viagens	Gestão do plano global de viagem – tipos de transportes, alojamento, serviços de saúde
	Acondicionamento adequado e autorização de transporte da medicação – relatório médico
	Consulta do viajante
	“Kit” médico e de higiene pessoal
	Vestuário, calçado e acessórios adequados ao destino

Quer na CE de 1ª vez, como na CE subsequente, tudo o que é abordado entre o enfermeiro e o doente/família é registado em campo próprio informatizado. Assim, além dos dados obtidos na colheita de dados, são levantados diagnósticos de enfermagem, sendo o diagnóstico de “Conhecimento sobre a saúde: diminuído” (CIPE®, 2011, p.45) sempre levantado, bem como outros que tenham sido realizados de acordo com a situação de cada utente/família. As intervenções realizadas, que espelham os processos educacionais não só sobre o tratamento, mas também sobre a doença, os efeitos secundários espectáveis e a adaptação das AVD's ficam também registados, sendo posteriormente avaliados nas consultas subseqüentes, dando sempre oportunidade para alterar (e registar) novas intervenções e novos diagnósticos de enfermagem. Nestas CE o ensino é realizado baseando-se num sistema de apoio-educação com o objetivo de prevenir complicações através da promoção da capacitação da pessoa e da família para o autocuidado.

APÊNDICE V

Estudo de Caso – Hospital de Dia A2

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na
Opção de Enfermagem Oncológica**

Estudo de caso

**Promoção do autocuidado de uma jovem adulta com
Linfoma de Hodgkin: contributos da consulta de
enfermagem**

Carla Patrícia Gonçalves Nazareth



**Lisboa
Novembro 2021**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na
Opção de Enfermagem Oncológica**

Estudo de caso

**Promoção do autocuidado de uma jovem adulta com
Linfoma de Hodgkin: contributos da consulta de
enfermagem**

**Carla Patrícia Gonçalves Nazareth
Nº 216**



Professora Orientadora:

Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá



**Lisboa
Novembro de 2021**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
A PESSOA, FAMÍLIA E O CONTEXTO DE VIDA	5
CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	20

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa iniciei um estágio num Hospital de Dia de Hematologia de um hospital público do distrito de Lisboa com o objetivo de desenvolver competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa com doença oncológica. Segundo a *Oncology Nursing Society* (ONS) o enfermeiro especialista é aquele que não só presta cuidados de enfermagem centrados na pessoa e família como também os reconhece enquanto parte integrante de todo o processo de doença, sendo os mesmos agentes ativos nas decisões que são tomadas (ONS, 2007; ONS 2019). É ainda um enfermeiro que baseia a sua prática de cuidados nas suas experiências e nas da pessoa e família, bem como numa procura constante de evidência científica (ONS, 2007; ONS 2019).

Um dos objetivos específicos delineados foi a colaboração nos cuidados de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa com cancro no âmbito da consulta telefónica de enfermagem. Assim, e como evidência deste meu objetivo, considerei essencial a realização do presente estudo de caso de forma a ser aprofundado o conhecimento sobre uma pessoa e família em toda a sua complexidade, permitindo-me não só adquirir e aprofundar conhecimentos, mas também espelhar as intervenções do enfermeiro de prática avançada na promoção do autocuidado através da consulta de enfermagem, relevando a importância dos tratamentos em ambulatório para a manutenção da autonomia da pessoa com doença oncológica. A metodologia de estudo de caso irá permitir-me recolher e analisar dados, fundamentar as intervenções de enfermagem bem como uma tomada de decisão refletida após um processo de pensamento crítico, cujos princípios são os cuidados personalizados e individualizados da pessoa (Galdeano, Rossi, Zago, 2003).

Para a sua realização foi escolhida uma utente a quem expliquei os objetivos do presente trabalho, tendo sido dado o seu consentimento verbal para a prestação de cuidados e recolha de dados (incluindo no seu processo clínico), garantida total confidencialidade.

A abordagem da situação terá como modelo norteador o modelo conceptual de enfermagem de Dorothea Orem – A Teoria do Défice de Auto-cuidado em Enfermagem (TDACE) – e pretende-se que seja capaz de avaliar a compreensão da pessoa e família sobre a doença, tratamentos e os seus efeitos secundários, bem

como definir intervenções de enfermagem fundamentais para a promoção do autocuidado.

A PESSOA, FAMÍLIA E O CONTEXTO DE VIDA

O presente estudo de caso terá como foco a Sra. E.F, uma jovem adulta de 35 anos, nascida a 9 de julho de 1986. Ao longo deste trabalho será referida como Sra. E.

Natural de Viana do Castelo, a Sra. E. veio viver para o distrito de Lisboa há 13 anos acompanhada pelo namorado, com quem permanece numa união de facto até à presente data e do qual tem um filho de 5 anos. Residem numa freguesia do concelho de Loures, num apartamento com “boas condições” (sic). Estando a sua família na sua terra de nascimento, em Lisboa tem como pessoas significativas a sogra, assumindo-a como alguém com “quem pode contar para ajudar a criar o filho” (sic) e “muitos amigos” (sic), referindo-se a estes últimos como a sua principal rede de apoio.

Considerou-se sempre uma pessoa saudável não fazendo nenhuma medicação habitual e sem alergias conhecidas, até que em Abril de 2020, com 33 anos na altura, teve o aparecimento súbito de “umas borbulhas em todo o corpo e comichão” (sic), tendo recorrido ao seu médico de família. Durante quase um mês de seguimento não apresentava nenhuma melhoria e referia um aumento do prurido generalizado pelo que no dia 15 de Maio recorreu ao serviço de urgência do hospital onde nos encontrávamos à data desta colheita de dados. Após observação médica no qual as “borbulhas” (sic) foram descritas clinicamente como “pápulas no tronco, região nadegueira, membros superiores e inferiores (...) com algumas lesões com ulceração quase esboçando centro necrótico”, realizou análises de sangue, raio-x tórax e tomografia axial computadorizada (TAC). Segundo o diário clínico as análises revelaram alterações analíticas no que concerne à hemoglobina (10,9mg/dL), aos leucócitos (leucocitose de 16,52 μ L com neutrofilia de 82,6%, linfopenia de 8,7%), às plaquetas (499 μ L), à desidrogenase láctica (1322U/L), à proteína C reativa (11,7mg/Dl) e ainda à velocidade de sedimentação que se encontrava aumentada (superior a 30); o raio-x apresentava clinicamente uma “hipotransparência ocupando os dois terços superiores do hemitórax direito (...) e derrame pleural do mesmo lado”, o que motivou a realização de TAC tórax onde se descreve “volumosa massa mediastínica direita (...) de dimensões 15x15x12cm (...) condicionando compressão da veia cava superior e artéria pulmonar direita (...), derrame pleural à direita de moderado volume e derrame pericárdico com 18mm de espessura. Atelectasia parcial do pulmão direito (...)”. Com estas alterações fica então internada no mesmo hospital

com diagnóstico médico de “dermatose pruriginosa e massa mediastínica de etiologia a esclarecer”, mas já com forte suspeita de doença hematológica.

A Sra. E. descreveu que esteve um total de 5 dias internada nos quais realizou “várias biópsias” (sic); refere ainda que o internamento decorreu sem intercorrências, sendo a sua única queixa o prurido já pré-existente. Contudo, o diário clínico mencionava um episódio de tosse e dispneia com ortopneia e com perfil de oximetrias periféricas de 91% a ar ambiente, com necessidade de aporte suplementar de O₂ a 3L/min e administração de broncodilatadores e diuréticos. Este mesmo episódio motivou um pedido de realização de ecocardiograma transtorácico por suspeita de colapso hemodinâmico, nomeadamente tamponamento cardíaco que não se veio a verificar, apesar de existir um derrame pericárdico moderado. O pericárdio tem na sua constituição 2 folhetos cujo espaço entre os mesmos, em situações normais, acomoda cerca de 20 a 50mL de fluído; quando existe a acumulação de líquidos neste espaço (derrame pericárdico) pode originar-se uma compressão lenta ou rápida do coração, ou seja, um tamponamento cardíaco, situação está que põe em risco a vida (Domingues, 2012; *European Society of Cardiology* (ESC), 2015). São várias as suas etiologias, sendo que os casos de situação mais arrastada coincidem com situações de neoplasias, como por exemplo os linfomas (Domingues, 2012; ESC, 2015). Domingues (2012) descreve que alguns dos sinais de tamponamento mais frequentes são a dispneia, ortopneia e tosse, sendo coincidentes com a sintomatologia apresentada pela Sra. E. Caso se tivesse vindo a revelar o diagnóstico médico de tamponamento cardíaco seria necessário drenar o líquido existente no pericárdio através de uma pericardiocentese (ESC, 2015).

No que concerne às biópsias, foi realizada uma biópsia cutânea ao nível do abdómen, após ter sido observada pela dermatologia, e outra à massa mediastínica. Após a alta, no dia 25 de Maio teve conhecimento do seu diagnóstico: linfoma de Hodgkin clássico subtipo esclerose nodular, respeitante à massa mediastínica, e prurigo nodular referente às lesões cutâneas. Relativamente ao prurigo nodular sabe-se que é uma doença cuja causa é desconhecida, mas que se caracteriza por lesões nodulares da pele associadas a um prurido intenso (Elmariah, Kim & Berger, 2020). Os mesmos autores, corroborando com Hiranmanek (2004) referem que não havendo melhoria ao fim de duas semanas das lesões e do prurido através de terapêutica sintomática deverão ser realizados exames médicos de forma a perceber se o seu aparecimento está relacionado com alguma doença sistémica, onde se inclui o linfoma de Hodgkin.

Os linfomas caracterizam-se por serem doenças malignas das células do sistema linfóide aquando da sua acumulação nos gânglios linfáticos (podendo ainda infiltrar outros órgãos), dividindo-se em dois grandes grupos: o linfoma de Hodgkin e os linfomas não-Hodgkin (Rodrigues, 2007; Machado, 2013). O linfoma de Hodgkin, uma neoplasia de células B, inicialmente descrito por doença de Hodgkin, deve o seu nome a Thomas Hodgkin que em 1832 foi o primeiro a descrever a doença. Contudo, só mais tarde foram identificadas as células envolvidas nesta doença – células de Reed-Sternberg e células de Hodgkin – caracterizadas por serem “(...) gigantes e multinucleadas e mononucleadas (...)”, respetivamente, e que se encontram “(...) distribuídas num fundo de abundantes células não-neoplásicas inflamatórias e acessórias” (Machado, 2013). Por norma o diagnóstico é realizado em pessoas jovens (15-35), ou em adultos após os 55 anos, afetando mais homens do que mulheres (Rodrigues, 2007; Machado, 2013), o que corrobora com os dados mais recentes do Registo Oncológico Nacional (2018), que refere que em Portugal a incidência do LH foi de 325 novos casos (a maioria entre os 20 e os 35 anos), e o número de mortes de 43, verificando-se uma incidência e mortalidade ligeiramente superior nos homens do que nas mulheres. No que concerne à sua etiologia, Rodrigues (2007) e Machado (2013) referem existir um maior risco de desenvolvimento de LH quando há história prévia de infeção com o vírus Epstein-Barr (risco 3 a 4 vezes superior), com o herpes-vírus-8 e com o vírus da imunodeficiência adquirida (risco 10 vezes superior), quando há história pessoal de doença autoimune ou ainda história familiar de LH.

A manifestação predominante da Sra. E, o prurido associado ao aparecimento de lesões cutâneas, é um sintoma pouco comum, descrito apenas em cerca de 5% dos doentes (Machado, 2013). Outros sintomas podem ainda estar associados tais como febre, sudorese noturna, perda de peso e dor induzida pela ingestão moderada de bebidas alcoólicas ao nível das regiões linfáticas afetadas; todos estes sintomas são referidos de forma genérica como “sintomas B” e têm particular relevância para o estadiamento e prognóstico da doença (Daniel, 2000; Rodrigues, 2007; Machado, 2013). Os mesmos autores referem que na grande maioria dos doentes (cerca de 90%), a manifestação mais comum é o aparecimento de linfadenopatia superficial e indolor supradiaphragmática (cervical, mais frequentemente); quando a localização não é periférica, verifica-se ao nível do mediastino, observada por vezes em radiografia do tórax de rotina ou após o desenvolvimento de sintomatologia causada pelo seu crescimento, como sejam a tosse ou o desconforto e/ou dor torácica. Este último

ponto, apesar de não ter sido mencionado pela Sra. E., era coincidente com os sintomas descritos que apresentou durante o internamento aquando do diagnóstico.

De acordo com Machado (2013), citando a classificação da Organização Mundial de Saúde (2008), o LH divide-se histologicamente em Linfoma de Hodgkin de Predomínio Linfocítico Nodular (5%) e em Linfoma de Hodgkin Clássico (LHC) (95%); este último divide-se ainda em quatro subtipos: esclerose nodular, celularidade mista, rico em linfócitos e depleção linfocitária. O subtipo de LHC da Sra. E. - esclerose nodular - é o mais comum, sendo responsável por cerca de 70% de todos os casos e ocorre maioritariamente em mulheres jovens (Daniel, 2000; Machado, 2013); de todos os subtipos é o que apresenta melhor prognóstico (Townsend & Linch, 2012). Caracteriza-se por apresentar “(...) nódulos de tamanho variável separados por densas bandas de colagénio (...)” (Machado, 2013), e por frequentemente envolver o mediastino (80% dos doentes) (Daniel, 2000; Machado, 2013). Cerca de metade dos doentes com este subtipo de LHC apresentam doença mediastínica volumosa, a que se dá o nome de *bulky*, e cerca de 40% apresentam os denominados “sintomas B” (Machado, 2013), indo aqui também ao encontro dos achados descritos na tomografia de emissão de protões (PET) inicial realizada pela Sra. E.: “(...) doença volumosa mediastínica à direita, com contiguidade pulmonar e gânglios cervicais e infraclaviculares à direita”. Segundo Machado (2013), as guidelines do *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) recomendam que este exame de imagem seja utilizado no estadiamento inicial dos doentes com LH já que o mesmo é capaz de identificar com maior precisão do que a TAC a doença ganglionar e, sobretudo, a doença extraganglionar, de extrema importância para o estadiamento do LH e adequação da terapêutica a instituir.

Foi em 23 de Junho de 2020, em consulta de hematologia, que a Sra. E. foi informada de mais pormenores sobre a sua doença bem como qual seria o plano terapêutico. Foi-lhe dito que o seu linfoma era um estadio IIB desfavorável/intermédio e como tal teria de iniciar tratamento de quimioterapia caso a mesma aceitasse, tendo dito de imediato “quero muito fazer os tratamentos para ficar curada” (sic). Para o estadiamento clínico do LH é utilizada a classificação de Ann Arbor, tendo sido esta proposta pela primeira vez em 1971 numa conferência a que lhe deu o nome e modificada parcialmente no Encontro Cotswolds em 1988; esta classificação, dividida em quatro estadios, reflete o número de zonas envolvidas e a presença de doença acima ou abaixo do diafragma (Gobbi, Ferreri, Ponzoni, Levis, 2012). No caso específico da Sra. E., e de acordo com Gobbi *et al.* (2012), na classificação de Ann

Arbor um estadio II traduz-se por “envolvimento de duas ou mais regiões ganglionares ou estruturas linfóides do mesmo lado do diafragma (...)”, acrescentando-se “B” na presença de sintomas B, já descritos anteriormente – na inexistência destes sintomas é utilizada a letra “A”. Quanto à designação de desfavorável/intermédio pertence a um de 3 grupos de risco que se baseiam em dois sistemas de prognóstico, o German Hodgkin’s Study Group (GSH) e o European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) (Machado, 2013). Assim, e de acordo com estes dois sistemas, o LH pode classificar-se como inicial favorável, aquando de um estadio I-II sem fatores de risco (segundo a GSH e a EORTC), classifica-se em inicial desfavorável ou intermédio na presença de um estadio clínico I-IIA com um ou mais fatores de risco ou estadio clínico IIB sem massa mediastínica volumosa ou doença extraganglionar (segundo a GSH) ou na presença de um estadio clínico I-II com um ou mais fatores de risco (segundo a EORTC) e classifica-se em avançado aquando de um estadio IIB com massa mediastínica volumosa ou doença extraganglionar ou estadio clínico III-IV (segundo a GSH) ou aquando de um estadio clínico III-IV (segundo a EORTC) (Townsend & Linch, 2012). De acordo com os mesmos autores no que concerne aos fatores de risco a GSH define os mesmos como 3 ou mais regiões ganglionares envolvidas, massa mediastínica volumosa, velocidade de sedimentação igual ou superior a 50mm/h sem sintomas B ou velocidade de sedimentação igual ou superior a 30mm/h com sintomas B, doença extraganglionar; a EORTC refere como fatores de risco quatro ou mais regiões ganglionares envolvidas, massa mediastínica volumosa, velocidade de sedimentação igual ou superior a 50mm/h sem sintomas B ou velocidade de sedimentação igual ou superior a 30mm/h com sintomas B, idade igual ou superior a 50 anos. Posto isto, e apesar de não estar descrito na informação clínica, depreende-se que foi utilizado o sistema de prognóstico EORTC – estadio I-II com um ou mais fatores de risco (presença de bulky e de velocidade de sedimentação superior a 30mm/h com sintomas B), indo ao encontro de Gobbi *et al.* (2012) quando refere que segundo a EORTC, o estadio IIB, mesmo com presença de *bulky*, pode ser incluindo numa fase de doença inicial desfavorável, pertencendo a um grupo intermédio de prognóstico.

Machado (2013), salienta a importância do estadiamento clínico para que seja definido um prognóstico e para uma melhor adequação da terapêutica. De acordo com a Sra. E., e confirmado em diário clínico, o tratamento que lhe foi proposto foi a quimioterapia que “(...) associada ou não à radioterapia, é o pilar do tratamento do LH, cuja intensidade é adaptada ao risco de recidiva” (Marques, 2017), “(...) não

esquecendo a potencial toxicidade tardia” (Machado, 2013). Assim a 30 de Junho de 2020, com o seu consentimento informado, iniciou os tratamentos de quimioterapia com o protocolo ABVD (adriamicina, bleomicina, vinblastina e dacarbazina), sendo proposta inicialmente para a administração de 2 ciclos (a cada 28 dias – com administração de quimioterapia endovenosa no dia 1 e no dia 14 de cada ciclo), realização de PET de controlo (denominada de “interina”) com decisão, de acordo com resposta, para administração de mais 2 ou 4 ciclos de ABVD e, posteriormente, radioterapia. Com base em ensaios clínicos, os autores corroboram entre si ao referirem que pela taxa de efetividade e menor toxicidade, quer a curto quer a longo prazo, num estadio inicial desfavorável a terapêutica *standard* ficou estabelecida como sendo quimioterapia com 4 ciclos com protocolo ABVD seguido de radioterapia (Townsend & Linch, 2012; Gobbi *et al.*, 2012; Machado, 2013; Borchmann, Plütschow & Kobe, 2021). A administração de quimioterapia decorreu sem intercorrências, tendo cumprido todos os ciclos sem necessidade de adiamento. Como havia sido proposto ao fim dos dois primeiros ciclos realizou PET interina cuja interpretação foi realizada através da escala validada e internacionalmente recomendada de 5 pontos de *Deauville* (Cheson, Fisher & Barrington, 2014), apresentando um *Deauville* 3 que segundo os mesmos autores caracteriza-se como uma resposta completa. Teve indicação clínica para realizar mais 4 ciclos de quimioterapia com protocolo ABVD devido à “extensão inicial da doença”, de acordo com informação clínica, e posteriormente repetiu a PET que traduzia uma “(...) resposta favorável à terapêutica instituída – *Deauville* 2/3”; tendo sido de seguida referenciada a consulta de radioterapia e por, de acordo com informação clínica, “resposta metabólica completa, PET negativa (...)”, foi decidido que não se justificava a realização de tratamentos de radioterapia. A radioterapia, apesar de toda a evolução ao longo dos últimos anos, não deixa de ter efeitos adversos que continuam a ser alvo de preocupação e que poderão interferir na qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. No caso específico da radioterapia realizada em mulheres jovens com LH existe uma particular preocupação com o aumento de número de casos de cancros de mama nesta população, a que acresce também um maior risco, a longo prazo do desenvolvimento de hipotireoidismo e doenças cardiovasculares (Machado, 2013; Borchmann *et al.*, 2021). Considerando que o LH afeta maioritariamente jovens adultos é de grande relevância que se acautelem as complicações dos tratamentos não só a curto, mas também a médio e longo prazo, sendo relevante perceber se, neste caso específico, a radioterapia terá influência no prognóstico. Ao longo dos anos têm sido

desenvolvidos alguns ensaios clínicos nesse sentido, sendo que de acordo com o artigo de investigação de Borchmann *et al.* (2021) e a revisão de Lynch (2016) concluiu-se que as pessoas diagnosticadas com LH em estadio inicial desfavorável que tenham resposta completa identificada na PET interina e na PET após término dos tratamentos de quimioterapia e não realizem radioterapia têm uma sobrevida global idêntica às pessoas submetidas a tratamento de radioterapia.

Em Dezembro de 2020, após o término dos tratamentos propostos e com indicação de ter “entrado em remissão” (sic) a Sra. E. teve como recomendação médica a vigilância trimestral durante dois anos. Na reavaliação de Maio de 2021, apesar de assintomática, o controlo analítico revelou uma velocidade de sedimentação de 54mm/h, o que levou a equipa médica a programar PET por eventual progressão de doença. Ao fim de três meses, em Agosto, a PET que realizou era sugestiva de recidiva da doença revelando “alterações compatíveis com doença linfoproliferativa em atividade”, confirmada posteriormente por biópsia realizada em Outubro e que deu lugar a um re-estadiamento para estadio IIIA avançado que de acordo com Gobbi *et al.* (2012) é caracterizado por envolvimento de regiões ganglionares ou estruturas linfóides em ambos os lados do diafragma, sem sintomas B. Marques (2017) refere que apesar da grande maioria dos doentes poder ser potencialmente curado, não deixa de existir uma probabilidade de recidiva, cuja taxa varia de 10 a 15% nos estadios localizados favoráveis e de 30 a 50% na doença avançada (Machado, 2013). A maioria das recidivas ocorre nos primeiros 3 anos após término do tratamento de indução (50% nos primeiros 12 meses e 25% entre 1 a 3 anos), contrastando com as recidivas tardias que representam apenas cerca de 3,5% (Machado, 2013; Marques, 2017).

Com estas notícias, sobre as quais a Sra. E. se referia como “a bomba”, veio também a proposta de iniciar novo tratamento. Foi nesta altura, em Novembro de 2021, por ocasião da consulta de enfermagem presencial, que se deu o nosso primeiro contato e prestação de cuidados de enfermagem onde me deparei com uma jovem de aspeto cuidado, pele e mucosas coradas e hidratadas e que apesar de aparentemente calma, se encontrava apreensiva não pela retoma dos tratamentos de quimioterapia, mas pelo facto dos mesmos significarem que não estava curada. Não sendo a primeira vez que fazia tratamento de quimioterapia era importante perceber quais os conhecimentos que já teria sobre os efeitos secundários da mesma pelo que foi questionada sobre quais seriam os cuidados a ter, quais os sinais de alarme para contactar o serviço ou recorrer ao serviço de urgência e se ainda se recordava da

terapêutica de suporte que deveria ter no domicílio. Apesar de cordial e das questões colocadas foi muito pouco comunicativa, estando orientada auto e alopsiquicamente, mas não dando abertura para explorar quais as suas reais necessidades de ensino nesta fase da doença, nem quais os recursos que poderiam ser necessários, como por exemplo o apoio por parte de psicólogo ou de nutricionista. No que concerne a esta consulta de enfermagem, com estrutura própria e integrada nos cuidados de enfermagem deste hospital de dia, é importante referir, tal como Andrade (2012) salienta, que a mesma é dotada de conhecimentos técnico-científicos complexos e específicos, adaptados à individualidade de cada pessoa/família, aliados à própria imprevisibilidade dos efeitos adversos da quimioterapia instituída.

No dia seguinte ao nosso primeiro contacto, no seguimento da administração de quimioterapia do protocolo que estava a realizar em regime de ambulatório, tentei uma nova abordagem a qual foi mais recetiva. Disse-me que no dia anterior estava muito ansiosa face à retoma dos tratamentos e que tinha passado os últimos dias “a pensar demasiado nisso” (sic); confessou-me que estar desempregada neste momento fazia com que “não tivesse a cabeça tão ocupada” (sic). Aquando do diagnóstico em 2020 estava empregada na cafetaria de um hipermercado, contudo não lhe foi renovado contrato após o primeiro ciclo de quimioterapia com ABVD por “estar doente e ter dado algumas faltas justificadas” (sic). O seu dia era maioritariamente passado em casa, saindo para ir levar e buscar o filho à escola e para fazer as compras necessárias. Católica, “não praticante” (sic), referia que encontrava no marido o seu grande “apoio incondicional” (sic), a par do apoio de “muitos amigos com quem convive frequentemente” (sic). Quando questionada disse que nunca escondeu a sua doença do filho e, mesmo não havendo uma conversa antes de iniciar os tratamentos, “ele que é muito esperto apercebeu-se logo que eu não estava bem” (sic). A Sra. E. referiu que sempre encarou a doença como um “percalço na vida” (sic), querendo fazer tudo o que estivesse ao seu alcance para ficar curada. Apesar de não consumir bebidas alcoólicas era fumadora, cerca de 20 cigarros por dia, mas no dia do diagnóstico deixou de fumar de imediato e assim se manteve por 4 meses; atualmente fuma 2 a 3 cigarros por dia. A recidiva tinha sido para ela uma surpresa principalmente porque não tinha tido qualquer sintoma ao contrário do que aconteceu à data do diagnóstico inicial. Referiu que tinha vontade de voltar novamente a lutar contra o cancro, mas que não queria fazer grandes planos e preferia “viver um dia de cada vez” (sic), apesar de sentir que não era fácil afastar “os maus pensamentos” (sic) pelo demasiado tempo livre que tinha ao estar

desempregada. Atendendo a que a doença oncológica pode ser encarada como uma ameaça à existência individual, frequentemente é também acompanhada por perturbações ao nível emocional, onde se inclui a depressão (Trancas, Cardoso, Luengo, Vieira, Reis, 2010). Posto isto, questionei se não seria importante ter alguma ajuda especializada, em concreto apoio por parte de psicólogo, ao que me respondeu que considerava poder ser uma boa ajuda e que no dia anterior já tinha solicitado esse mesmo apoio; acrescentou ainda que ficava muito ansiosa quando se deitava tendo muita dificuldade em adormecer e que por isso tinha sido medicada com lorazepam uma vez por dia.

Considerando que nesta altura a Sra. E. estava mais comunicativa abordei os efeitos adversos do tratamento anterior. Disse-me que apenas sentiu fome e sono, não tendo necessitado de realizar nenhuma outra medicação como por exemplo para náuseas, diarreia ou obstipação. Quando questionada não associou o sono a cansaço referindo que “as análises de sangue estavam sempre muito boas” (sic). O protocolo de quimioterapia anteriormente instituído – ABVD – tem toxicidade medular pelo que existe sempre um risco de anemia, neutropenia e trombocitopenia; a par disto, a terapêutica com antraciclinas (adriamicina), além de provocar alopecia total e mucosite tem uma toxicidade cardíaca aguda e tardia importante que é potenciada pela administração de dacarbazina que, quando administrada isoladamente, não tem riscos cardiovasculares significativos (Costa, Magalhães, Félix, Costa, Cordeiro, 2005). Destaca-se ainda a toxicidade pulmonar induzida pela bleomicina e o risco de fenómenos tromboembólicos, como enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral, bem como dor no local do tumor associados à administração de vinblastina (Costa *et al.*, 2005). Com exceção da bleomicina, os restantes fármacos do protocolo são considerados vesicantes, o que se traduz num risco acrescido de necrose tecidular em caso de extravasamento (Costa *et al.*, 2005). Assim, neste tipo de tratamentos, poderá ponderar-se a utilização de um cateter venoso central totalmente implantado (CVCTI), sendo este dispositivo colocado cirurgicamente numa veia de grande calibre e composto por um reservatório subcutâneo que se punciona com uma agulha tipo *Hubber®* (Banha, Vivas, Pires, 2009). Sendo indicado em pessoas que necessitam de realizar múltiplos ciclos de quimioterapia, perfusões prolongadas, na perfusão de citostáticos vesicantes e em pessoas com rede venosa periférica débil, tem como vantagem a diminuição da ansiedade associada a punções repetidas, melhorando a qualidade de vida (Vasques, Reis, Carvalho, 2009). Por norma é um dispositivo que não implica com as atividades de vida diária (AVD's); no caso concreto da Sra. E.,

verifiquei que a mesma tinha sido submetida à sua colocação referindo que “foi colocado para poder fazer o primeiro tratamento em Junho do ano passado” (sic), sendo que me informou que não a incomodava, não sentido qualquer restrição nas suas AVD’s.

Se por um lado havia por parte da Sra. E. um discurso cauteloso quanto ao sucesso da nova proposta terapêutica, por outro havia, por vezes, uma palavra mais esperançosa que demonstrava a sua “vontade de continuar a viver” (sic). Santoro, Magagnoli, Spina (2007) e Marques (2017) referem que mesmo no LH que recidiva, cerca de 50% apresentam resposta de remissão duradoura à quimioterapia de alta dose seguida de transplante de medula óssea autólogo. Assim, e corroborando com a evidência descrita por Santoro *et al.* (2007) e Machado (2013), foi proposta à Sra. E. a realização de tratamento de quimioterapia com protocolo IGEV (ifosfamida, gemcitabina, vinorelbina e prednisolona), inicialmente com 2 ciclos, realização de PET, seguido de administração de mais 2 ciclos de IGEV e posterior transplante de medula óssea (TMO) autólogo com administração de brentuximab vedotin de manutenção. De salientar que sobre a possibilidade de realização de TMO, mais uma vez a Sra. E. mostrou cautela, dizendo que para já ia “esperar pelo término da quimioterapia e pelos resultados da PET antes de pensar nessa possibilidade” (sic); por conseguinte, este tema não foi abordado.

No que respeita ao protocolo IGEV era essencial realizar ensinamentos sobre os efeitos adversos da quimioterapia, principalmente porque como já foi descrito, no tratamento com ABVD a Sra. E. revelou não ter experienciado alguns dos efeitos adversos mais comuns. Assim, e de forma resumida, mas explícita, foi alertada para o risco de náuseas e vômitos e de hematúria associados à administração de ifosfamida (risco de cistite hemorrágica, apesar da mesma ser prevenida com administração de mesna – um uroprotetor), para o risco de hemorragia por trombocitopenia e de edemas periféricos associados à gemcitabina e ainda de eventual dor intensa e súbita no local do tumor associada à administração de vinorelbina (Costa *et al.*, 2005). Tendo em conta a idade jovem da Sra. E. questionei ainda se tinha, antes do primeiro ciclo de quimioterapia, aquando do diagnóstico da doença, realizado colheita de ovócitos para criopreservação, caso fosse intenção dela e do companheiro terem mais algum filho. A Sra. E. respondeu-me que o nascimento do filho foi “um grande desejo dos dois” (sic), mas que não queriam ter mais nenhum já que tinham tentado engravidar ao longo de quase 10 anos, sendo os últimos 3 geradores de grande ansiedade por tratamentos de fertilidade falhados: “engravidar

quando parámos de tentar (...) os nervos é que não me deixavam engravidar” (sic). De acordo com a Associação Portuguesa de Fertilidade (2020) um casal é considerado infértil “(...) quando não alcança a gravidez desejada ao fim de um ano de vida sexual contínua sem métodos contraceptivos (...) em que a mulher tem menos de 35 anos de idade e em que ambos não conhecem qualquer tipo de causa de infertilidade (...)”. A mesma fonte refere que a prevalência de casais inférteis é de 15-20% na população em idade reprodutiva, tendo a mesma vindo a aumentar nos países ditos desenvolvidos devido aos estilos de vida sedentários, hábitos alimentares pouco saudáveis e consumo excessivo de álcool e tabaco, bem como ao fato de cada vez mais se protelar uma primeira gravidez em idades mais tardias. Contudo, e mesmo considerando este antecedente, é importante perceber se para o casal, em idade fértil, o desejo de (voltar a) engravidar faz parte do seu projeto de vida e de que forma o mesmo poderá ficar afetado já que “(...) a infertilidade ou o risco de, permanece como um problema para muitos jovens adultos (...)” (Pinto & Pais-Ribeiro, 2007). Assim, é importante que antes de iniciar o tratamento a mulher seja previamente informada que o tratamento de quimioterapia poderá resultar em falência ovárica precoce; na situação da Sra. E. em concreto esta falência estava associada principalmente à realização de quimioterapia com agentes alquilantes: dacarbazina aquando do protocolo ABVD e ifosfamida aquando do protocolo IGEV (Machado, 2013).

Ainda sobre o protocolo IGEV é importante salientar que um ciclo do mesmo consiste na administração de quimioterapia ao longo de 4 dias seguidos (ifosfamida do primeiro ao quarto dia, seguido mesna; gemcitabina no primeiro e no quarto dia; vinorelbina apenas no primeiro dia; prednisolona do primeiro ao quarto dia), repetindo-se a cada 21 dias (Santoro *et al.*, 2007). Assim, é de grande importância que a pessoa, neste caso particular a Sra. E., seja capaz de lidar no domicílio com os efeitos adversos que possam surgir, sendo fundamental a promoção do autocuidado não só na consulta de enfermagem inicial, que sucedeu no nosso primeiro contato, mas também nos dias de tratamento seguintes, necessitando, para tal, de haver disponibilidade por parte da equipa de enfermagem. Não tendo a Sra. E. referido nenhum efeito adverso nos primeiros quatro dias de tratamentos, foi informada que teria o contato do serviço do hospital de dia para recorrer em caso de necessidade ao longo dos dias que se iriam seguir até novo ciclo de tratamento.

Como estava protocolado no hospital de dia em questão, iria ser realizada uma consulta de enfermagem sem presença do utente – *follow-up* telefónico – após uma semana do início do tratamento de quimioterapia. Contudo, antes da realização do

telefonema a Sra. E. recorreu presencialmente ao serviço por “vomitar tudo aquilo que comia” (sic) nos últimos três dias, ou seja, logo após os quatro dias de administração de citostáticos endovenosos. Quando questionada sobre a medicação antiemética que estava a fazer, referiu não estar a fazer nenhuma “porque já estava a tomar muitas drogas” (sic).

Todos os momentos de contato com a pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia devem ser encarados como uma oportunidade para “(...) estabelecer uma relação de ajuda com o utente que lhe permita expressar emoções e sentimentos” (Andrade, 2012), aliando uma transmissão de informação que seja oportuna e útil para que a pessoa consiga adquirir ferramentas para o seu autocuidado. De acordo com Tomey & Alligood (2004), o défice do autocuidado pode surgir quando a pessoa é incapaz de se cuidar ou tem alguma dificuldade em fazê-lo, sendo que o mesmo poderá relacionar-se com vários fatores. Desta forma a enfermagem é fundamental para garantir que as atividades de vida diárias são realizadas, quer seja com uma ajuda total, parcial ou através de processos educacionais (Tomey & Alligood, 2004). A existência formal de uma consulta de enfermagem de primeira vez de quimioterapia e de uma consulta de enfermagem subsequente presencial e telefónica são encaradas como mais valias para que esses mesmos processos educacionais possam ocorrer, mesmo quando a pessoa já fez quimioterapia anteriormente e, supostamente, já tem alguns conhecimentos adquiridos, já que nenhuma pessoa é igual, cada uma encara a doença à sua maneira, e mesmo entre tratamentos as situações podem não ser iguais.

Não apresentando nenhuma limitação física para o autocuidado, e de acordo com Tomey & Alligood (2004), verificou-se a necessidade de ajudar a Sra. E. ao nível dos ensinamentos através de um sistema de apoio-educação no qual apenas iria necessitar de supervisão e de ensinamentos por parte da equipa de enfermagem, já que a mesma tinha demonstrado alterações ao nível de alguns dos requisitos universais definidos na Teoria do Autocuidado de Orem, sendo eles a manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida, na preservação do equilíbrio entre atividade e descanso, na preservação do equilíbrio entre solidão e interação social e na prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano. De salientar que quando estes assuntos foram alvo de tentativa de abordagem inicialmente, houve alguma desvalorização de todos por parte da Sra. E., exceto na preservação entre atividade e repouso, salientado que não conseguia dormir e já estava medicada para tal. Contudo, e considerando que a manutenção de uma ingestão de água e comida

estavam a ser insuficientes considerando os vômitos relatados associadas à não adesão da terapêutica antiemética poderá haver o risco de, no caso de se sentir melhor, deixar de aderir também à medicação instituída para melhorar o seu sono e repouso, resultado numa má preservação deste requisito. A preservação do equilíbrio entre solidão e interação social necessitavam também de ser alvo de ensinamentos já que, apesar da doença, a Sra. E. manifestou que convivia com frequência com os seus amigos; se por um lado era importante que a mesma não ficasse isolada, o que poderia contribuir para um aumento da ansiedade, por outro era importante que o convívio fosse realizado de forma cautelosa para que não coloca-se em risco a preservação de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano pelo risco de infeção associado à imunossupressão enquanto consequência dos tratamentos de quimioterapia. Numa situação como esta, é fundamental desmistificar a administração de medicação quando a mesma é encarada como “mais uma droga”, tal como a Sra. E. o encarou, podendo ainda ser utilizada uma escala validada de adesão terapêutica que avalie o risco da mesma não ser cumprida. Uma dessas escalas, validada para a população portuguesa, é a Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT) desenvolvida por Delgado e Lima (2001), instrumento que a ser utilizado aquando da CE de 1ª vez, poderá ser de grande utilidade para antecipar um possível risco de não adesão à terapêutica. De salientar que esta mesma escala possui uma questão onde poderá ser visível a não adesão à medicação por eventual carência económica.

A terapêutica antiemética, assim como a restante terapêutica de suporte, deve ser administrada em ambulatório quando os efeitos adversos aparecem para que a pessoa consiga realizar as AVD's o mais autonomamente possível, contribuindo para o seu bem-estar e para o sentimento de que se é válido e capaz, diminuindo a ansiedade e evitando estados mais depressivos. Contudo, e considerando toda a ansiedade já presente inerente a esta nova fase de tratamentos e ao aparecimento de efeitos adversos, será importante avaliar e monitorizar de forma contínua a vontade da Sra. E. de manter a adesão aos tratamentos de quimioterapia pelo seu desejo de “continuar a viver” (sic), já que todo este processo de novo desvio de saúde por recidiva do LH poderá ser responsável por provocar alterações ao nível da motivação e aumento da ansiedade. A existência de uma equipa de enfermagem com competências desenvolvidas no âmbito da promoção do autocuidado irá permitir uma intervenção precoce nos requisitos alterados, bem como a antecipação de outros em

risco de alteração, tendo sempre em vista a majoração do potencial da pessoa em se autocuidar estando esta sempre no centro da ação enquanto agente ativo.

CONCLUSÃO

A metodologia de estudo de caso é para mim uma forma motivadora de aprendizagem e de mobilização de conhecimentos, revelando que o saber está sempre inacabado, sendo possível explorar vários temas e aumentar os meus conhecimentos, mesmo quando já existem conhecimentos prévios sobre determinadas matérias. Nesta situação em particular permitiu-me realizar pesquisa sobre as doenças hemato-oncológicas, mais concretamente sobre o Linfoma de Hodgkin; ora, sendo a minha prática profissional exercida em contexto de tumores sólidos, nunca tendo trabalhado em hematologia, tornou-se desafiante toda a pesquisa e vontade de aprender cada vez mais, mobilizando saberes e fundamentando até as decisões terapêuticas através da procura de evidência científica.

Apesar do foco de atenção da enfermagem divergir bastante da medicina ao estar centrada não na doença, mas acima de tudo na pessoa e em todas as suas dimensões, é fundamental o conhecimento da fisiopatologia da doença para que se perceba quais as suas causas, sintomas e evolução. Desta forma é possível que o enfermeiro tenha dados concretos sobre o que é espectável na condição de saúde/doença do utente e sua família, bem como sobre os potenciais problemas que poderão surgir não só a curto, mas também a médio e longo prazo, permitindo uma gestão de expectativas realistas e favorecendo uma intervenção sistemática e o cuidado centrado na pessoa/família com doença oncológica tendo por base a teoria de enfermagem.

Sendo a consulta de enfermagem de quimioterapia um momento chave para o conhecimento da pessoa/família enquanto oportunidade para expressão de emoções, esclarecer dúvidas e realizar educação para a saúde, a mesma pode e deve ser uma ferramenta para que o enfermeiro de prática avançada de forma individualizada, contínua e sistemática contribua para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar a quem presta cuidados de enfermagem.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco News*, 6 (21), p. 27-31.
- Associação Portuguesa de Fertilidade (2020). Acedido em 22/11/2021. Disponível em <https://apfertilidade.org/infertilidade/>
- Banha, F., Vivas, P., Pires, R. (2009). Heparinização de Cateteres. *Revista Nursing*, Edição portuguesa, 245.
- Borchmann, P., Plütschow, A., Kobe, C., Greil, R., Meissner, J., Topp, M. ... Engert, A. (2021). PET-guided omission of radiotherapy in early-stage unfavourable Hodgkin lymphoma (GHSG HD17): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *The Lancet*, 22, p.223-234. DOI: 10.1016/s1470-2045(20)30601-x.
- Cheson, B., Fisher, R., Barrington, S., Cavalli, F., Schwartz, L., Zucca, E. & Lister, T. (2014). Recommendations for initial evaluation, staging and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the lugano classification. *Journal of Clinical Oncology*, 32 (27), p. 3059-3068.
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., Cordeiro, S. (2005). O cancro e a qualidade de vida: a quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro. Patrocínio: Novartis. ISBN: 972-9119-94-5.
- Daniel, B. (2000). Linfoma Maligno. In Otto, S. (Ed.) *Enfermagem em Oncologia* (3ª Ed.) (p.385-404). Loures: Lusociência.
- Delgado, A., Lima, M. (2001). Contributos para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol.2(2), p. 81-100.
- Domingues, V. (2012). Tamponamento cardíaco da etiologia ao tratamento. *Cuidados Intermédios em Perspectiva*. Vol.1, p. 29-35.
- Elmariah, S., Kim, B., Berger, T., Chisolm, S., Kwatra, S., Mollanazar, N. & Yosipovitch, G. (2020). Practical approaches for diagnosis and management of prurigo nodularis: United States expert panel consensus. *Journal of the American Academy of Dermatology*. Vol 84 (3), p. 747-760. DOI: 10.1016/j.jaad.2020.07.025.
- European Society of Cardiology (2015). *Doenças do Pericárdio – Recomendações para o diagnóstico e tratamento das doenças do pericárdio*. França: ESC. Acedido em 27/11/2021. Disponível em <https://spc.pt/wp-content/uploads/2019/10/Doen%C3%A7as-do-Peric%C3%A1rdio.pdf>

- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 56 (5), 371-5. DOI: 10.1590/s0104-11692003000300016.
- Gobbi, P., Ferreri, A., Ponzoni, M., Levis, A. (2012). Hodgkin Lymphoma. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*. 85, p. 216-237. DOI: 10.1016/j.critrevonc.2012.07.002.
- Hiramanek, N. (2004). Itch: a symptom of occult disease. *Australian Family Physician* Vol. 33 (7), p. 495-499.
- Lynch, R. & Advani, R. (2016). Risk-Adapted Treatment of Advanced Hodgkin Lymphoma With PET-CT. In 2016 ASCO Education Book. American Society of Clinical Oncology, Inc.
- Machado, A. C. S. (2013). Linfoma de Hodgkin – Biologia, Diagnóstico e Tratamento. (Tese de mestrado). <http://hdl.handle.net/10316/33815>
- Oncology Nursing Society (2007). Oncology Nurse Practitioner Competencies. Acedido em 25/11/2021. Disponível em [oncology-nurse-practitioner-competencies.pdf \(ons.org\)](http://www.ons.org/sites/default/files/2019-10/2019%20ONP%20Competencies%20%281%29.pdf)
- Oncology Nursing Society (2019). Oncology Nurse Practitioner Competencies 2019. Pittsburgh: ONS. Acedido em 25/11/2021. Disponível em <https://www.ons.org/sites/default/files/2019-10/2019%20ONP%20Competencies%20%281%29.pdf>
- Pinto, C. & Pais-Ribeiro, J. (2007). Sobrevivente de cancro: uma outra realidade. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16 (1), p. 142-148. DOI: 10.1590/s0104-07072007000100018.
- Registo Oncológico Nacional (2018). Registo oncológico nacional de todos os tumores na população residente em Portugal, em 2018. Lisboa: RON. ISBN: 978-989-95380-3-0.
- Rodrigues, A. (2007). Tumores hematológicos e linfóides. In A. Mohallem & A. Rodrigues (org.). *Enfermagem Oncológica* (pp.328-354). Brasil: Editora Manole.
- Santoro, M., Magagnoli, M., Spina, M., Pinotti, G., Siracusano, L., Michieli, M. ... Balzarotti, M. (2007). Ifosfamide, gemcitabine, and vinorelbine: a new induction regimen for refractory and relapsed Hodgkin lymphoma. *Haematological/The Hematology Journal*, 92 (01), p.35-41. DOI: 10.3324/haematol.10661.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem (5ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6.

- Townsend, W. & Linch, D. (2012). Hodgkin's lymphoma in adults. *Lancet*, 380, p.836-847. DOI: 10.1016/s0140-6736(12)60035-x.
- Trancas, B., Cardoso, G., Luengo, A., Vieira, C., Reis, D. (2010). Depressão no doente oncológico – considerações diagnósticas e terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 23 (6), p. 1101-1112.
- Vasques, C., Reis, P., Carvalho, E. (2009). Manejo do cateter venoso central totalmente implantado em pacientes oncológicos: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22 (5), p. 696-701. DOI: 10.1590/S0103-21002009000500016.

APÊNDICE VI

Reflexão crítica – Hospital de Dia A2

REFLEXÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA INDIVIDUALIDADE DA CONSULTA DE ENFERMAGEM E A UTILIDADE POSTERIOR DE UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÔNICA DE FOLLOW-UP – HOSPITAL DE DIA A2

Considerando que uma das formas de promover a melhoria e qualidade dos cuidados de enfermagem é através do pensar e do refletir esses mesmos cuidados, surge a necessidade de realizar a presente reflexão que descreve um acontecimento significativo em contexto de consulta de enfermagem (CE) de follow-up telefónico relacionado com as intervenções do enfermeiro de prática avançada.

Optei por utilizar como instrumento metodológico o Ciclo Reflexivo de Gibbs (Gibbs, 2013) para estruturar de forma sistematizada o meu pensamento reflexivo.

Descrição da Situação

Com a finalidade de ir ao encontro dos objetivos traçados no âmbito do estágio no Hospital de Dia A2, observei as CE de 1ª vez e subsequentes realizadas pela minha enfermeira orientadora, especialista em enfermagem médico-cirúrgica e com vasta experiência na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica em contexto de ambulatório.

A situação que irei descrever tem o seu foco numa CE de follow-up telefónico a uma senhora de 35 anos que na semana anterior tinha iniciado um novo protocolo de quimioterapia (QT) após ter tido uma recaída da sua doença que lhe havia sido diagnóstica cerca de 18 meses antes – linfoma Hodgkin.

Contextualizando, na semana anterior ao momento alvo de reflexão, havia sido realizada, por parte da minha enfermeira orientadora (e com a minha participação maioritariamente através da observação), uma CE de 1ª vez tendo como objetivo dar a conhecer o novo protocolo de QT proposto, bem como realizar ensinamentos sobre os efeitos adversos (EA's) do tratamento tendo como foco principal a promoção do autocuidado no domicílio. Considerando que meses antes esta utente tinha passado por uma situação idêntica, no que concerne à administração de tratamento de QT, a CE foi muito direcionada para os conhecimentos já adquiridos. Apesar de pouco comunicativa na CE, a utente soube nomear alguns EA's, nomeadamente o risco de infeção, a astenia, as náuseas, a diarreia e a obstipação, afirmando ainda que tinha no domicílio a medicação necessária no caso do aparecimento destes últimos três sintomas. Assim, a minha enfermeira orientadora direcionou a consulta para os ensinamentos sobre a saúde no âmbito das especificidades do novo tratamento e dos seus

EA's e reforçou os ensinamentos no âmbito da adaptação das atividades de vida diária com foco na segurança alimentar, na atividade familiar e social (com restrição de contatos sociais) e no trabalho e lazer.

No dia seguinte a esta CE, aquando do segundo dia de administração de QT tive oportunidade de lhe prestar cuidados e de estabelecer alguma comunicação no sentido de abordar a sua situação num estudo de caso (com a sua devida autorização). Estando muito mais comunicativa no dia anterior permitiu-me realizar a colheita de dados e abordar o medo que sentia por estar novamente a realizar tratamento. No fim deste contato, e de forma breve, já que no dia anterior o assunto já tinha sido abordado, referi novamente os EA's possíveis; os mesmos foram desvalorizados considerando a experiência que tinha tido com o protocolo de QT anterior onde apenas tinha sentido "fome e sono" (sic).

Após uma semana do início deste novo ciclo tratamento de QT estava programada uma CE de follow-up telefónico por iniciativa da equipa de enfermagem. Antes que o contato telefónico tivesse sido realizado, a utente tomou a iniciativa de se dirigir ao serviço com queixas de náuseas e vômitos com três dias de evolução. Quando questionada sobre qual a medicação que já estava a fazer respondeu que não estava a tomar nada porque "já fazia muitos químicos e não queria estar a tomar mais nada". Nesse mesmo dia foi instruída sobre qual a medicação que deveria tomar e qual a sua posologia, assentindo que o iria fazer.

Ao fim de 48h deste episódio foi realizado, de acordo com o protocolo instituído, uma CE telefónica de follow-up para verificar se o EA náuseas e vômitos tinha melhorado ou mesmo desaparecido. A utente referiu que tanto os vômitos como as náuseas tinham desaparecido e que estava a cumprir a toma da medicação 3x/dia tal como tinha sido sugerido. De forma a evitar que o EA documentado voltasse, aproveitei o contato telefónico para explicar a importância de realizar a medicação em questão, bem como a sua implicação para se conseguir alimentar adequadamente prevenindo o aparecimento de outras complicações de saúde e contribuindo para a melhoria do seu bem-estar. A utente assentiu que iria continuar a fazer a toma da medicação e que antes de a tentar gradualmente retirar aguardaria por um contato telefónico da equipa de enfermagem para a ajudar nessa gestão.

Sentimentos

O primeiro pensamento que me surgiu foi o de que tudo o que tinha sido abordado na CE de 1ª vez por parte da minha enfermeira orientadora e no dia seguinte

por mim não tinha valido de nada, já que a utente não nos tinha ouvido quando abordámos os efeitos secundários possíveis e quando confirmámos que tinha a medicação necessária no seu domicílio. Com isto surgiu um sentimento de impotência e até de perda de tempo na CE de 1ª vez com uma utente que estava muito pouco comunicativa e que, provavelmente, não estava interessada nos ensinamentos realizados. Por outro lado, senti também que a abordagem realizada nesta CE pela minha enfermeira orientadora e mais tarde por mim, ambas com uma linha de pensamento idênticas e com o apoio de uma *check-list*, poderia não ter sido a mais adequada, sentido que talvez pudéssemos ter feito algo de diferente.

Contudo, também considero que foi fundamental tentarmos resolver a situação da utente (náuseas e vômitos) aquando do seu pedido de ajuda, sem julgamentos e sem referências aos ensinamentos realizados na CE. Estando melhorada da sintomatologia aquando do follow-up telefónico, foi interessante aproveitar esse momento para informar sobre a importância da medicação e disponibilizarmo-nos para ajudar na gestão da medicação numa tentativa de evitar situações semelhantes.

Avaliação/Análise

Considerando que presto cuidados de enfermagem num Hospital de Dia de oncologia há mais de 9 anos uma CE de 1ª vez de QT é algo que se torna uma prática quase que diária, acreditando que este é um momento importante para o utente/família conhecer o serviço e a equipa de cuidados, expor dúvidas e manifestar preocupações e também para que o enfermeiro conheça a pessoa/família de forma a poder fazer um planeamento de cuidados onde constem as intervenções consideradas necessários de acordo com o levantamento de diagnósticos de enfermagem.

Nenhuma CE é igual, sendo que vários são os fatores que a podem influenciar. A capacitação do enfermeiro para a realização de CE é fundamental sendo para isso necessário a aquisição de competências avançadas que lhe permitam prestar cuidados de enfermagem holísticos, conseguindo dar uma resposta não só aos diagnósticos de enfermagem formulados, mas também às questões/problemas apresentados pelo utente/família (Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, Lima, 2012). Os mesmos autores atentam ainda na necessidade de existir uma comunicação efetiva onde o enfermeiro seja capaz de proporcionar ao utente e sua família uma participação ativa em todo o processo de doença, planeando cuidados individualizados que respeitem as crenças, valores e preferências. Por outro lado, o

próprio local onde a CE acontece pode ser determinante, já que a falta de privacidade, as interrupções constantes e o ruído paralelo podem ser responsáveis pela não expressão de sentimentos e preocupações por parte da pessoa/família pela falta de sensação de estar num ambiente seguro e de confiança (Andrade, 2012; Oliveira *et al.*, 2012).

Na situação que é descrita, aparentemente todos estes fatores estavam controlados, já que a CE de 1ª vez foi realizada em gabinete próprio, sem interrupções, e da parte da minha enfermeira orientadora a experiência e competência para a realização desta CE eram uma realidade. Contudo, existem outros fatores que podem ser também determinantes e que se relacionam com o próprio doente/família, já que existe uma variedade de características inerentes a cada um. Desde as experiências anteriores sobre a doença, nelas próprias ou em pessoas próximas (familiares, amigos), às características socioeconómicas e à própria literacia em saúde. Ora, nesta situação em particular estávamos perante uma utente cujo diagnóstico da sua doença oncológica de base tinha sido feito cerca de 18 meses antes, tendo já passado pela experiência da realização de tratamento de QT, bem como com a notícia de estar em remissão, mas que durou apenas poucos meses.

De acordo com a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018), a doença oncológica, aquando do seu diagnóstico, é considerado como um acontecimento muito stressante devidos à mudanças e ao impacto que o mesmo tem na vida da pessoa, como sejam a incerteza do prognóstico, a alteração da imagem corporal, as limitações nas atividades de vida diária, as alterações nos projetos de vida e a adaptação aos papéis familiares, bem como as implicações socioeconómicas e a capacidade de manter a atividade profissional. Se por um lado o diagnóstico precoce da doença oncológica e os avanços nos tratamentos permitem um maior aumento da sobrevivência, por outro lado uma recaída poderá fazer com que surjam novamente todos os medos, anseios, alterações no dia-a-dia e talvez uma preocupação ainda maior com a possibilidade efetiva de uma cura, aliado ao possível desgaste emocional já existente.

Assim, fazendo uma reflexão, e apesar de considerar que os tópicos abordados na CE foram deveras importantes, considero que a mesma deveria ter começado por questionar a utente sobre como ela se sentia face à notícia de uma recaída e como encarava, desta vez, todo o processo do início dos tratamentos de QT, dando-lhe espaço para que pudesse, num ambiente seguro, expor os seus sentimentos e preocupações.

Com a minha orientadora, após a ocorrência da situação, constatámos que a pouca comunicação da utente aquando da CE poderia ter vários fatores, nomeadamente um aumento da ansiedade face às dúvidas no seu prognóstico tal como me foi revelado no dia em que lhe prestei cuidados. Assim, naquela CE em específico, tinha sido necessário saber o que era importante para a senhora, identificando quais as suas reais necessidades naquele momento, e até que ponto ela estaria disposta para escutar o que lhe foi ensinado/relembrado face aos tratamentos anteriores.

Quanto aos ensinamentos em específico realizados sobre a medicação de SOS que poderia fazer em caso de alguns dos EA's (incluindo as náuseas e vômitos), da nossa parte foi apenas confirmado se a senhora os tinha no seu domicílio, sendo que nos faltou questionar qual era a medicação e se sabia qual era a sua posologia. Considerando que era uma utente que já tinha realizado tratamentos de QT, assumimos como um dado adquirido que ela saberia qual a medicação e como a deveria tomar, não tendo levado em conta o fato de nos tratamentos anteriores não ter necessitado de a fazer.

Aquando da sua vinda ao serviço a solicitar ajuda, considero que a postura tida pela equipa foi correta já que acima de tudo importava resolver a situação da existência de um EA que era francamente possível de cuidar através do ensino sobre a medicação que deveria ser tomada, bem como os cuidados alimentares que deveria ter para que fosse mais fácil conseguir ingerir alimentos (esperar 20-30 minutos antes da refeição para a medicação fazer efeito, ingerir pequenas quantidades de alimentos evitando temperaturas muito quentes ou muito frias dos mesmos, tentar manter uma higiene oral cuidada, entre outros). Posteriormente, aquando da CE telefónica de follow-up da nossa iniciativa e havendo a resolução do EA (não obstante continuar ainda a fazer medicação), considerei que era esse o momento mais adequado para tentar desmistificar algumas crenças sobre a “toma excessiva de medicação”. Tentei aqui alertar para a toxicidade da quimioterapia sendo que os EA's como náuseas e vômitos estavam descritos no protocolo que estava a realizar. Tentei ainda alertar para a necessidade de fazer a toma de determinados medicamentos aquando do aparecimento de EA's de forma a manter a sua qualidade de vida e conseguir, dentro das suas limitações, desempenhar o seu papel familiar. Apesar de toda esta comunicação se ter estabelecido através do telefone, desta vez senti uma abertura por parte da utente que chegou ainda a colocar algumas questões e agradeceu a

disponibilidade para fazermos um novo contato ao fim de 48h com o objetivo de gerir a medicação com o nosso apoio, tentando retirar a administração do antiemético.

Conclusão/Planeamento da ação

A reflexão sobre as nossas práticas, e mesmo as que observamos por parte dos nossos pares, deve ser encarada como uma ferramenta de grande utilidade para melhorar a nossa ação e a nossa maneira de cuidar enquanto enfermeiros. Todos nós, num processo de crescimento e aprendizagens constantes, já nos questionámos várias vezes se em determinada situação agimos da melhor forma. Muitas das vezes agimos como julgamos ser o melhor naquela situação, para aquela pessoa/família e de acordo com os nossos conhecimentos. E não significa que estejamos errados, apenas devemos ter a capacidade de refletir sobre tudo o que fazemos e de criticar construtivamente as nossas ações para que possamos ter ganhos pessoais e, por consequência, também profissionais com reflexo na nossa prática de cuidados de enfermagem.

Através da presente reflexão, concluí que apesar de ser importante a existência de um guião de consulta (Liptrott, Bee, Lovell, 2017) e que se tenha em conta os conhecimentos prévios do utente/família, é fundamental o estabelecimento de uma comunicação efetiva que vá de encontro às suas necessidades para que se possa proporcionar uma relação de segurança e de confiança favorecendo, desta forma, a adesão a práticas de autocuidado (Oliveira *et al.*, 2021).

Tal como Andrade (2012) refere, todos os momentos podem ser encarados como uma oportunidade para que a relação de ajuda seja estabelecida para com o utente/família; a consulta de enfermagem, mesmo quando realizada telefonicamente, pode ser uma ferramenta muito útil para dar respostas à necessidade da pessoa/família nas dimensões físicas, emocionais e psicossociais. Esta mesma consulta é promotora da continuidade dos cuidados e favorece a autonomia do enfermeiro no seu papel de educador para a saúde, orientando a pessoa e a sua família para a prática do autocuidado na promoção da saúde, na identificação de problemas e na gestão dos efeitos adversos que poderão surgir com os tratamentos de QT.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco News*, 21, p. 27-31.
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. (1ªed.). Oxford Brookes University: Creative Commons.
- Liptrott, S., Bee, P., Lovell, K. (2017). Acceptability of telephone support as perceived by patients with cancer: a systematic review. *European Journal of Cancer Care*, 27(1). DOI: 10.1111/ecc.12643.
- Oliveira, S., Queiroz, A., Matos, D., Moura, A., Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrative da literature. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), p. 155-161. DOI: 10.1590/S0034-71672012000100023.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2018). *O papel da psicologia e dos psicólogos nas doenças oncológicas*. Lisboa.

APÊNDICE VII

Proposta de criação de registo informático

PROPOSTA DE CRIAÇÃO DE REGISTO INFORMÁTICO

De acordo com Stacey, Ludwig, & Jolicoeur (2020) os enfermeiros documentam menos do que aquilo que na realidade discutem/abordam. Ora, se o registo de enfermagem é a ferramenta que nos permite provar a realização do nosso trabalho, sustentando a importância das nossas intervenções para a promoção da saúde e para a prevenção da doença bem como as suas complicações, deverá o mesmo ser o mais completo e fidedigno possível de forma a não comprometer os cuidados prestados, a segurança dos utentes e dos profissionais e permitindo a continuidade e qualidade dos cuidados de enfermagem por toda a equipa (Oliveira, Queiroz, Matos, Moura, Lima; 2012, Stacey, Macartney, Carley, Harrison, 2013).

A consulta de enfermagem (CE) (presencial ou telefónica), sendo uma ferramenta essencial para a prestação de cuidados de enfermagem, deverá também ser obrigatoriamente registada, tal como é sustentado pelo parecer 102/2009 do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (2009).

Os Hospitais de Dia B e D pertencem a instituições hospitalares distantes, mas que foram ambas pensadas para minimizar o uso de papel; assim, apresentam um sistema de registo informático que tenta fazer face às necessidades dos profissionais para documentarem os cuidados de saúde prestados. Ao longo dos anos foram feitas algumas alterações a campos de registo, ou mesmo adicionados campos novos. Sendo o programa informático clínico o mesmo, tratando-se de instituições diferente, as necessidades de registo são adaptadas a cada uma delas.

No Hospital de dia B, o programa informático clínico possibilita o preenchimento de um campo de registo denominado de **Consulta de Enfermagem de Oncologia** aquando da realização de uma CE de enfermagem de oncologia presencial; no mesmo sentido possibilita também o registo do follow-up de enfermagem aquando da realização de uma CE telefónica de follow-up, num outro campo de registo denominado de **Follow-up de Enfermagem**. Cada um deles é específico para cada uma destas CE, permitindo então que fique registado tudo quanto é abordado entre o enfermeiro e o utente/família, isto é, e de forma sucinta, a avaliação inicial (colheita de dados sobre a situação socioeconómica, psicológica, cultural e espiritual), o diagnóstico médico e o tratamento proposto, as necessidades levantadas de adaptação das atividades de vida diárias face à doença e aos efeitos adversos dos tratamentos com foco nos ensinamentos para a capacitação para o autocuidado e ainda os resultados esperados mediante as intervenções de enfermagem realizadas.

Considerando que a CE de enfermagem presencial de 1ª vez de quimioterapia e a CE telefónica de follow-up são uma realidade diária no Hospital de Dia D, é de extrema importância, como já descrito acima, a existência de um campo de registo informatizado dedicado que permita à equipa de enfermagem evidenciar os cuidados de enfermagem que são prestados e garantir a segurança desses mesmos cuidados.

Assim, surgiu a necessidade de fazer uma proposta, como base no registo já existente no Hospital de Dia B que acrescenta algumas sugestões adaptadas à prática diária do Hospital de Dia D.

A primeira proposta apresentada tem como objetivo permitir um registo apropriado da **Consulta de Enfermagem de Oncologia** presencial, onde conste a avaliação inicial do utente/família, com dados relevantes para o acompanhamento e intervenção de enfermagem, permitindo-nos antecipar alguns problemas a longo prazo de acordo com o tratamento proposto. Ao estar informatizado, seria importante garantir a migração de alguns dados entre CE de primeira vez e eventuais consultas subsequentes.

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE ONCOLOGIA

Tipo de Consulta: ☐ 1ª Consulta
☐ Seguimento

Médico Assistente: _____

Avaliação Inicial

Nome preferido: _____

Acompanhante: _____

Habilidades Literárias: _____

Profissão: _____

Situação Profissional: _____

Ocup. Tempos livres: _____

Crenças: _____

Vives sozinho? _____

Antecedentes: _____

Contato: _____

Observações: _____

Pessoa significativa

Contato de pessoa significativa: _____

Parentesco: _____

Performance status: _____

Atitude: ☐ Colaborante

Peso: _____

Humor: ☐ Eutímico

☐ Não colaborante

Altura: _____

☐ Depressivo

☐ Hostil

Observações: _____

☐ Retraído

Diagnóstico Clínico: _____

Quimioterapia: ☐ Sim

Radioterapia: ☐ Sim

Cirurgia: ☐ Sim

☐ Não

☐ Não

☐ Não

Protocolo com ☐ Sim

Imunoterapia: ☐ Sim

Terapêutica ☐ Sim

citostático vesicante: ☐ Não

☐ Não

Biológica: ☐ Não

Avaliação dos ☐ Sim

Observações: _____

Acessos venosos: ☐ Não

Indicação para ☐ Sim

Observações: _____

CVC: ☐ Não

Ensinos realizados e outras informações

☐ Protocolo de quimioterapia

☐ Dinâmica do serviço

Observações: _____

☐ Efeitos adversos mais comuns

☐ Contatos telefônicos

☐ Promoção do autocuidado no domicílio

☐ Folhetos informativos

A segunda proposta apresentada tem como objetivo permitir um registo apropriado da **Consulta de Enfermagem Telefónica de Follow-up**, enquanto ferramenta para gestão de efeitos adversos e a promoção do autocuidado. Considerando que desde a sua abertura o Hospital de Dia D mantém uma linha telefónica direta para a equipa de enfermagem e considerando que as boas práticas incluem o registo dos diagnósticos, intervenções e avaliações de enfermagem, é fundamental que seja criado um campo de registo próprio, quer para os contatos de iniciativa do utente/família, quer para os de iniciativa da equipa de enfermagem. Estes últimos, apesar de serem realizados de forma sistemática há mais de três anos no Hospital de Dia D, não ficam registados, sendo parte do trabalho e cuidado de enfermagem, usando para isso recursos humanos da equipa diariamente. Assim, poderá o mesmo ser contabilizado também estatisticamente influenciando diretamente o número de profissionais de enfermagem para garantir dotações seguras no serviço.

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE FOLLOW-UP TELEFÓNICO

Tipo de Consulta: ☐ 1ª Consulta
☐ Seguimento

☐ Urgência
☐ Internamento

Foi o utente que ☐ Sim
contatou: ☐ Não

Tratamento de Quimioterapia

Data da realização do tratamento: _____ Protocolo efetuado: _____

O tratamento decorreu de acordo com as suas expectativas:

☐ Sim

☐ Não Motivo: _____

Avaliação do Estado do Utente e Efeitos Adversos**SINTOMAS MANIFESTADOS**

Alopécia: ☐ Sim Grau: _____ Intervenções: _____
☐ Não

Anorexia: ☐ Sim Grau: _____ Intervenções: _____
☐ Não

Diarreia: ☐ Sim Grau: _____ Intervenções: _____
☐ Não

Dispneia: ☐ Sim Grau: _____ Intervenções: _____
☐ Não

Dor: ☐ Sim Grau: _____ Intervenções: _____
☐ Não

Dor no peito: ☐ Sim Grau: _____ Intervenções: _____
☐ Não

Febre: ☐ Sim Grau: _____ Intervenções: _____
☐ Não

Insónia: ☐ Sim Grau: _____ Intervenções: _____
☐ Não

Mucosite ☐ Sim Grau: _____ Intervenções: _____
oral: ☐ Não

Náuseas e ☐ Sim Grau: _____ Intervenções: _____
vómitos: ☐ Não

CONSULTA DE ENFERMAGEM DE FOLLOW-UP TELEFÓNICO

Neuropatia ☐ Sim Grau: ____ Intervenções: _____
periférica: ☐ Não _____
Obstipação: ☐ Sim Grau: ____ Intervenções: _____
☐ Não _____
Prurido: ☐ Sim Grau: ____ Intervenções: _____
☐ Não _____
Soluços: ☐ Sim Grau: ____ Intervenções: _____
☐ Não _____
Xerostomia: ☐ Sim Grau: ____ Intervenções: _____
☐ Não _____

Outros: _____ Observações/Intervenções: _____

Teve alterações nas atividades ☐ Sim Qual ou quais: _____
de vida diária: ☐ Não _____
Intervenções: _____

Verificações finais

Adesão ao regime terapêutico:
☐ Sim
☐ Não Motivo: _____
Tem o nº de contato ☐ Sim A próxima consulta/tratamento já ☐ Sim
e e-mail do serviço: ☐ Não está marcado: ☐ Não
Dúvidas que queira esclarecer: _____

Encaminhamento: _____
Recomendações finais/Observações: _____

De salientar que as duas propostas apresentadas estão descaracterizadas para que não se identifique nenhuma das instituições e para que possam ser utilizadas também em formato papel.

Contudo, sendo o objetivo a sua inclusão no registo informatizado verifica-se a necessidade de marcação eletrónica de **Consulta de Enfermagem de Oncologia** e de **Consulta de Enfermagem Telefónica de Follow-up** por parte da equipa de enfermeiros, criando episódios da prestação de cuidados quer presencial quer telefónica. No caso específico da **Consulta de Enfermagem Telefónica de Follow-up** é importante garantir que em caso de gerar envio de SMS por parte da instituição (como é regra em todas as suas atividades de prestação de cuidados de saúde), a mesma discrimina que a consulta é telefónica evitando deslocações desnecessárias ao serviço. De salientar que da parte da equipa de enfermagem será dito ao utente/família que será contactado para a realização desta mesma consulta, desde que o mesmo assim dê o seu consentimento verbal, devendo tal informação ficar registada de forma explícita pela equipa de enfermagem no processo informático individual da pessoa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Oliveira, S., Queiroz, A., Matos, D., Moura, A., Lima, F. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), p. 155-161. DOI: 10.1590/S0034-71672012000100023.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). Parecer Nº102/2009. Conselho Jurisdicional – Consulta de enfermagem por via telefónica. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 20/06/2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer_102_2009_consulta_enfermagem_telefone.pdf
- Stacey, D., Macartney, G., Carley, M., Harrison, M. (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*. Vol 2013. DOI: 10.1155/2013/171872.
- Stacey, D., Ludwing, C., Jolicoeur, L., Carley, M., Balchin, K., Jibb, L. ... Martelli, L. (2020). Quality of telephone-based cancer symptom management by nurses: a quality improvement project. *Support Care Cancer*, 29(2), p. 841-849. DOI: 10.1007/s00520-020-05551-5.

APÊNDICE VIII

Reflexão crítica – Centro Clínico C

REFLEXÃO SOBRE O PAPEL DO ENFERMEIRO NUMA REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR – CENTRO CLÍNICO C

No seguimento dos momentos de aprendizagens que pode experienciar ao longo do estágio C, irei realizar uma reflexão, através do instrumento metodológico do Ciclo Reflexivo de Gibbs (Gibbs, 2013), sobre a participação do enfermeiro na Reunião Multidisciplinar e os seus potenciais contributos para a intervenção de enfermagem no contexto da consulta de enfermagem.

Descrição da Situação

No seguimento do estágio realizado no Centro Clínico C, com foco para os tumores malignos do pâncreas, participei, em conjunto com a minha enfermeira orientadora, na reunião multidisciplinar de tumores digestivos cuja periodicidade é, por norma, semanal – poderá ser quinzenal de acordo com o número de casos referenciados.

Nesta reunião estão presentes vários profissionais: uma enfermeira especialista e uma enfermeira generalista dedicadas ao programa *fast-track* pâncreas, médicos de várias especialidades (oncologia médica, radiologia, anatomia patológica, gastroenterologia, cirurgia e radioterapia), investigadores externos que colaboram com o Centro Clínico C (incluindo de outros países e que participam via videoconferência) e os dois administrativos gestores de doente.

Foram discutidos os casos de 24 pessoas, sendo que 17 tinham suspeita de doença ou doença de pâncreas já diagnosticada, podendo algumas já ter realizado cirurgia, estar em tratamento de quimioterapia, ter suspeita de recidiva ou ainda lesões de histologia desconhecida e que se encontravam apenas em vigilância. Foram ainda discutidos casos de pessoas com doença oncológica digestiva alta (estômago e esófago em tratamento de quimioterapia e pós-cirúrgico), um caso de uma pessoa com cancro do cólon e outro de uma pessoa com cancro do rim.

Todas as situações foram discutidas pela equipa médica sem ter havido qualquer intervenção da parte da equipa de enfermagem.

Sentimentos

Ao longo da observação da reunião multidisciplinar fiquei com a sensação de todos os utentes serem discutidos de forma muito impessoal no que respeita ao

Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status (PS), já que o mesmo nunca foi mencionado.

Quanto à presença dos enfermeiros nesta reunião, principalmente no que respeita aos casos discutidos de pessoas com cancro do pâncreas, não foi de todo participativa, mesmo sendo estes profissionais que de acordo com o programa *fast-track* pâncreas, são o ponto de contato permanente por todas as pessoas avaliadas neste âmbito e que asseguram vários momentos de contato formal, muito antes ainda de haver uma observação por parte da equipa médica.

Avaliação/Análise

Apesar das reuniões multidisciplinares do serviço onde presto cuidados não ter por norma a participação da equipa de enfermagem, é possível assistir à mesma se houver se assim se considerar ser importante para a nossa prática de cuidados de enfermagem. Como tal, e já tendo assistido às mesmas, em contexto de reunião multidisciplinar de tumores digestivos, é impossível não fazer uma comparação.

A primeira foi no que concerne ao facto do ECOG PS nunca ter sido mencionado em nenhum dos casos discutidos, sendo o mesmo de grande importância enquanto descritor do nível de funcionalidade do doente oncológico no que se refere à sua capacidade de se auto cuidar, das atividades de vida diárias e atividade física e ainda como forma de monitorizar as mudanças ao nível da funcionalidade da pessoa ao longo dos tratamentos (ECOG-ACRIN Cancer Research Group, 2021). É verdade que o Centro Clínico em questão está muito direcionado para a investigação científica e que também muitas das situações que lhe chegam referem-se a pedidos de segunda opinião, contudo, nesta reunião multidisciplinar fiquei com a sensação de que não havia uma consulta prévia com os doentes onde fossem abordados temas como a qualidade de vida após as potenciais decisões que poderiam ser tomadas após a mesma.

Questionei a minha enfermeira orientadora sobre esta situação, sendo-me explicado que à partida todos as pessoas levadas à discussão desta reunião teriam ECOG PS que permitisse uma proposta cirúrgica. Ainda assim, considerei que tal não era explícito na mesma.

Quanto à presença da equipa de enfermagem considerei que era um recurso cuja presença estava subvalorizada. Ora, de acordo com programa *fast-track* pâncreas, muito antes da situação de doença da pessoa ser discutida na reunião multidisciplinar, já o enfermeiro deste mesmo programa tinha estabelecido pelo menos

dois contatos formais através de consulta de enfermagem onde era realizada a colheita de dados, avaliadas as necessidades de informação, promovido o conhecimento sobre a doença, realizada a desmistificação de mitos e preocupações e esclarecidas dúvidas. Mais ainda, é o enfermeiro o responsável por explicar todo o processo do programa *fast-track* pâncreas, bem como gerir os agendamentos e receber exames complementares de diagnóstico. Desta forma seria de esperar uma observação mais participativa ao longo de toda a reunião multidisciplinar e não apenas uma preocupação de gestão administrativa que ao longo de todo o programa já me pareceu ser bastante elevada.

Conclusão/Planeamento da ação

Considerando que o papel do enfermeiro no programa *fast-track* pâncreas foi desenhado para um acompanhamento sistemático da pessoa com suspeita de doença/doença já diagnosticada do pâncreas, exigindo competências relacionais e de gestão de cuidados, sendo um elemento essencial do mesmo, considero que o mesmo deveria ter um papel mais ativo ao longo de todo o processo de discussão de casos em reunião multidisciplinar já que é o profissional que melhor conhece o utente/família e é o responsável pela continuidade de cuidados.

Se é verdade que a decisão diagnóstica, de acordo com os exames complementares de diagnóstico, e a proposta de tratamento são decisões médicas, também é verdade que o enfermeiro deveria ser interventivo na reunião multidisciplinar no que concerne aos diagnósticos de enfermagem estabelecidos aquando da consulta de enfermagem realizada previamente a esta reunião. É o enfermeiro que avalia as necessidades da pessoa e sua família e tem a oportunidade de antecipar problemas que poderão surgir de acordo com os tratamentos propostos. Ora, assim sendo, o papel do enfermeiro na reunião multidisciplinar poderia passar por ser mais ativo enquanto defensor do doente (*patient advocate*) enquanto elemento cujas intervenções pretendem promover o bem-estar e defender os interesses do a pessoa e sua família, assegurando o acesso à informação e à tomada de decisão (Ventura, Fumincelli, Miwa, Souza, Wright, Mendes, 2020).

Por outro lado, quanto às decisões médicas tomadas, o enfermeiro deverá ter um papel ativo na consulta de enfermagem subsequente traçando um plano de cuidados que vá de encontro às potenciais necessidades do utente/família consoante a proposta realizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gibbs, G. (2013). Learning by doing. (1ªed.). Oxford Brookes University: Creative Commons.
- ECOG-ACRIN Cancer Research Group (2021). ECOG Performance Status. Acedido em 31/01/2022. Disponível em <https://ecog-acrin.org/resources/ecog-performance-status>
- Ventura, C., Fumincelli, L., Miwa, M., Souza, M., Wright, M., Mendes, I. (2020). Health advocacy and primary health care: evidence for nursing. Revista Brasileira de Enfermagem, 73(3). DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0987.

APÊNDICE IX

Protocolo de gestão de efeitos adversos na consulta de enfermagem telefónica

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na
Opção de Enfermagem Oncológica**

PROPOSTA DE:

**PROTOCOLO DE GESTÃO DE EFEITOS ADVERSOS NA
CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÓNICA**

Carla Patrícia Gonçalves Nazareth

Janeiro 2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. EFEITOS ADVERSOS	4
1.1 – Alopécia.....	4
1.2 – Anorexia.....	6
1.3 – Diarreia	8
1.4 – Dispneia.....	10
1.5 – Dor	12
1.6 – Dor no peito	13
1.7 – Febre	14
1.8 – Insónia	15
1.9 – Mucosite oral	17
1.10 – Náuseas e vômitos	19
1.11 – Neuropatia periférica	21
1.12 – Obstipação.....	23
1.13 – Prurido	25
1.14 – Soluços.....	27
1.15 – Xerostomia.....	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	31

INTRODUÇÃO

A quimioterapia, enquanto cumpre o seu papel de destruir e prevenir a proliferação das células neoplásicas, afeta o normal funcionamento das células saudáveis, traduzindo-se em efeitos adversos (EA's), por norma temporários, e que podem ser prevenidos ou minimizados com os ensinamentos e tratamentos adequados (Mollaoglu & Erdogan, 2014). Ainda assim, quando presentes, estes EA's afetam a qualidade de vida da pessoa e da sua família, sendo fundamental que os enfermeiros os consigam detetar precocemente, preveni-los e controlá-los (Mollaoglu & Erdogan, 2014).

As equipas de enfermagem, através de um modelo de apoio-educação são essenciais nos processos educacionais sobre o tratamento de quimioterapia, os possíveis EA's e quais as medidas para controlar esses mesmos efeitos. Os ensinamentos realizados, de acordo com as necessidades avaliadas e com o objetivo de aumentar os conhecimentos face à doença e aos tratamentos, são elementares para promover a participação do utente/família de forma a capacitá-los para tomar decisões e para o autocuidado no que concerne aos sintomas associados à doença e aos EA's (Mollaoglu & Erdogan, 2014).

Segundo o *National Comprehensive Cancer Network* (2022), os fármacos antineoplásicos mais utilizados na doença hepatobilio-pancreática são a oxaliplatina, o irinotecano, o folinato de cálcio, o 5-fluorouracilo, a capecitabina, a gemcitabina, o nabpaclitaxel e a cisplatina. Assim, de acordo com o que é referido na literatura e com a experiência da minha prática de cuidados, foram escolhidos os EA's mais comuns aquando da realização dos protocolos instituídos que contemplam os fármacos anteriormente mencionados. Em termos organizacionais os mesmos estão dispostos por ordem alfabética.

Para que a utilização deste guia permita uma avaliação dos EA's de forma consistente por toda a equipa de enfermagem foi necessário recorrer à última versão (v5.0) do *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE) de acordo com o *National Cancer Institute* (NCI, 2017). Assim, através da avaliação realizada pelo enfermeiro, é possível avaliar o grau de cada EA's descrito pela pessoa/família e agir em conformidade com as intervenções de enfermagem sugeridas para cada grau. Estas intervenções, ao estarem protocoladas, permitem uma gestão dos EA's consistente por todo os elementos da equipa de enfermagem, contribuindo para uma melhor avaliação, gestão e referenciação dos utentes de acordo com o grau dos EA's

manifestados (Suh & Lee, 2017; Stacey, Ludwing & Jolicoeur, 2020; Oatley & Fry, 2020).

Todas as intervenções de enfermagem propostas são baseadas na evidência científica mais atualizada à data da realização deste protocolo, contemplando intervenções autónomas e interdependentes, com vista à gestão dos EA's através da promoção do autocuidado aproveitando o máximo potencial do utente e da sua família.

De salientar que todas as intervenções farmacológicas sugeridas apenas poderão ser realizadas mediante aprovação prévia da equipa médica dos serviços onde o protocolo se aplica.

Com o objetivo de avaliar as intervenções de enfermagem implementadas, o presente protocolo apresenta ainda a sugestão de realizar uma consulta de enfermagem de *follow-up* telefónico nas situações em que o grau avaliado de um determinado EA poderá colocar em risco a vida caso não melhore, ou agrave, num curto espaço de tempo.

1. EFEITOS ADVERSOS

1.1. Alopécia

Definição: Distúrbio caracterizado por uma diminuição na densidade do cabelo em comparação com o normal para um determinado indivíduo numa determinada idade e localização corporal

1. Avaliar o grau de Alopécia (efeito adverso)

Grau 1 Perda de cabelo < 50% do normal para aquele indivíduo que não é óbvia à distância, mas apenas à observação próxima; poderá ser necessário um estilo de cabelo diferente para cobrir a perda de cabelo, mas não requer uma peruca ou pedaço de cabelo para camuflar;

Grau 2 Perda de cabelo $\geq$ 50% normal para aquele indivíduo que é prontamente aparente para os outros; uma peruca ou pedaço de cabelo é necessária se o doente desejar camuflar completamente a perda de cabelo; associada a impacto psicossocial.

2. Perceber qual o impacto da perda de cabelo na autoimagem e se a mesma é também uma preocupação do ponto de vista social;

3. Promover o cuidado e a higiene do cabelo e do escalpe:

- Utilizar shampoo o mais neutro possível e sem perfumes (ex: de bebé);
- Utilizar uma escova de pentear macia;
- Deixar o cabelo secar ao ar ou utilizar o secador em modo de pouco calor/frio;
- Evitar tratamentos agressivos ao cabelo (permanente, alisamento, descoloração, coloração);
- Proteger do Sol com lenço ou chapéu;
- Sugerir corte de cabelo mais curto em caso de cabelo comprido.

4. Se grau = 2:

- Encorajar a falar com a família (incluindo crianças pequenas se se considerar adequado) antes da queda ocorrer;
- Sugerir o uso de chapéus, lenços e/ou prótese capilar (esta última será importante que seja selecionada antes da queda total do cabelo ocorrer);
- Utilizar protetor solar (SPF $\geq$ 30);

- Utilizar fronha tipo cetim.

5. Em caso de dor local relacionada com a perda de cabelo avaliar a dor e sugerir analgesia com toma de Paracetamol 1g 8/8h.

1.2. Anorexia

Definição: Distúrbio caracterizado por perda de apetite

1. Avaliar o grau de Anorexia (efeito adverso):

Grau 1 Perda de apetite sem alteração nos hábitos alimentares;

Grau 2 Ingestão oral alterada sem perda significativa de peso ou má nutrição; suplementos orais indicados;

Grau 3 Associado a perda de significativa de peso ou má nutrição (por ex.: ingestão calórica e/ou de líquidos inadequada); indicação para colocação de SNG ou alimentação parentérica;

Grau 4 Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência;

Grau 5 Morte

2. Averiguar o padrão habitual de apetite da pessoa e a existência de dietas específicas;

3. Averiguar condições socioeconômicas da pessoa/família e sinalizar para assistente social em caso de necessidade;

4. Verificar existência de causas reversíveis da Anorexia e intervir na causa:

- Saciedade precoce;

- Sintomas que interferem com a ingesta alimentar:

- Disfagia, xerostomia, problemas dos dentes e/ou da mandíbula, soluços, candidíase orofaríngea, mucosite, náuseas e vômitos, dispneia, depressão/ansiedade, obstipação, dor, fadiga e distúrbios alimentares;

5. Se grau ≤ 2 realizar educação para a saúde:

- Aumentar a quantidade de líquidos ingeridos;
- Privilegiar refeições polifracionadas e alimentos preferenciais e mais calóricos (ovos, queijo, abacate, barras energéticas, frutos secos) conforme tolerância;
- Evitar confeccionar alimentos com odor intenso;
- Proporcionar um ambiente relaxante e agradável à hora da refeição;
- Considerar suporte nutricional e referenciar para médico assistente para considerar um estimulador do apetite;

6. Se grau > 2 referenciar para consulta de Nutrição e dar conhecimento à equipa médica para considerar atendimento não programado ou encaminhamento para o serviço de urgência com vista a suporte nutricional entérico e/ou parentérico e considerar hidratação artificial.

Após início de medidas por grau ≤ 2 realizar *Follow-Up* telefónico em 48h

1.3. Diarreia

Definição: Distúrbio caracterizado por dejeções e movimentos intestinais frequentes

1. Questionar sobre o padrão intestinal habitual; verificar a existência de ostomia e qual a frequência de mudança do saco;
2. Explorar causas da diarreia: quimioterapia, radioterapia, obstrução intestinal, uso recente de antibióticos, eventual infeção, cirurgia, mudanças alimentares recentes;

3. Avaliar grau de Diarreia (efeito adverso):

Grau 1 Aumento de < 4 dejeções por dia em relação ao habitual; ligeiro aumento nas dejeções da ostomia comparado com o habitual;

Grau 2 Aumento de 4 - 6 dejeções por dia em relação ao habitual; ligeiro aumento moderado nas dejeções da ostomia comparado com o habitual; limitativo das AVD's;

Grau 3 Aumento de ≥ 7 dejeções por dia em relação ao habitual; incontinência; aumento severo nas dejeções da ostomia; limitativo de autocuidado e das AVD;

Grau 4 Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência;

Grau 5 Morte

Se utente sob/já terminou imunoterapia – contactar médico assistente

4. Se grau <3 promover o reforço hídrico e adaptação da dieta alimentar:

- Aumentar a ingestão de água mineral de preferência não gaseificada ou chá (hortelã, camomila, tília ou cidreira) – mínimo 2L/dia;
- Beber sumo de fruta (maçã ou pera) cozida sem açúcar;
- Ponderar soro de reidratação;
- Comer gelatina;
- Evitar bebidas à base de lacticínios, café, refrigerantes com gás e bebidas alcoólicas;
- Privilegiar alimentos com baixo teor de fibra (arroz, massa, pão de trigo, batata, caldos e puré de cenoura) e alimentos com baixo teor em gordura e pouco condimentada (galinha, peru cozido sem pele ou em caldo, peixe cozido, sopa obstipante - arroz, cenoura e batata);

- Optar por frutas como a bananas e fruta cozida sem casca e açúcar (maçã e pera);
 - Evitar alimentos com fibra (brócolos, milho, couve, ervilhas) e alimentos que provoquem flatulência (feijão e cebola), vegetais e fruta crua, doces, fritos e picantes;
 - Fazer refeições pequenas, mas mais frequentes ao longo do dia;
- 5.** Se medidas anteriores não resultarem ou como coadjuvante – adaptar caso a caso – instruir medicação antidiarreica:
- Loperamida® 4mg 1x + Loperamida® 2mg após cada dejeção diarreica até 8 comprimidos/dia;
 - Ultra Levur® 3x/dia (caso não seja portador de Implantofix®);
- 6.** Se pessoa com ostomia de eliminação reforçar cuidados de higiene locais após cada dejeção com água morna e aplicação de clara de ovo e/ou pomada à base de Dexpanthenol e/ou óxido de zinco que promova cicatrização e alívio do desconforto;
- 7.** Se grau < 3 persistir mais do que 48h ou se grau ≥ 3 dar conhecimento à equipa médica e articular atendimento não programado ou encaminhamento para o serviço de urgência

Após início de medidas realizar *Follow-Up* telefónico em 24h

1.4. Dispneia

Definição: Distúrbio caracterizado por uma sensação desconfortável de dificuldade respiratória.

1. Avaliar o grau de Dispneia (efeito adverso):

Grau 1 Falta de ar com esforço moderado;

Grau 2 Falta de ar com esforço mínimo; limitativo das AVD's;

Grau 3 Falta de ar em repouso; limitativo do autocuidado e AVD's;

Grau 4 Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência;

Grau 5 Morte

2. Clarificar o padrão da dispneia, fatores precipitantes e de alívio, bem como outros sintomas associados;

3. Identificar causas possíveis:

- Infecção, derrame pleural, anemia, arritmia, tromboembolismo pulmonar ou broncospasmo, tosse, febre, presença de dor, fadiga, ansiedade, preocupações, depressão;

4. Se grau ≤ 2 :

- Avaliar saturação periférica de O₂. Se saturação O₂ $\leq 90\%$ considerar administração de oxigénio para alívio sintomático – oxigénio apenas se hipoxia;

- Tratamento não farmacológico:

- Ambiente calmo e compreensivo de não abandono;
- Abrir as janelas para permitir um melhor arejamento e/ou ligar uma ventoinha;
- Compressa húmida na face (região frontal);
- Posicionamento em *fowler* ou *semifowler* conforme tolerância;
- Melhorar capacidade funcional e estratégias de *coping* para diminuir a ansiedade através de uma respiração controlado;
- Planear as atividades e gastos energéticos do doente;
- Evita fumar/ambiente de fumo;

5. Se grau > 2, estridor ou sinais de obstrução da veia cava superior (edema da face, pescoço e braço; visualização da rede vascular a nível do pescoço; cefaleias; dificuldade em permanecer deitado por dispneia) enviar de imediato para o serviço de urgência.

1.5. Dor

Definição: Distúrbio caracterizado por sensação de desconforto acentuado, distress ou agonia.

1. Realizar uma completa e detalhada avaliação da dor antes de iniciar qualquer tratamento;

2. História clínica e exame físico detalhados e que deve incluir:

- Local e intensidade/severidade da dor;
- Duração da dor;
- Tipo de dor;
- Fatores de alívio e agravamento;

3. Identificar medicação analgésica do doente e avaliar adesão terapêutica;

4. Avaliar o grau de Dor (efeito adverso):

Grau 1 Dor ligeira (Escala Numérica: 1-3);

Grau 2 Dor moderada; limitativo para as AVD's (Escala Numérica: 4-6);

Grau 3 Dor severa; limitativo para autocuidado e AVD's (Escala Numérica: 7-10).

5. Se dor ≥ 7 ou dor severa (grau 3) dar conhecimento à equipa médica para considerar atendimento não programado ou encaminhamento para o serviço de urgência;

6. Se dor < 7 ou dor ligeira (grau 1) a moderada (grau 2):

- Instituir medidas não farmacológicas de controlo de dor desde que não contraindicadas: massagem terapêutica, aromaterapia, musicoterapia;
- Instituir Paracetamol 1gr de 8/8h ou anti-inflamatórios não esteroides (Ibuprofeno 400mg ou Metamizol Magnésio 575mg de 8/8h ou Naproxeno 500mg 12/12h), no caso de o doente não estar medicado com este fármaco;

7. Se tiver medicado, articular com médico assistente para otimização da terapêutica.

Após início de medidas realizar *Follow-Up* telefónico em 24-48h

1.6. Dor no peito

Definição: Distúrbio caracterizado por desconforto subesternal devido à oxigenação insuficiente do miocárdio.

1. Realizar uma completa e detalhada avaliação da dor (história clínica e exame físico);

2. Avaliar a intensidade da dor:

Grau 1 Dor suave;

Grau 2 Dor moderada; dor ao esforço; limitativo das AVD's; hemodinamicamente estável;

Grau 3 Dor em repouso; limitativa de autocuidado e AVD's; cateterismo cardíaco; dor torácica de início recente; angina instável;

3. Questionar se tem quimioterapia em curso através de infusor – Se sim instruir a clampar sistema;

4. Encaminhar de imediato para serviço de urgência e dar conhecimento à equipa médica.

1.7. Febre (em doente sob quimioterapia)

Definição: Distúrbio caracterizado pelo aumento da temperatura corporal acima do limite normal.

1. Perguntar o valor exato da temperatura corporal:

Grau 1 38°C – 39°C;

Grau 2 > 39°C – 40°C;

Grau 3 > 40°C com duração ≤ 24h;

Grau 4 > 40°C com duração > 24h;

Grau 5 Morte.

2. Questionar em quanto tempo ocorreu o aumento da temperatura;

3. Averiguar se o aumento de temperatura foi acompanhado de arrepio ou calafrio;

4. Perceber se foi acompanhado de queixas sugestivas de infecção local;

5. Se febre presente deverão ser tomadas medidas não farmacológicas:

- Arrefecimento corporal;
- Aumento da ingestão de líquidos;

6. Poderá ser recomendada a toma de Paracetamol 1gr. mas deverá ser sempre dado conhecimento à equipa médica e articular atendimento não programado ou encaminhamento para o serviço de urgência.

1.8. Insónia

Definição: Distúrbio caracterizado por dificuldade em adormecer e/ou permanecer a dormir.

1. Avaliar o grau de Insónia (efeito adverso):

Grau 1 Ligeira dificuldade em adormecer, em manter-se a dormir ou em acordar cedo;

Grau 2 Dificuldade moderada em adormecer, em manter-se a dormir ou em acordar cedo;

Grau 3 Dificuldade severa em adormecer, em manter-se a dormir ou em acordar cedo.

2. Explorar causas de ansiedade relacionadas com morte/doença;

3. Identificar fatores precipitantes:

- Dor, depressão, ansiedade, *delirium* e náuseas;
- Efeitos secundários da medicação ou síndrome de abstinência (corticoides, opioides, anticonvulsivantes, benzodiazepinas, álcool ou antidepressivos);
- Distúrbios primários do sono como apneia;

4. Se grau < 3 indicar tratamento não farmacológico:

- Atuar sobre fatores precipitantes e de acordo com protocolo instituído para o sintoma em questão;
- Manter atividade sempre que possível durante o período diurno;
- Minimizar as interrupções noturnas de sono devido a medicação, barulho ou outras condições do meio ambiente;
- Manter um horário regular de sono/despertar;
- Evitar tempo desnecessário na cama durante o dia;
- As sestas só devem ser recomendadas se necessário e devem ser evitadas no final da tarde e anoitecer;
- Em doentes acamados providenciar estimulação física e cognitiva durante o dia;
- Evitar medicação estimulante ou outras substâncias (caféina, nicotina) sobretudo ao entardecer e/ou anoitecer;
- Diminuir os estímulos externos 1h30 antes de ir dormir (reduzir a intensidade das luzes, providenciar atividades relaxantes);

5. Se grau ≥ 3 articular com médico assistente para tratamento farmacológico.

1.9. Mucosite oral

Definição: Distúrbio caracterizado por ulceração ou inflamação da mucosa oral.

1. Questionar sobre quando surgiu o sintoma, local e fatores de agravamento e explorar a existência em simultâneo de xerostomia;

2. Avaliar o grau de Mucosite (efeito adverso):

Grau 1 Assintomático ou sintomas ligeiros; não tem indicação para intervenção;

Grau 2 Dor moderada ou úlcera que não interfere com a ingestão oral; tem indicação para modificação da dieta;

Grau 3 Dor severa; interfere com a ingestão oral;

Grau 4 Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência;

Grau 5 Morte.

3. Se grau ≤ 2 :

- Hidratação oral para refrescar a boca, p.ex: chá de camomila, bicarbonato de sódio: 1 colher de sobremesa num copo de água de 200mL;
- Solução manipulada 500mL (Bicarbonato de Sódio 1,2% + 1.200.000 U.I. % Nistatina suspensão oral + Cloridrato de lidocaína 0,12%) – realizar bochechos frequentes ao longo do dia, nomeadamente 10 a 15 min. antes das refeições;

4. Se grau = 3:

- Aconselhar solução de nistatina – bochechar 1mL e depois engolir, 4 a 6x/dia durante 7 a 14 dias;
- Solução manipulada 500mL (Bicarbonato de Sódio 1,2% + 1.200.000 U.I. % Nistatina suspensão oral + Cloridrato de lidocaína 0,12%) – realizar bochechos frequentes ao longo do dia, nomeadamente 10 a 15 min. antes das refeições;
- Em alternativa à solução manipulada poderá utilizar Bexidente® aftas ou Aloclair® Plus solução bucal;
- Aloclair® Plus em gel ou spray ou Bexidente® aftas gel para aplicação em úlceras localizadas 3 a 4x/dia evitando ingerir alimentos nos 30min. seguintes;

5. Se grau < 4:

- Adaptação da dieta (consistência mole, temperatura baixa, pouco ácida e não salgada e não picante);
- Utilização de uma escova de dentes de cerdas moles (se escovagem não dolorosa e sem sangramento);
- Utilização de pasta de dentes de sabor neutro;
- Utilização de fio dental desde que não seja doloroso nem resulte em sangramento;
- Evitar utilização de colutórios com clorhexidina que poderão agredir ainda mais a mucosa oral;
- Em caso de hemorragia pontual fazer pressão local com uma compressa embebida em água fria;
- Promover a hidratação dos lábios com produtos lubrificantes à base de água, cera (lanolina) ou óleos (coco, minerais);

6. No caso de utilizar prótese dentária removê-la e limpá-la com regularidade – depois das refeições e antes de deitar (fazer imersão em soluções de nistatina durante 30min.);

7. Avaliar a presença de candidíase:

- Reforçar o plano de cuidados para uma boca saudável;
- Se lesões, articulação com a equipa médica para instituir terapêutica dirigida;

8. Se grau = 3 persistir mais do que 48h ou se grau = 4 dar conhecimento à equipa médica e articular atendimento não programado ou encaminhamento para o serviço de urgência.

Após início de medidas realizar *Follow-Up* telefónico em 24-48h

1.10. Náuseas e vômitos

Definição de náuseas: Distúrbio caracterizado por sensação de enjoo e/ou urgência de vomitar.

Definição de vômitos: Distúrbio caracterizado pelo ato reflexo de ejetar o conteúdo estomacal através da boca.

1. Avaliar o grau de Náuseas e Vômitos (efeito adverso):

Náuseas

Grau 1 Perda de apetite sem alteração nos hábitos alimentares;

Grau 2 Diminuição da ingestão alimentar sem perda significativa de peso, desidratação ou má nutrição;

Grau 3 Ingestão inadequada de líquidos ou sólidos por via oral; indicação para alimentação por sonda nasogástrica, alimentação parentérica ou hospitalização.

Vômitos

Grau 1 1 – 2 episódios nas 24 horas;

Grau 2 3 – 5 Episódios nas 24 horas;

Grau 3 6 - 10 Episódios nas 24 horas;

Grau 4 > 10 episódios nas 24h; consequências fatais;

Grau 5 Morte.

2. Identificar medicação antiemética do doente;

3. Se náuseas grau ≤ 2 ou vômitos ≤ 2 , identificar e tratar as causas reversíveis:

- Má higiene da orofaringe – ensinar cuidados de higiene à boca;
- Induzido por quimioterapia e radioterapia – verificar prescrição médica adjuvante e sua adesão;
- Obstipação grave – ver *guidelines* obstipação;
- Estase gástrica – Procinéticos: Metoclopramida 10mg e/ou Domperidona 10mg 3x/dia;
- Avaliar possibilidade de obstrução gástrica ou intestinal;
- Induzido por medicação:

- Rever e articular com equipa médica para descontinuar medicação desnecessária;
- Causa psicogénica:
 - Induzido por distúrbios alimentares, somatização, distúrbios de comportamento (pânico, fobia) – referência para Psiquiatria através de articulação com equipa médica assistente;

4. Realizar educação para a saúde:

- Em caso de vómitos evitar comer nos 30-60 min. imediatos;
- Privilegiar a ingestão de água e chá (gengibre, limão, menta);
- Encorajar a fazer refeições frias, pequenas e leves, como tostas, bolachas, arroz;
- Limitar temperos, gordura, excesso de sal e açúcar;
- Evitar álcool e tabaco;
- Evitar deitar-se imediatamente após as refeições;

5. Se o sintoma persistir, articular com a equipa médica assistente para consulta de urgência ou serviço de urgência.;

6. Se náuseas grau 3, vómitos grau ≥ 3 ou outros sintomas associados (vómito com sangue, colúria e acolia, febre) dar conhecimento à equipa médica para considerar atendimento não programado ou encaminhamento para o serviço de urgência;

Realizar *Follow-Up* telefónico em 24h

1.11. Neuropatia periférica

Definição Neuropatia Periférica Sensorial: Distúrbio caracterizado pela inflamação ou degenerescência dos nervos periféricos.

1. Avaliar a sintomatologia sentida:

- Dormência, formiguelo ou desconforto nas extremidades distais;
- Dor neuropática;
- Perda de sensibilidade nas extremidades distais;

Neuropatia Periférica:

Grau 1 Assintomático; parestesias ou perda dos reflexos dos tendões profundos;

Grau 2 Sintomas moderados; limitativo das AVD;

Grau 3 Sintomas severos; limitativo do autocuidado e AVD;

Grau 4 Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência;

Grau 5 Morte.

2. Quando identificado qualquer dos graus de neuropatia periférica o enfermeiro deve referenciar de imediato a situação ao médico assistente para avaliação da sintomatologia e intervenção farmacológica;

3. Se grau ≥ 2 e < 4 , avaliar o nível de limitações das atividades de vida diárias da pessoa e fazer educação para a saúde:

- Evitar a exposição das mãos e pés a temperaturas muito quentes ou muito frias;
- Evitar comer bebidas e comidas frias nos dias seguintes ao tratamento (Oxaliplatina);
- Vestir:
 - Usar fechos com velcro no vestuário e calçado, ao invés de utilizar vestuário com botões e sapatos com atacadores;
 - Recorrer ao auxílio de calçadeira para sapatos;
 - Usar sapatos fechados que não sejam apertados nos dedos;
 - Alternar sapatos para evitar que os pés estejam submetidos às mesmas zonas de pressão;
 - - Usar luvas, meias e cachecol para proteger do frio (oxaliplatina);
- Evitar quedas:
 - Manter as salas, escadas e corredores bem;

- Evitar andar descalço e usar meias escorregadias ou com costuras;
- Usar corrimão e escadas com superfície antiderrapante;
- Ordenar e arrumar a casa;
- Evitar o uso de tapetes;

- Evitar outros acidentes:

- Indicar uso de luvas de borracha para lavar a louça como proteção;
- Verificar sempre a temperatura da água (com cotovelo, antebraço, pedir a outra pessoa) ;
- Usar utensílios e loiça leve que não quebrem facilmente;
- Alertar para os riscos associados ao corte: p. ex. ao fazer a barba, ao cozinhar alimentos, etc.;
- Optar por embalagens de abertura fácil;
- Alertar para os riscos de queimaduras quando utilizar o forno – usar luvas de proteção;
- Usar tapete antiderrapante no banho;

4. Se grau = 4 - sinais de compressão medular (dor nas costas, perda motora) - encaminhar para serviço de urgência

1.12. Obstipação

Definição: Distúrbio caracterizado pela dificuldade constante ou eventual de evacuação de fezes.

1. Ensinar sobre medidas preventivas:

- Aumentar aporte de fluídos (2L/dia);
- Aumentar dieta rica em fibras concomitante com adequada ingestão oral de fluídos e atividade física;
- Atividade física, se apropriada e adequada às exigências do doente;
- Privilegiar fruta com casca e madura (ameixa, kiwi, maçã, manga, papaia, figo)
 - Evitar a ingestão de chá preto, café, açúcar, queijo, bananas, arroz
- Tentar evacuar 30-60 minutos após as refeições;

2. Avaliar o grau de Obstipação (efeito adverso):

Grau 1 Sintomas ocasionais ou intermitentes; uso ocasional de laxantes, dieta modificada ou enemas;

Grau 2 Sintomas persistentes com uso regular de laxantes ou enemas; limitativo das AVD's;

Grau 3 Obstipação com indicação de evacuação manual; limitativo de autocuidado e AVD's;

Grau 4 Consequências fatais; tem indicação para intervenção de urgência;

Grau 5 Morte.

3. Se obstipação estiver presente:

- Avaliar a causa e as complicações adjacentes (quimioterapia, medicação, alterações na dieta);
- Identificar possibilidade de obstrução intestinal;

4. Se grau ≤ 2 aconselhar lactulose (até 3x/dia) ou Bisacodilo® 5mg (até 2 comprimidos/dia) e microenema de limpeza (Microlax®, 450mg/5mL + 45mg/5mL, Solução retal adulto);

5. Se grau ≥ 3 , indicado observação presencial:

- Toque retal com presença de fezes moles:

- Microenema de limpeza (Microlax®, 450mg/5mL + 45mg/5mL, Solução retal adulto) ou
- Bisacodilo®, 1 supositório;
- Toque retal com presença de impactação fecal:
 - Administrar supositório de glicerina e enema de parafina;
 - Desimpactação digital manual;
 - Iniciar Bisacodilo® 10mg/24h ou lactulose 1-3x/dia com o objetivo de obter um movimento espontâneo do intestino a cada 1-2dias;

6. Se a obstipação persistir ou associada a outros sintomas (febre, dor abdominal, náuseas e/ou vômitos):

- Reavaliar a causa e a gravidade;
- Articular com a equipa médica atendimento não programado ou encaminhar o doente para o serviço de urgência.

Realizar *Follow-Up* telefónico em 24-48h

1.13. Prurido

Definição: Distúrbio caracterizado por uma sensação intensa de comichão.

1. Avaliar o grau de Prurido (efeito adverso):

Grau 1 Ligeiro ou localizado. Indicação para intervenção tópica;

Grau 2 Intenso ou muito difundido; intermitente; alterações na pele de arranhar (edema, pápulas, escoriações, crostas); intervenção com medicação oral; limitativo das AVD;

Grau 3 Intenso ou muito difundido; constante; limitativo do autocuidado, sono e AVD; indicação para corticoterapia ou imunossuppressores.

2. Explorar a causa do prurido:

- Doença primária de pele (dermatite atópica, dermatite de contacto ou psoríase);
- Infecção (candidíase ou outra infecção fúngica, piolhos, sarna);
- Medicação (opioides, nomeadamente morfina);
- Doenças sistémicas (hepatite, hepatoma, icterícia, cirrose, biliar primária, doença renal crónica, alterações da tiroide, diabetes mellitus, anemia, linfoma, leucemia, mieloma múltiplo ou policitémia);

3. Questionar sobre a pele (identificação de lesões provocadas pelo ato de coçar);

4. Se grau < 2, instituir tratamento não farmacológico:

- Ensino ao doente: roupas largas de preferência de algodão, manter as unhas curtas e limpas, evitar aplicar lanolina e produtos perfumados à pele, adicionar bicarbonato de sódio à água do banho e secar a pele através de pequenos toques ao invés de friccionar;
- Utilizar um emoliente ou creme à base de água;
- Adicionar um emoliente à água do banho e utilizar um gel duche como substituto do sabão;
- Emolientes contendo mentol podem ser utilizados para áreas de prurido mais intenso;

5. Se grau ≥ 2 , articular com a equipa médica para tratamento farmacológico e eventual atendimento não programado;

6. Mesmo com o desaparecimento deste sintoma deverá ser sempre promovido o uso diário de emolientes ou creme à base de água, realizar o banho com água tépida não excedendo os 30 min. e de preferência a cada 2 dias, utilizar detergente para a roupa de bebê e/ou neutro de perfumes.

1.14. Soluços

Definição: Distúrbio caracterizado por sons repetitivos que resultam da abertura e fecho involuntários da glote. São atribuídos a espasmos do diafragma.

1. Avaliar o grau dos Soluços (efeito adverso):

Grau 1 Sintomas ligeiros. Sem indicação para intervenção terapêutica;

Grau 2 Sintomas moderados. Indicação para intervenção terapêutica; limitativo das AVD's;

Grau 3 Sintomas severos: interfere com o sono, limitativo do autocuidado e AVD's.

2. Investigar as causas possíveis dos soluços, que em doentes com cancro em estágio avançado incluem:

- Estase e distensão gástrica (causa mais comum);
- Refluxo gastro esofágico;
- Distúrbios metabólicos (urémia ou hipercalcémia);
- Infecção;
- Irritação diafragmática ou do nervo frénico;
- Patologia hepática ou hepatomegalia;
- Causas origem cerebral (tumor ou metástases);

3. Se grau ≤ 2 aconselhar tratamento não farmacológico:

- Estimulação vagal ou laríngea (desencadeia reflexo de vômito inibindo os soluços):
 - o Beber água gelada ou engolir gelo picado (contraindicado em doentes sob Oxaliplatina);
 - o Massagem do palato mole;
- Elevação do PCO₂ com inibição do reflexo ao nível do tronco cerebral:
 - o Respirar para dentro de um saco de papel, especialmente se o doente estiver a hiperventilar;
 - o Manobra de Valsalva;

4. Se grau > 2 dar indicação para administração de Metoclopramida 10mg 8/8h. Se não houver melhoria articular com a equipa médica para tratamento com outros fármacos.

1.15. Xerostomia

Definição: Distúrbio caracterizado pela diminuição de produção de saliva na cavidade oral.

1. Pedir para observar a cavidade oral. Perante a existência de lábios gretados, lubrificá-los com vaselina antes da observação. Identificar:

- Sinais de secura;
- Ulceração;
- Cárie dentária;
- Halitose;

2. Reforçar o plano de cuidados para uma boca saudável;

3. Investigar a etiologia (tumor, radiação, cirurgia, medicação, desidratação);

4. Avaliar o grau de Xerostomia (efeito adverso):

Grau 1 Sintomático (por ex.: saliva seca ou grossa) sem alterações significativas nos hábitos alimentares; produção de saliva não estimulada > 0,2 mL/min;

Grau 2 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 de 0,1 a 0,2 mL/min;

Grau 3 Incapacidade de alimentação por via oral; indicada alimentação por SNG ou parentérica; produção de saliva não estimulada < 0,1 mL/min.

5. Se grau ≤ 2:

- Saber se o doente mantém o parênquima salivar funcionante, através da estimulação de ação mecânica ou gustativa;
- Ingestão reforçada de líquidos, se possível, sumos de fruta ácida;
- Chupar cubos de gelo (lâminas) e/ou comprimidos de vitamina C;
- Mastigar pastilhas e rebuçados (sem açúcar) de frutas ácidas;
- Usar substitutos salivares:
 - Saliva artificial – Glandosane® spray ou Elgydium®;
 - Chá de camomila com gotas de limão fresco;

- Antimicrobianos: Gluconato de clorexidina 0,12%, bochechar 10mL, 2x/dia para controlar quimicamente a placa bacteriana;
- Promover os bochechos com bicarbonato de sódio diluído em água;
- Evitar os produtos com clorexidina sempre que esteja presente mucosite;
- Incentivar a limpeza da boca e dos dentes após cada refeição (escova de dentes de cerdas macias, utilização de fio dental desde que não seja doloroso ou provoque hemorragia);
- Utilizar lubrificantes à base de água, lanolina ou óleos minerais (coco) para manter os lábios hidratados;
- Adaptação da dieta: líquida, cremosa e moderadamente fria;
- Incentivar a ingestão de pequenos goles de água alternado com a comida para facilitar a mastigação e deglutição;
- Aumentar a humidade do quarto através de nebulizador;

6. Se grau > 2 articular com equipa médica assistente com o intuito de controlar o uso de medicamentos xerogénicos: opióides, anti-histamínicos, antidepressivos, antiepiléticos, ansiolíticos e anticolinérgicos;

7. Se grau > 2 e na presença de fatores como febre, dor, incapacidade para se alimentar por mais de 24h e/ou outros que possam indicar necessidade de aporte nutricional entérico ou parentérico, articular com a equipa médica assistente atendimento não programado para avaliação presencial.

Após início de medidas realizar *Follow-Up* telefónico em 24-48h

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente protocolo foi realizado com base na evidência científica mais atualizada no que concerne às *guidelines* de atuação dos enfermeiros aquando do aparecimento de EA's derivados dos tratamentos de quimioterapia realizadas na doença oncológica hepatobilio-pancreática.

As intervenções de enfermagem contempladas deverão ser utilizadas por toda a equipa de enfermagem para permitir uma gestão de sintomas consistente por parte da mesma. Contudo, as necessidades de educação avaliadas devem ter sempre em conta a individualidade de cada pessoa/família, bem como todas as intervenções planeadas.

Este documento deverá ser alvo de atualização sempre que se justifique para que se garanta a qualidade dos cuidados sempre baseados na evidência científica mais recente. O mesmo poderá ainda ser alvo de introdução de novos EA's caso se pretenda que seja um protocolo adaptado também a outros fármacos antineoplásicos utilizados em outras patologias oncológicas.

Face à rápida evolução das doenças e também ao aparecimento recente de novos tratamentos e novos protocolos terapêuticos, considera-se importante que no futuro este protocolo seja também adaptado aos EA's provocados pelos tratamentos de imunoterapia, biológicos ou terapêuticas alvo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (2015). Dispneia. Traduzido e adaptado de EONS – PEP`s. Portugal: 2015. Acedido em 18/01/2022. Disponível em <http://www.aeop.pt/ficheiros/5e5c8b4fa5b478b801c0af26c1d22402.pdf>
- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (2015). Neuropatia Periférica. Traduzido e adaptado de EONS – PEP`s. Portugal: 2015. Acedido em 17/01/2022. Disponível em <http://www.aeop.pt/ficheiros/ff4bd2e17973d881b07777aead83bb85.pdf>
- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa (2016). Dor. Traduzido e adaptado de EONS – PEP`s. Portugal: 2015. Acedido em 17/01/2022. Disponível em https://aeop.pt/ficheiros/PEP_Dor_De2016.pdf
- BCCANCER Agency (2008). For the Patient: hair loss due to chemotherapy. Acedido em 14/01/2022. Disponível em http://www.bccancer.bc.ca/drug-database-site/Documents/ForthePatientHairLossduetoChemotherapy_1Feb2008.pdf
- BCCANCER Agency: Care & Research (1996). Nutritional Guidelines For Symptom Management: Xerostomia. Acedido em 14/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nutrition-site/Documents/Symptom%20management%20guidelines/Xerostomia.pdf>
- BCCANCER Agency: Oncology Nutrition (1996). Nutritional Guidelines for Symptom Management: Anorexia. Acedido em 14/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nutrition-site/Documents/Symptom%20management%20guidelines/anorexia.pdf>
- BCCANCER Agency: Oncology Nutrition (2014). Food Choices to Help Manage Constipation. Acedido em 17/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nutrition-site/Documents/Patient%20Education/Food-choices-to-help-manage-constipation.pdf>
- BCCANCER (2010). Symptom Management Guidelines: anorexia and cachexia. Acedido em 14/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/2.%20Anorexia%20and%20Cachexia.pdf>
- BCCANCER (2010). Symptom Management Guidelines: chemotherapy – Induced Peripheral Neuropathy (CIPN). Acedido em 17/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/15.%20Peripheral%20Neuropathy.pdf>

- BCCANCER (2010). Symptom Management Guidelines: constipation. Acedido em 17/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/3.%20Constipation.pdf>
- BCCANCER (2010). Symptom Management Guidelines: diarrhea. Acedido em 12/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/4.%20Diarrhea.pdf>
- BCCANCER (2010). Symptom Management Guidelines: dyspnea. Acedido em 18/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/5.%20Dyspnea.pdf>
- BCCANCER (2010). Symptom Management Guidelines: nausea and vomiting. Acedido em 18/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/health-professionals/clinical-resources/nursing/symptom-management>
- BCCANCER (2010). Symptom Management Guidelines: fever and neutropenia. Acedido em 13/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/7.%20Fever%20and%20Neutropenia.pdf>
- BCCANCER (2010). Symptom Management Guidelines: oral mucositis. Acedido em 13/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/12.%20Oral%20Mucositis.pdf>
- BCCANCER (2010). Symptom Management Guidelines: pain. Acedido em 17/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/13.%20Pain.pdf>
- BCCANCER (2010). Symptom Management Guidelines: sleep-wake disturbance. Acedido em 16/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/17.%20Sleep-Wake%20Disturbance.pdf>
- BCCANCER (2010). Symptom Management Guidelines: xerostomia. Acedido em 14/01/2022. Disponível em <http://www.bccancer.bc.ca/nursing-site/Documents/18.%20Xerostomia.pdf>
- Canadian Partnership Against Cancer (Cancer Journey Advisory Group) and the Canadian Association of Psychosocial Oncology (2012). A Pan-Canadian Practice Guideline: Prevention, Screening, Assessment and Treatment of Sleep Disturbances in Adults with Cancer. Toronto. Acedido em 16/01/2022. Disponível em https://www.cancercareontario.ca/system/files_force/symptoms/CCOSleepGuideline_0.pdf?download=1

- Cancer Care Ontario (2012). Cancer Care Ontario's Symptom Management Guides-to-Practice: Bowel Care, Acedido em 17/01/2022. Disponível em https://www.cancercareontario.ca/system/files_force/symptoms/CCOBowelFull0.pdf?download=1
- Cancer Care Ontario (2010). Cancer Care Ontario's Symptom Management Guides-to-Practice: Dyspnea, Acedido em 18/01/2022. Disponível em https://www.cancercareontario.ca/system/files_force/symptoms/CCODyspneaFull.pdf?download=1
- Cancer Care Ontario (2012). Cancer Care Ontario's Symptom Management Guides-to-Practice: Loss of appetite. Acedido em 14/01/2022. Disponível em https://www.cancercareontario.ca/system/files_force/symptoms/CCOAppetiteFull.pdf?download=1
- Cancer Care Ontario (2012). Symptom Management Algorithm: Pain in adults with cancer. Acedido em 17/01/2022. Disponível em https://www.cancercareontario.ca/system/files_force/symptoms/PainAlgorithm.pdf?download=1
- Cancer Care Ontario (2019). Symptom Management Algorithm: nausea and vomiting in adults with cancer. Acedido em 18/01/2022. Disponível em https://www.cancercareontario.ca/system/files_force/symptoms/NauseaVomitingAlgorithm.pdf?download=1
- Jones, P. et al. (2016). Oncology/Haematology 24 Hour Triage Rapid Assessment and Access Toolkit – 2nd Edition. UKONS: Oncology Nursing Society.
- Mollaoğlu, M. & Erdoğan, G. (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. European Journal of Oncology Nursing, 18(1), p. 78-84. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.07.006.
- National Cancer Institute (2017). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v.5.0). U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Acedido em 10/01/2022. Disponível em https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf
- National Cancer Institute (2020). Hair loss (alopecia) and cancer treatment – Side effects. Acedido em 14/01/2022. Disponível em <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/hair-loss>

- National Cancer Institute (2021). PDQ® Supportive and Palliative Care Editorial Board. PDQ Pruritus – Health Professional Version. Acedido em 14/01/2022. Disponível em <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/skin-nail-changes/pruritus-hp-pdq>
- National Comprehensive Cancer Network (2021). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Palliative Care. Acedido em 12/01/2022. Disponível em https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf
- National Comprehensive Cancer Network (2022). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Adult Cancer Pain. Acedido em 20/01/2022. Disponível em https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pain.pdf
- National Comprehensive Cancer Network (2022). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Hepatobiliary Cancers. Acedido em 05/03/2022. Disponível em https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/hepatobiliary.pdf
- National Comprehensive Cancer Network (2022). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma. Acedido em 05/03/2022. Disponível em https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/pancreatic.pdf
- NHSSCOTLAND (2019). Scottish Palliative Care Guidelines – Hiccups. Acedido em 13/01/2022. Disponível em: <https://www.palliativecareguidelines.scot.nhs.uk/guidelines/symptom-control/Hiccups.aspx>
- Oatley, M. & Fry, M. (2020). A nurse practitioner-led model of care improves access, early assessment and integration of oncology services: an evaluation study. Support Care Cancer, 28(10), p. 5023-5029. DOI: 10.1007/s00520-019-05292-0
- Ontario Health - Cancer Care Ontario (s/d). Symptom Management Algorithm: oral mucositis in adults with cancer. Acedido em 13/01/2022. Disponível em https://www.cancercareontario.ca/system/files_force/symptoms/MucositisAlgorithm.pdf?download=1
- Ontario Health – Cancer Care Ontario (s/d). Symptom Management Algorithm: Xerostomia & Salivary Hypofunction In Adults with Cancer. Acedido em 14/01/2022. Disponível em https://www.cancercareontario.ca/system/files_force/symptoms/XerostomiaAndSalivaryHypofunctionAlgorithm.pdf?download=1

- Saif, W., Banchs, J., Kohne, C. (2020). Fluoropyrimidine-associated cardiotoxicity: incidence, clinical manifestations, mechanisms, and management. UpToDate. Acedido em 17/01/2022. Disponivel em <https://www.uptodate.com/contents/fluoropyrimidine-associated-cardiotoxicity-incidence-clinical-manifestations-mechanisms-and-management>
- Stacey, D., Ludwing, C., Jolicoeur, L., Carley, M., Balchin, K., Jibb, L. ... Martelli, L. (2020). Quality of telephone-based cancer symptom management by nurses: a quality improvement project. Support Care Cancer, 29(2), p. 841-849. DOI: 10.1007/s00520-020-05551-5.
- Suh, S-R. & Lee, M. (2017). Effects of nurse-led telephone-based supportive interventions for patients with cancer: a meta-analysis. Oncology Nursing Forum, 44(4), p. 168-184. DOI: 10.1188/17ONF.E168-E184.

APÊNDICE X

**Fluxograma - Protocolo de gestão de efeitos adversos na consulta de
enfermagem telefónica**

FLUXOGRAMA – PROTOCOLO DE GESTÃO DE EFEITOS ADVERSOS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÓNICA

ALOPÉCIA

- Intervenções promotoras da auto-imagem
- Intervenções promotoras de cuidados ao cabelo e ao escalpe
- Se associado a Dor avaliar e intervir com medidas farmacológicas

ANOREXIA

- **Identificar o padrão habitual de apetite da pessoa e a existência de dietas específicas**
- Se grau ≤ 2
 - Intervenções não farmacológicas promotoras do aumento da ingestão de líquidos e de alimentos
 - **Follow-up telefónico em 48h**
- Se grau > 2
 - Encaminhar para Nutricionista
 - Articular atendimento não programado ou encaminhar para serviço de urgência
- Se carência económica
 - Encaminhar para Assistente Social

DIARREIA

- Se faz/fez imunoterapia
 - Contactar médico assistente
- Se grau < 3
 - Intervenções não farmacológicas promotoras do reforço hídrico e da adaptação da dieta alimentar
 - Loperamida® máximo 16mg/dia
 - Ultra Levur® 3x/dia (caso não seja portador de Implantofix®)
 - **Follow-up telefónico em 24h**
- Se grau < 3 por 48h ou ≥ 3
 - Articular atendimento não programado ou encaminhar para serviço de urgência

DISPNEIA

- Se grau ≤ 2
 - Intervenções não farmacológicas
- Se grau > 2
 - Encaminhar para o serviço de urgência

DOR

- Se grau ≤ 2
 - Intervenções não farmacológicas
 - Paracetamol 1gr máximo 3x/dia
 - Anti-inflamatórios não esteróides
 - Articular com médico assistente otimização terapêutica
- Se grau = 3
 - Articular atendimento não programado ou encaminhar para serviço de urgência
- **Follow-up telefónico em 24-48h**

DOR NO PEITO

- Se utente com quimioterapia em curso através de infusor – instruir a clampar sistema
- Encaminhar para serviço de urgência e dar conhecimento à equipa médica

FEBRE

- Intervenções não farmacológicas de arrefecimento e ingestão de líquidos
- Paracetamol 1gr
- Articular atendimento não programado ou encaminhar para serviço de urgência

INSÓNIA

- Se grau < 3
 - Intervenções não farmacológicas que favoreçam uma boa higiene do sono
- Se grau ≥ 3
 - Articular com médico assistente para tratamento farmacológico

MUCOSITE

- Se grau ≤ 2
 - Intervenções promotoras de hidratação oral
 - Intervenções promotoras de cuidados de higiene à boca
 - Solução manipulada no hospital
- Se grau = 3
 - Intervenções anteriores
 - Adaptação da dieta
 - Solução de nistatina
 - Bexidente® aftas ou Alocclair® Plus (solução e/ou gel)
- Se grau = 3 por 48h ou = 4
 - Articular atendimento não programado ou encaminhar para serviço de urgência
- **Follow-up telefónico em 24-48h**

NÁUSEAS E VÔMITOS

- **Identificar medicação antiemética do doente e a sua adesão terapêutica**
- Se grau ≤ 2
 - Intervenções não farmacológicas
 - Metoclopramida máximo 3x/dia e/ou Domperidona 3x/dia
 - **Follow-up telefónico em 24h**
- Se grau ≤ 2 por 48h ou náuseas = 3 ou vômitos ≤ 3 + hemorragia, febre, colúria ou acolia
 - Articular atendimento não programado ou encaminhar para serviço de urgência

NEUROPATIA PERIFÉRICA

- Se grau ≥ 2 e < 4
 - Intervenções promotoras de autonomia
 - Intervenções promotoras da prevenção de acidentes
 - Articular com médico assistente para tratamento farmacológico
- Se grau = 4
 - **Encaminhar para serviço de urgência** (eventual compressão medular)

OBSTIPAÇÃO

- **Excluir possibilidade de obstrução intestinal**
- Se grau ≤ 2
 - Intervenções não farmacológicas que promovam o peristaltismo
 - Utilização de laxante: Lactulose ou Bisacodilo®
 - Microenema de limpeza: Microlax®
- Se grau ≥ 3 ou associada a febre, dor abdominal, náuseas e/ou vômitos
 - Articular atendimento não programado ou encaminhar para serviço de urgência

PRURIDO

- Se grau < 2
- Intervenções não farmacológicas que promovam os cuidados à pele
- Se grau ≥ 2
- Articular com médico assistente para tratamento farmacológico e eventual atendimento não programado

SOLUÇOS

- Se grau ≤ 2
- Intervenções não farmacológicas
- Se grau > 2
- Metoclopramida 3x/dia
- Articular com médico assistente tratamento com outros fármacos

XEROSTOMIA

- **Investigar etiologia**
- Se grau ≤ 2
- Intervenções promotoras de cuidados de higiene à boca
- Intervenções promotoras de hidratação oral
- Adaptação da dieta
- Incentivar à utilização de substitutos salivares
- **Follow-up telefônico em 24h-48h**
- Se grau > 2
ou febre, dor, incapacidade
para se alimentar
- Articular atendimento não programado ou encaminhar para serviço de urgência

APÊNDICE XI

Estudo de Caso – Centro Clínico C

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na
Opção de Enfermagem Oncológica**

Estudo de caso

**A Consulta de Enfermagem presencial e de follow-up
telefónico enquanto ferramentas para a capacitação
do autocuidado da pessoa em quimioterapia**

Carla Patrícia Gonçalves Nazareth



**Lisboa
Janeiro 2022**

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na
Opção de Enfermagem Oncológica**

Estudo de caso

**A Consulta de Enfermagem presencial e de *follow-up*
telefónico enquanto intervenções autónomas para a
capacitação do autocuidado da pessoa em
quimioterapia**

**Carla Patrícia Gonçalves Nazareth
Nº 216**



Professora Orientadora:

Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá



**Lisboa
Janeiro de 2022**

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. A TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM.....	5
2. A PESSOA, A FAMÍLIA E O CONTEXTO DE VIDA	8
3. A CONSULTA DE ENFERMAGEM E O PLANEAMENTO DE CUIDADOS	11
CONCLUSÃO	20
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	21

INTRODUÇÃO

No âmbito do estágio inserido na unidade curricular Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, e com o objetivo de desenvolver competências de enfermeiro especialista à pessoa com doença oncológica, foi realizado o presente Estudo de Caso. Intitulado “A Consulta de Enfermagem presencial e de *follow-up* telefónico enquanto intervenções autónomas para a capacitação do autocuidado da pessoa em quimioterapia”, pretende ser um instrumento descritivo e reflexivo que demonstre o processo de enfermagem elaborado com o objetivo de prestar cuidados de enfermagem ao adulto e sua família com doença oncológica, em contexto de tratamento de quimioterapia em ambulatório.

Sendo o enfermeiro de prática avançada aquele que presta cuidados centrados na pessoa e família reconhecendo-os como parte integrante de todo o processo de doença e enquanto agentes ativos na tomada de decisão (*Oncology Nursing Society*, 2007 e 2019), a elaboração deste trabalho tem como objetivos específicos a prestação de cuidados de enfermagem promotores do autocuidado à pessoa/família através da compreensão do impacto que a doença oncológica e os efeitos adversos do tratamento de quimioterapia têm nos mesmos ao nível da dinâmica familiar e da satisfação das atividades de vida diárias; por conseguinte, este Estudo de Caso pretende ainda espelhar a importância da realização de um plano educativo que promova a capacitação da pessoa e sua família com base no fornecimento de informação que responda às necessidades educacionais avaliadas e que possam ser fundamentais para uma intervenção segura e fundamentada capaz de antecipar problemas e intervir aquando do aparecimento dos mesmos.

Assim, é realizado o presente trabalho que se centra numa metodologia de investigação através da colheita de dados e sua respetiva análise através de um pensamento crítico e reflexivo que me permita justificar as intervenções de enfermagem tendo como princípio os cuidados individualizados e personalizados da pessoa, família ou comunidade (Galdeano, Rossi, Zago, 2003).

Neste sentido, foi selecionada uma pessoa com diagnóstico de doença oncológica recente e que iria iniciar tratamento de quimioterapia tendo, portanto, uma consulta de enfermagem aquando da administração do primeiro tratamento. Foi obtido o seu consentimento verbal para a prestação de cuidados e recolha de dados

(incluindo no seu processo clínico informatizado), após apresentação dos objetivos do trabalho, garantido a total confidencialidade.

Este trabalho divide-se em 6 partes: sendo a primeira a introdução; a segunda parte apresenta o enquadramento conceptual do modelo de enfermagem de Dorothea Orem – A Teoria do Défice de Autocuidado em Enfermagem (TDACE) – escolhido enquanto modelo norteador do processo de enfermagem; a terceira parte engloba a descrição da pessoa, sua família e seu contexto de vida; a quarta parte apresenta o planeamento de cuidados; a quinta parte apresenta a conclusão do Estudo de Caso e as competências desenvolvidas; por fim, estarão expostas as referências bibliográficas utilizadas como fonte de evidência científica

1. A TEORIA DO DÉFICE DE AUTOCUIDADO EM ENFERMAGEM

O presente estudo de caso irá abordar a situação da Sr.^a C.M.M., doravante tratada por Sr.^a C, conforme a sua preferência, e cuja colheita de dados foi orientada tendo como suporte a TDACE de Orem cuja base da teoria é a pessoa enquanto detentor de poder para agir deliberadamente e o seu conceito chave é o autocuidado (Tomey & Alligood, 2004; Petronilho, 2012).

O autocuidado é considerado como um processo de manutenção da saúde e gestão da doença através de práticas consideradas como positivas, sendo definido por Orem como “a prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecimento das pessoas que as iniciam e desempenham (...) com o intuito de preservar a vida e o funcionamento saudável (...) e o bem-estar pessoal” (Tomey & Alligood, 2004, p. 213). Petronilho (2012), acrescenta ainda que sendo o autocuidado um conceito complexo, pode ainda ser considerado tanto como um processo de saúde e de bem-estar inato, como também um processo apreendido no decurso de processos de saúde e de doença, refletindo os estilos individuais e adaptações específicas às histórias de vida. Neste sentido, Sidani (2011) citado por Petronilho (2012), considera que o autocuidado tem como resultado a promoção da saúde através de intervenções para gerir a doença e que visam a melhoria da condição global de saúde.

Dorothea Orem desenvolveu a TDACE enquanto uma teoria geral que engloba três teorias que se relacionam: Teoria do Autocuidado, Teoria do Défice do Autocuidado e Teoria de Sistemas de Enfermagem.

A Teoria do Autocuidado descreve como e porque as pessoas cuidam de si próprias, e pressupões que todos os indivíduos têm potencial para o desenvolvimento de práticas para o seu autocuidado já que possuem habilidades, conhecimentos e experiência que foram adquiridas ao longo da vida (Petronilho, 2012). Orem (2001), citada por Petronilho (2012), considera ainda que o desenvolvimento do autocuidado é “(...) ajudado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e por experiências na realização de medidas de autocuidado” (p.20).

Nesta Teoria, as atividades de vida diária são referidas como requisitos para o autocuidado sendo os mesmos divididos em três tipos. Os requisitos universais (RU) estão associados à manutenção da vida e são comuns a todos os seres humanos (1. manutenção de uma ingestão suficiente de ar, água e comida; 2. cuidados associados aos processos de eliminação de excrementos; 3. preservação do equilíbrio entre

atividade e descanso; 4. preservação do equilíbrio entre solidão e interação social; 5. prevenção de riscos para a vida, o funcionamento e o bem-estar do ser humano; 6. promoção do desenvolvimento humano e o desejo de normalidade); os requisitos de autocuidado de desenvolvimento (RAD) estão associados à adaptação a processos de desenvolvimento ao longo de todo o ciclo vital; os requisitos de autocuidado nos desvios de saúde (RADS) que são exigidos aquando de alterações decorrentes de problemas de saúde que podem gerar dificuldades na manutenção adequada do autocuidado, sendo que as situações em concreto é que irão determinar as necessidades de cuidados da pessoa. Petronilho (2012), refere mesmo que a existência de tumores poderá ser uma condição que exige RADS no que concerne à procura e à garantia de assistência adequada à situação, à percepção dos efeitos da condição patológica, ao cumprimento das intervenções recomendadas estando consciente dos seus efeitos, à aceitação da condição de desvio de saúde e dos cuidados que lhe estão inerentes, e à adaptação às alterações de estilo de vida decorrente de todo o processo patológico.

Desta forma, a Teoria do Autocuidado assenta na premissa de que o ser humano tem capacidade para promover o cuidado de si, ainda que possa beneficiar de cuidados de enfermagem aquando do aparecimento de um desvio de saúde que provoque algum tipo de incapacidade, temporário ou permanente (Torres, Davim, Nóbrega, 1999; Tomey & Alligood, 2004).

No que concerne à Teoria do Défice do Autocuidado esta estabelece a relação entre as capacidades de ação da pessoa e as suas necessidades de cuidados. Assim, não tendo a pessoa capacidade para satisfazer as suas necessidades, serão então determinadas quais as intervenções de enfermagem necessárias, tendo sido identificados por Orem (2001), 5 métodos de ajuda: 1. atuar por ou fazer pelo outro; 2. orientar e guiar; 3. fornecer apoio físico ou psicológico; 4. proporcionar ambiente que promova o desenvolvimento pessoa; 5. ensinar.

Por ultimo, a Teoria dos Sistemas de Enfermagem que sugere que a enfermagem é uma ação humana e deliberada com intencionalidade e operações de diagnóstico, intervenção e avaliação, havendo três possíveis tipos de práticas: um sistema totalmente compensatório, quando a pessoa é incapaz de se autocuidar e o enfermeiro substitui-o nessas funções; um sistema parcialmente compensatório no qual o enfermeiro, em parceria com a pessoa, apenas intervém onde esta não se consegue autocuidar; um sistema apoio-educação no qual a pessoa apenas necessita de supervisão e ensinios por parte do enfermeiro (Orem, 2001). Petronilho (2012),

citando os estudos de Kidd *et al.* (2008), Kidd *et al.* (2009) e Spichiger *et al.* (2011), atenta na importância de um sistema apoio-educação por parte dos enfermeiros no início dos tratamentos de quimioterapia com potencial na capacitação das pessoas com doença oncológica para o seu autocuidado através da aprendizagem de estratégias para gerir os sinais e sintomas decorrentes dos mesmos.

Em suma, para a utilização da teoria geral de Orem é necessário mobilizar os conteúdos das suas três teorias, já que estas se interligam, para que o enfermeiro compreenda quais os requisitos do autocuidado afetados, assim como quais as competências da pessoa para o mesmo, sendo identificadas quais as necessidades alvo de intervenção de enfermagem, através do seu diagnóstico, planeamento e avaliação.

2. A PESSOA, A FAMÍLIA E O CONTEXTO DE VIDA

A Sr.^a C. tem 55 anos e reside perto de Peniche, distrito de Leiria, com o marido. Professora de profissão no ensino público, atualmente de baixa médica, gosta do que faz sentindo-se realizada profissionalmente. O casal tem três filhos, sendo que os dois mais novos ainda residem na sua casa – um apartamento com saneamento básico e água canalizada; a mais velha vive perto e está no 3º trimestre de gravidez. Assume o apoio do marido como sendo incondicional e considera ter uma excelente relação com os três filhos. Mantém ainda uma boa relação com os seus pais que se encontram “de boa saúde” (sic). Considera que tem uma boa rede de apoio familiar não sentido necessidade de ter algum outro tipo de apoio nesta fase da sua vida, apesar de referir algum receio com os efeitos secundários do tratamento. Gosta de viver ao pé do mar e nos seus tempos livres, além de ler, faz caminhadas ao ar livres sempre que as condições climatéricas o permitem.

Como antecedentes pessoais tem como diagnósticos, hipertensão arterial, diabetes *mellitus* tipo 2 e artrite psoriática; cerca de 20 anos antes tinha sido submetida a uma colecistectomia. Encontra-se medicada com insulina, atorvastatina + ezetimiba 40mg+10mg, losartan + hidroclorotiazida 100mg+12,5mg, empagliflozina + metformina 5mg + 850mg e lercanidipina, referindo ser cumpridora da administração da medicação. Nega alergias medicamentosas e alimentares, bem como nega hábitos alcoólicos, tabágicos e toxicofílicos. Refere ter tido na família um tio paterno falecido por cancro do pulmão, não conhecendo quaisquer outros antecedentes na sua família.

Sendo autónoma nas atividades de vida diária, foi avaliada em *Performance Status* 1, de acordo com a escala do *Eastern Cooperative Oncology Group*, pelas queixas de dor de difícil controlo aquando da posição de decúbito dorsal e com agravamento no período noturno.

Cerca de 3 meses antes, em Setembro de 2021 iniciou um emagrecimento súbito sem causa aparente, com perda de cerca de 8Kg neste espaço de tempo; associado a este emagrecimento tinha iniciado em Novembro também um quadro de dor abdominal e de náuseas, o que a levou a recorrer a um serviço de urgência em meados de Dezembro. Realizou TAC abdominal que revelou a existência de uma massa ao nível do corpo/cauda do pâncreas que contactava com o fundo gástrico e a veia esplénica, lesões hepáticas sugestivas de metastização e ainda adenopatias inter-aorto-cava. Foi submetida ainda a uma biópsia hepática que confirmou ser uma metástase de um tumor primário do pâncreas do tipo adenocarcinoma.

Por coincidência tinha tido consulta de oncologia médica no serviço ao qual pertence o Hospital de Dia D, contudo, tinha vindo solicitar uma segunda opinião ao Centro Clínico C, no qual foi realizado um plano de tratamentos idêntico ao proposto na instituição anterior. Optou por realizar os tratamentos no Centro Clínico C, onde lhe foi proposto início de tratamento de quimioterapia com protocolo FOLFIRINOX (oxaliplatina, irinotecano, folinato de cálcio, 5-fluorouracilo em bólus e em sistema infusional programado para 48 horas), necessitando ainda de ser submetida à colocação de um acesso venoso central totalmente implantado (Implantofix®).

No dia do tratamento, já na Unidade de Hospital de Dia foi-lhe realizada a Consulta de Enfermagem (CE) enquanto permanecia no cadeirão já com o primeiro tratamento de quimioterapia em perfusão.

Encontrava-se sozinha na sala, apesar de ter vindo acompanhada pelo marido que se tinha ausentado brevemente. Com uma idade aparente semelhante à idade real, fáceis calmo e sorriso fácil, estava bastante comunicativa e orientada na pessoa, tempo e espaço. De aparência cuidada, com pele e mucosas coradas, apresentava ligeiro edema simétrico ao nível dos membros inferiores. Com 1,66m de altura e 69Kg, refere que apesar de se sentir bem com o seu aspeto físico, perdeu subitamente 8Kg pela doença referindo que as dores e as náuseas, com agravamento sempre que se alimentava, contribuíram para esse emagrecimento; ainda assim refere manter o apetite. Aparentemente sem assimetrias do tórax e com pele íntegra em todo o corpo de acordo com informação prestada pela utente. Não foi realizada um exame físico mais detalhado tendo em conta o contexto de ambulatório e encontrando-se a autonomia da utente mantida, não sentido necessidade de que o mesmo fosse relevante para o presente trabalho. De acordo com o diário clínico apresentava alterações analíticas ao nível da função hepática com valores elevados das transaminases (associados à doença) e com elevação do marcador tumoral CA19,9 (5763U/mL). Hemodinamicamente com perfil tensional normotenso (tensão arterial de 116/78mmHg) e normocárdica (frequência cardíaca de 86bpm), com frequência respiratória de 13cpm e com perfil de oximetria periférica de 99%. Por apresentar dor aquando do diagnóstico foi medicada com Tapentadol 50mg e Metamizol de Magnésio 575mg, contudo, esta mesma medicação tinha sido alvo de ajuste dois dias antes do início do tratamento em consulta da dor ficando com indicação para suspender os dois medicamentos anteriores e iniciar MST 30mg 2x/dia, Sevredol 10mg em SOS e prednisolona 20mg 1x/dia; como adjuvantes foram ainda prescritos metoclopramida 10mg e bisacodilo 5mg, ambos em SOS. Aquando da primeira abordagem para a

realização da CE referia dor abdominal em cinturão tipo moinha (escala numérica = 3). Considerando que o tratamento de quimioterapia ainda não tinha sido enviado pelos serviços farmacêuticos e que a dor era fator de desconforto que condicionava o bem-estar e que poderia condicionar a própria CE, foi articulado com a médica assistente a administração de terapêutica analgésica. Após término da administração da mesma e avaliada a dor em 0 (escala numérica), considerámos haver condições para o início da CE, tendo a Sr.^a C estado muito recetiva à mesma e com bastante interesse em toda a informação que lhe foi disponibilizada. Referia considerar-se uma pessoa saudável, tendo aprendido a viver e a gerir as doenças que lhe foram aparecendo desde cedo; não esperava o diagnóstico de uma doença oncológica, mas encontrava-se “pronta para combater a doença com os tratamentos” (SIC). Manifestou por diversas vezes ao longo da CE bastante preocupação com as dores que sentia, pois esperava sentir uma melhoria significativa depois de ter ido à consulta da dor: “preciso de não ter dores para me conseguir voltar a sentir-me eu mesma, mesmo sabendo que estou doente” (SIC). Quanto aos tratamentos de quimioterapia revelava algum receio pelos efeitos secundários, mas mantinha o seu foco na ajuda que os mesmos tratamentos poderiam ter para “tirar as dores” (SIC). Afirmava que se sentia muito apoiada pelo marido que fazia questão de a acompanhar em todas os momentos e sentia uma grande preocupação por parte dos filhos que faziam questão de se revezar para também a acompanharem.

3. A CONSULTA DE ENFERMAGEM E O PLANEAMENTO DE CUIDADOS

Os enfermeiros prestam cuidados de enfermagem à pessoa, família e comunidade ao longo de todo o ciclo vital com o objetivo de manterem, melhorarem ou recuperarem a sua saúde tendo em vista a melhoria da sua capacidade funcional (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Neste sentido, cabe à enfermagem a prestação de cuidados através de intervenções que podem ser ou não autónomas, sendo a CE uma dessas atividades autónomas que, baseada em evidência científica, permite promover a capacitação para o autocuidado do ser humano. (Portaria Nº19/2012).

Na pessoa com doença oncológica com necessidade de iniciar tratamentos de quimioterapia, a CE torna-se uma ferramenta essencial enquanto promotora da gestão e adesão ao regime terapêutica e da promoção para o autocuidado com o objetivo de aumentar o bem-estar e de minimizar os efeitos adversos (EA's) decorrente do tratamento (Andrade 2012). Roe & Lennan (2014) afirmam que os enfermeiros que prestam cuidados na área da quimioterapia possuem um vasto conhecimento sobre os EA's dos tratamentos e sobre a sua gestão, sendo tal facto sustentado por Mollaoglu & Erdogan (2014) que consideram estes profissionais os mais bem capacitados para os processos educacionais da pessoa no que se refere ao controlo da sintomatologia associada à quimioterapia e da própria evolução da doença.

Se na realidade a maioria das toxicidades dos tratamentos são previsíveis, também é facto de que, considerando o contexto de administração de quimioterapia em ambulatório, a maior parte dos EA's acontecem entre ciclos de tratamentos, isto é, quando a pessoa está em casa (Stacey, Macartney, Carley, Harrison, 2013; Roe & Lennan, 2014). Sá, Lopes, Basto (2019) atentam ainda na redução da qualidade de vida como consequência dos EA's do tratamento salientando a necessidade do desenvolvimento de um plano de cuidados cujas intervenções de enfermagem sejam centrados na pessoa, tendo em conta as suas preferências e características pessoais, e que sejam promotores do autocuidado, favorecendo uma tomada de decisão informada por parte do utente/família em todo o processo de doença.

A CE poderá ser então considerada como uma ferramenta essencial do cuidado em enfermagem na medida em que poderão ser implementadas intervenções, associadas à especificidade da doença oncológica, que visem o envolvimento da pessoa e sua família no autocuidado através de práticas positivas de promoção da

saúde e do bem-estar (Petronilho, 2012). De acordo com Orem, estas práticas positivas podem ser apreendidas através da “(...) instrução e supervisão de outros e por experiências na realização de medidas de autocuidado” (Petronilho, 2012, p.20), favorecendo logo à partida um sistema apoio-educação aquando do primeiro contacto com a pessoa/família como base para o envolvimento dos mesmos nos cuidados.

Na CE é importante ter em mente que além dos EA's descritos para cada antineoplásico, é fundamental perceber quais as alterações físicas, psicológicas e sociais inerentes aos mesmos e à própria doença, garantindo uma monitorização contínua destas alterações e arranjar estratégias que tentem garantir a melhoria da qualidade de vida. Andrade (2012), considera a CE como um momento formal que permite ao enfermeiro conhecer a pessoa, a sua família e rede de apoio e o seu contexto de vida. Contudo, é fundamental também que a pessoa esteja disposta a participar, sendo o seu bem-estar na mesma determinante. Desta forma, a CE só teve início após a melhoria da dor que a Sr.^a C. referia. Ao contrário do que seria o ideal, a CE foi realizada já na sala de administração de quimioterapia com a utente sentada em cadeirão o que, de certa forma, não foi favorável à promoção da privacidade já que a Sr.^a C. estava rodeada de outras pessoas estranhas. Esta condicionante, semelhante ao que acontece noutros hospitais de dia de outras instituições, contribui para que os olhares e ouvidos mais curiosos de terceiros possam influenciar na exposição de dúvidas e medos por parte da pessoa, ficando alguns assuntos por abordar (Andrade, 2012).

A CE foi iniciada através da minha apresentação (e da enfermeira responsável pela utente), referindo em que iria consistir esse momento e validada a identificação da utente através do nome completo e do seu número de processo. Após informar de como gostaria que a tratasse, comecei por realizar a colheita de dados questionando sobre com quem vivia, se tinha filhos e quem a acompanhava à instituição, bem como quem seria a sua pessoa de referência. De seguida questionei sobre antecedentes pessoais e familiares, medicação habitual, alergias conhecidas, cirurgias anteriores e hábitos alcoólicos, tabágicos e/ou toxicofílicos. Não sendo visível a sua utilização questionei sobre a utilização de próteses (que referiu não ter), avaliei o seu grau de dependência ao nível do autocuidado para se alimentar, mobilizar e utilização do sanitário (totalmente independente). Confirmei a presença de acesso venoso central totalmente implantado e comecei por introduzir a necessidade de estar a realizar o tratamento. Questionei sobre o conhecimento que tinha sobre a sua doença – tendo respondido que sabia que tinha “um cancro do pâncreas e que estava espalhado para

o fígado” (sic) – bem como se percebia o porquê de estar a iniciar tratamento de quimioterapia – referindo que precisava de “fazer tratamentos para impedir que o tumor crescesse” (sic). Deste ponto de partida comecei por explicar as especificidades do tratamento (via de administração, duração e periodicidade) e informei que poderia estar sempre acompanhada por uma pessoa durante a administração do mesmo, bem como poderia trazer materiais para se ocupar (livros, dispositivos eletrónicos, bordados). Confirmei com a Sr.^a C. qual a medicação que lhe tinha sido prescrita pela sua médica para ter em casa como SOS em caso de EA's do tratamento.

Comecei por abordar os sinais e sintomas que poderiam traduzir-se numa complicação do tratamento de quimioterapia e que seriam motivo de consulta de urgência: febre, enquanto sinal sugestivo de infeção (temperatura axilar > 38°C), hemorragia major (vómito com sangue, fezes ou urina com sangue, epistaxis recorrente), cansaço extremo (por risco de anemia), diminuição da ingestão de alimentos ou vômitos incoercíveis por 24h, aparecimento de feridas/aftas na mucosa oral que interferem com a alimentação, aumento do número de dejeções sendo as mesmas líquidas (> 6 dejeções/dia), obstipação > 4 dias, ou associada a dor abdominal ou sem emissão de gases há mais de 24h, alteração da sensibilidade ao nível das mãos e dos pés interferindo com as atividades de vida, dor torácica tipo pressão ou com irradiação ao pescoço, costas ou braço, sem fatores de agravamento (tratamento com perfusão de fluoropirimidinas por infusor). Informei ainda que, pela doença de pâncreas e a metastização hepática, seria importante estar alerta para a alteração da tonalidade da sua pele e dos olhos para uma cor mais amarela (por risco de icterícia obstrutiva) associado a prurido generalizado.

No seguimento dos sinais de alerta, realizei ensinamentos sobre a adaptação das suas atividades de vida diária para minimizar os riscos anteriormente referidos. No que concerne ao risco de infeção foi abordado que deveria minimizar os contactos sociais (principalmente porque estávamos numa das vagas de COVID-19), privilegiar a utilização de máscara sempre que não estivesse em ambiente familiar ou quando alguém apresentasse sintomas de doença respiratória, higienizar as mãos com frequência e manter uma higiene pessoal cuidada, utilizar preservativo nas relações sexuais (não interferindo o tratamento de quimioterapia, nem a doença, com esta atividade de vida) e comer os alimentos sempre muito bem cozinhados e a fruta ou legumes comidos em crus sempre muito bem lavados (em água corrente). No que concerne ao aporte nutricional foi recomendado fazer uma dieta polifracionada (que pelo antecedente de diabetes *mellitus* já era sua prática habitual), privilegiando

temperos aromáticos a condimentos fortes; manter uma alimentação saudável, evitando fritos, doces e gorduras em excesso e por rotina; evicção de bebidas ou alimentos frios (aumento da sensibilidade ao frio por tratamento com administração de oxaliplatina); identificada mediação de suporte em caso de náuseas e vômitos (metoclopramida) e realizado ensino sobre a sua posologia. No mesmo sentido foi questionado o padrão habitual de eliminação, e explicadas estratégias de regulação (alimentares e de exercício físico), identificando a medicação prescrita em SOS em caso de obstipação e de diarreia (lactulose e loperamida, respetivamente), explicando a sua posologia (com ênfase para a diarreia por doença de pâncreas e administração de tratamento com irinotecano).

Abordei os cuidados à pele e mucosas bem como o reforço da sua hidratação através da aplicação de creme hidratante diariamente, batom hidratante, utilização de escova de dentes macia, os cuidados com a exposição solar (utilização de protetor solar fator de proteção 50 nas áreas expostas, mesmo no Inverno), evitar a exposição ao frio (por administração de oxaliplatina), utilização de roupa macia, utilização de produtos não abrasivos na pele (tintas para pintar cabelo sem amoníaco), utilização de produtos neutros para higiene pessoal. Foi ainda recomendado o cuidado com materiais de aquecimento para não estar diretamente em contato com a pele pelo risco de alteração de sensibilidade, principalmente nas extremidades.

Estando atualmente de baixa médica foi incentivada a manter as suas atividades diárias o mais regulares possíveis, dentro da sua autonomia, privilegiando caminhadas ao ar livre, mas respeitando os períodos de repouso diário (fazendo sestas se sentir essa necessidade).

Por fim, pela enfermeira responsável pela Sr.^a C., foram entregues os contatos telefónicos e de correio eletrónico da equipa de enfermagem, providenciado o guia de tratamento de quimioterapia em formato papel, foi informada de que teria direito a uma refeição ligeira ao longo do período que estivesse em tratamento e foi indicado onde se encontravam os sanitários em caso de necessidade.

Considerando as especificidades da doença, já com sintomatologia associada, e dos tratamentos que iria iniciar considerei que havia alteração no RU de manutenção de uma ingestão de água e nutrientes adequada, um risco de alteração no RU de cuidados associados aos processos de eliminação, alteração no RU de manter um equilíbrio entre atividade e repouso e alteração no RU de prevenção de riscos para a vida humana, ao funcionamento e ao bem-estar do ser humano. De salientar que no se refere aos RAD não se verificaram nenhuma alteração que pudessem

desencadear condições desfavoráveis à promoção do autocuidado; por outro lado foi importante ter em atenção a exigência dos RADS no que concerne ao cumprimento das intervenções recomendadas e à adaptação às alterações das atividades de vida decorrentes da doença. Assim, construí um plano de cuidados adaptado à Sr.^a C (Tabela 1).

No seguimento desta CE, questionei a Sr.^a C. se, no âmbito do meu estágio, a poderia contactar telefonicamente a fim de realizar uma CE de *follow-up* telefónico ao fim de uma semana para verificar se teria aparecido algum EA que pudesse ser alvo da minha intervenção de enfermagem, tendo obtido o seu consentimento. Assim, na semana seguinte, sete dias após o primeiro tratamento contatei a Sr.^a C, tendo a mesma atendido o telefone. Considerando que no dia do primeiro tratamento de quimioterapia a sua grande preocupação relacionava-se com a dor não controlada, foi também esta a minha primeira preocupação aquando da CE de *follow-up* telefónico. A utente informou-me que no dia anterior tinha tido consulta de medicina paliativa no seu hospital da área de residência na qual tinha sido realizado novo ajuste terapêutico da medicação para dor; ainda assim, mantinha agravamento da dor tipo moimha na região abdominal com irradiação em cinturão para a região lombar no período noturno (escala numérica = 5-7). Acrescentou que além da medicação que tinha sido prescrita aquando da consulta da dor no Centro Clínico, foi-lhe ainda prescrito Lyrica® 2x/dia e Zaldiar® 2x/dia, estando já a fazer a sua administração. Questionei se fazia a medicação em SOS aquando do agravamento da dor, tendo-me dito que sim, mas só aquando da exacerbação da mesma, mas que “o alívio não é suficiente” (sic), classificando a sua dor em 3-5 (escala numérica). De acordo com a *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE) (National Cancer Institute, 2017, v. 5.0) esta dor é classificada como em grau 2. Sendo moderada e limitativa das atividades de vida diária. Tendo havido ajuste terapêutico recente (com menos de 24h), considerei que seria necessário novo *follow-up* telefónico em 24-48h (com base na *United Kingdom Oncology Nursing Society Triage Tool*), a fim de reavaliar a dor e, em caso da mesma se manter idêntica ou com agravamento, encaminhar para o médico assistente para eventual ajuste terapêutico.

Ao longo do contato telefónico, enquanto abordávamos a dor, notei que a Sr.^a C fazia pausas frequentes no seu discurso, tendo-lhe perguntado se sentia algum cansaço. Referiu que se sentia muito cansada (mas sem dispneia) desde o terceiro dia após o tratamento e que necessitou de adquirir uma cadeira de rodas para se conseguir mobilizar autonomamente. Associou o cansaço à quimioterapia tal como

tinha sido abordado na CE na semana anterior. Expliquei que sendo normal, da minha experiência, na maioria das pessoas que realizavam o mesmo tratamento, era importante avaliarmos de que forma este cansaço a impedia de realizar as suas atividades de vida diária, para as quais era previamente autónoma. De acordo com CTCAE (National Cancer Institute, 2017, v. 5.0) avaliei este cansaço através do EA fadiga em grau 2, já que mesmo em repouso mantinha uma sensação de “fraqueza” (sic) e adinamia. Questionei se se conseguia alimentar, tendo respondido que se mantinha autónoma para essa atividade apesar de “não ter conseguido confeccionar alimentos desde o dia da retirada do infusor” (sic); acrescentou ainda que só não conseguia comer quando estava com dor, ou seja, durante a noite. Referiu ainda não ter náuseas nem ter vomitado, estando com o apetite mantido.

Por fim questionei a Sr.^a C. se tinha tido alguma alteração do seu trânsito intestinal, no seguimento da diarreia ser um EA muito provável do protocolo de quimioterapia que lhe foi administrado. Referiu que mantinha o seu padrão habitual – evacuava todos os dias uma vez – e que urinava bem, apesar de ter observado que a sua urina estava mais escura do que o habitual; por conseguinte questionei se as fezes estavam mais claras, tendo-me respondido que sim. Perguntei ainda se notava alguma diferença na coloração dos seus olhos (especificamente ao nível das escleróticas) e, prontamente, me disse que as “notava mais amarela desde o fim-de-semana” (sic); negou prurido quando questionada.

Face a estas últimas alterações considerei que seria necessária uma avaliação médica urgente face à colúria, acolia e escleróticas ictéricas da Sr.^a C. Assim, entrei em contato com a médica assistente relatando a situação, tendo considerado importante a realização de análises de sangue, TAC abdominal de urgência e observação médica nesse mesmo dia por suspeita de obstrução biliar. Informei a Sr.^a C. em conformidade que concordou com a sua vinda ao Centro Clínico C nessa mesma tarde. Ainda assim, face às alterações descritas, realizei um plano de cuidados (Tabela 2) tendo em conta os requisitos universais que considerei estarem alterados.

Diagnóstico de Enfermagem	Requisitos do Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Resultado esperado
	Universais				
Comer e beber: comprometidos <u>Relacionado com:</u> náusea	Manutenção de uma ingestão de água e nutrientes adequada	Ensinar	Apoio-Educação	Ensinar sobre aporte nutricional: - Dieta polifracionada, evitar condimentos fortes e alimentos muito ácidos e muito doces, pausa alimentar se vômito e privilegiar líquidos inicialmente Ensinar sobre terapêutica de suporte para as náuseas e vômitos: - Como e quando administrar Ensinar sobre vigilância de vômitos: - Monitorizar frequência (se presentes)	Comer e beber: normal Sem náusea
Risco de diarreia <u>Relacionado com:</u> administração de irinotecano	Cuidados associados aos processos de eliminação	Ensinar	Apoio-Educação	Ensinar sobre regime dietético: - Incentivar o reforço hídrico e privilegiar uma dieta antidiarreica Ensinar sobre terapêutica de suporte para a diarreia: - Como e quando administrar	Nenhuma diarreia
Sono: comprometido <u>Relacionado com:</u> agravamento de dor no período noturno	Manter um equilíbrio entre atividade e repouso	Ensinar	Apoio-Educação	Ensinar sobre higiene do sono Ensinar a avaliar dor: - Manter registo fidedigno das exacerbações de dor e necessidade de tomar SOS Ensinar sobre terapêutica de suporte para a dor: - Como e quando administrar	Sono: normal

Capacidade para gerir o regime terapêutico: não demonstra <u>Relacionado com:</u> início de tratamento de quimioterapia pela 1ª vez	Prevenção de riscos para a vida humana	Ensinar	Apoio-Educação	Ensinar sobre complicações: - Explicar risco de infeção, alterações hematológicas, gastrointestinais, cutâneas e de sensibilidade e sexuais Ensinar sobre terapêutica de suporte: - Como e quando administrar Ensinar sobre EA's do tratamento e vigilância dos mesmos	Capacidade para gerir o regime terapêutico: demonstra
--	--	---------	----------------	--	---

Tabela 1 – Planos de Cuidados realizado na Consulta de Enfermagem presencial de 1ª vez

Diagnóstico de Enfermagem	Requisitos do Autocuidado	Défice de Autocuidado	Sistema de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	Resultado esperado
	Universais				
Capacidade para mobilizar-se: comprometido <u>Relacionado com:</u> Fadiga (grau 2)	Equilíbrio entre solidão e interação social	Ensinar	Apoio-Educação	Preservar a autonomia: - Incentivar a utilização da cadeira de rodas para se mobilizar - Incentivar a manter-se ativo durante o dia - Realizar pequenas caminhadas entre as divisões da casa Adequar a atividade/repouso	Capacidade para mobilizar-se: normal
Sono: comprometido <u>Relacionado com:</u> agravamento de dor (grau 2) noturna	Manter um equilíbrio entre atividade e repouso	Ensinar	Apoio-Educação	Ensinar sobre terapêutica de suporte para a dor: - Antecipar administração de SOS em relação com a exacerbação da dor Agendar CE de <i>follow-up</i> telefônico em 48h	Sono: normal
Capacidade para a adesão terapêutica: não demonstra <u>Relacionado com:</u> Agravamento de dor (grau 2) Padrão de Eliminação: comprometido <u>Relacionado com:</u> Colúria e acolia	Prevenção de riscos para a vida humana	Ensinar Guiar a orientar	Apoio-Educação Parcialmente compensatório	Ensinar sobre terapêutica de suporte para a dor: - Antecipar administração de SOS em relação com a exacerbação da dor Ensinar sobre ajuste terapêutico: - Explicar necessidade de ter um seguimento em consulta da dor contínuo, evitando sobreposição de prescrição com clínicos diferentes, e tempo de ação de opióides Sugerir observação médica	Capacidade para a adesão terapêutica: demonstra Padrão de Eliminação: normal

Tabela 2 – Planos de Cuidados realizado na CE de *follow-up* telefônico

CONCLUSÃO

A CE é uma intervenção autónoma dos enfermeiros que só pode ser realizada se os mesmos foram dotados de conhecimento técnico-científicos complexos e específicos, adaptados à individualidade, crenças e preferências de cada pessoa/família. Esta CE é ainda um momento privilegiado de conhecimento do enfermeiro sobre a pessoa e sua família em que há oportunidade de realizar educação para a saúde e de expressão de sentimentos, emoções e dúvidas por parte do utente. Assim, é de extrema importância o papel dos enfermeiros especialistas em oncologia já que, segundo a ONS (2007 e 2019), são eles os mais capacitados para a prestação de cuidados de enfermagem durante todas as fases da doença oncológica, reconhecendo a pessoa como parte integrante dos seus cuidados envolvendo-a na tomada de decisão e indo ao encontro do pressuposto de Orem de que o ser humano tem capacidade para se autocuidar, envolvendo-se deliberadamente na regulação do seu próprio funcionamento (Petronilho, 2012)

Assim, é fundamental que as equipas de enfermagem adquiram competências no âmbito da capacitação para o autocuidado para que sejam capazes de antecipar riscos de alteração nos requisitos e a intervir precocemente naqueles que já se encontram alterados.

Sendo os tratamentos de quimioterapia apenas uma fase da doença oncológica, e considerando todos os EA's que lhe poderão estar inerentes, é de grande importância manter a continuidade dos cuidados de enfermagem através de outras estratégias como seja a CE de *follow-up* telefónico, pois está irá permitir que sejam detetadas alterações que por vezes possam passar despercebidas à pessoa/família, tal como é exemplo o presente estudo de caso. Mais ainda, situações como a validação/ajuste terapêutico em consultas médicas diferentes, apesar de não serem diretamente da intervenção da enfermagem, podem e devem ser alvo de aconselhamento, já que o seguimento do utente deverá ser realizado com cruzamento de informação entre os profissionais para que não exista duplicação/erros de medicação, ainda para mais em situações que por si só já são de difícil controlo, como é o caso da dor oncológica.

De salientar que toda a abordagem foi direcionada apenas para a Sr.^a C. já que em nenhum momento contatei com a família da mesma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco News*, 6 (21), p. 27-31.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., Zago, M. M. F. (2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 56 (5), 371-5. DOI: 10.1590/s0104-11692003000300016.
- Mollaoğlu, M. & Erdoğan, G. (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), p. 78-84. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.07.006.
- National Cancer Institute (2017). Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v.5.0). U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Acedido em 10/01/2022. Disponível em https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 26/07/2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Oncology Nursing Society (2007). Oncology Nurse Practitioner Competencies. Acedido em 25/11/2021. Disponível em [oncology-nurse-practitioner-competencies.pdf \(ons.org\)](https://www.oncology-nurse-practitioner-competencies.pdf)
- Oncology Nursing Society (2019). Oncology Nurse Practitioner Competencies 2019. Pittsburgh: ONS. Acedido em 25/11/2021. Disponível em <https://www.ons.org/sites/default/files/2019-10/2019%20ONP%20Competencies%20%281%29.pdf>
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formassau.
- Portaria nº 19/2012 (2012). Diário da República, I Série (Nº15 de 20-01-2012), 351-352. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/19/2012/01/20/p/dre/pt/html>
- Roe, H. & Lennan, E. (2014). Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. *Nursing: Research and Reviews*, 2014(4), p. 103-115. DOI: 10.2147/NRR.S41845.

Sá, E., Lopes, M., Basto, M. (2019). Antineoplastic therapy administration: Nursing intervention in the relief of suffering. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(1), p. 177-182. DOI: 10.1590/0034-7167-2018-0639.

[Stacey, D., Macartney, G., Carley, M., Harrison, M. \(2013\). Development and evaluation of evidence-informed clinical nursing protocols for remote assessment, triage and support of cancer treatment-induced symptoms. *Nursing Research and Practice*. Vol 2013. DOI: 10.1155/2013/171872.](#)

Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de enfermagem e a sua obra - modelos e teorias de enfermagem (5ª ed.). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-74-6

Torres, G.; Davim, R., Nóbrega, M. (1999). Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Rev. Latino-americana*. 7 (2), 47-53.

APÊNDICE XII

Apresentação do Projeto de Intervenção no Hospital de Dia D

APRESENTAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO NO HOSPITAL DE DIA D

12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em
Enfermagem Médico-cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica
Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Projeto de Intervenção

Orientador do Projeto de Estágio: Prof.ª Eunice Sá
Orientador de Estágio: Enf.ª Sónia Caixeirinho

Discente: Enf.ª Carla Nazareth



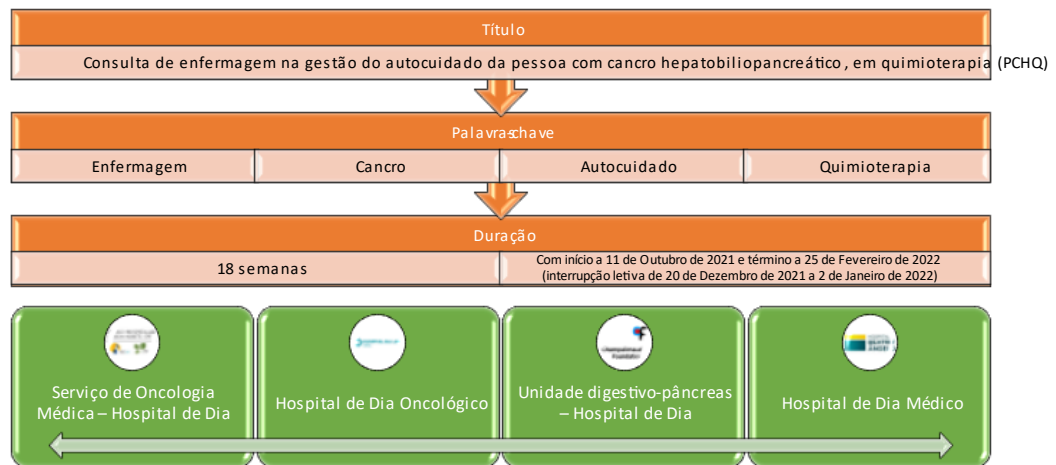
Lisboa, 17 Dezembro de 2021

Sumário

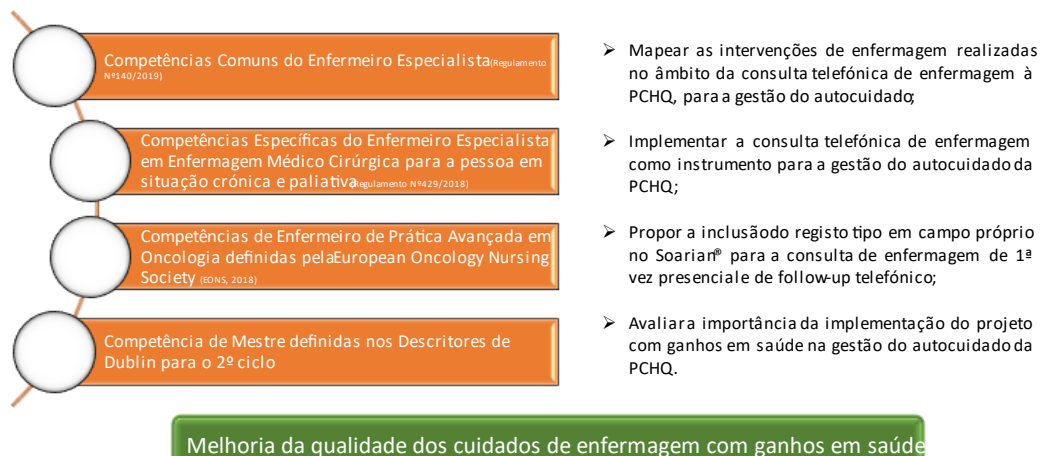


1. Identificação do projeto
2. Objetivos gerais e específicos
3. Diagnóstico de situação
4. Análise SWOT
5. Enquadramento teórico
6. Desenvolvimento do projeto
7. Referências bibliográficas

Identificação do projeto

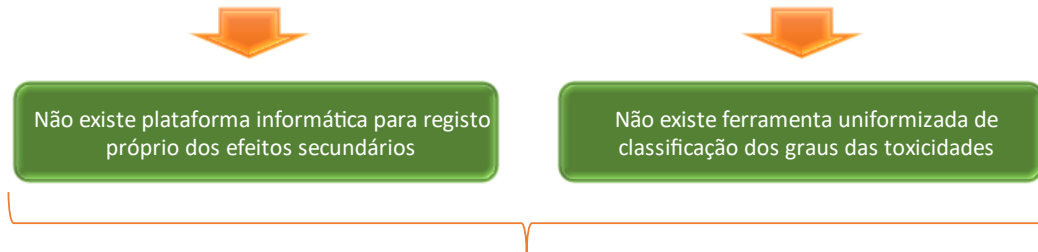


Objetivos gerais e específicos



Diagnóstico de Situação – Dificuldades da equipa

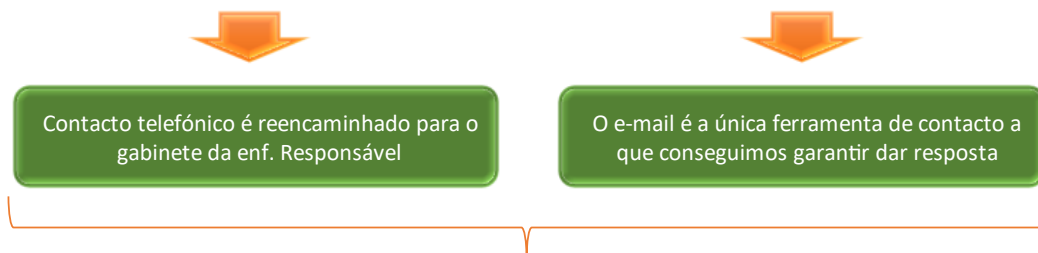
A consulta de enfermagem realizada no Hospital de Dia Médico não permite a continuidade de cuidados:



Não é possível planear, gerir e avaliar intervenções de enfermagem de forma contínua e que contribuam para a avaliação dos cuidados de enfermagem, nem permite a passagem de informação formal entre a equipa de enfermagem

Diagnóstico de Situação – Dificuldades dos doentes

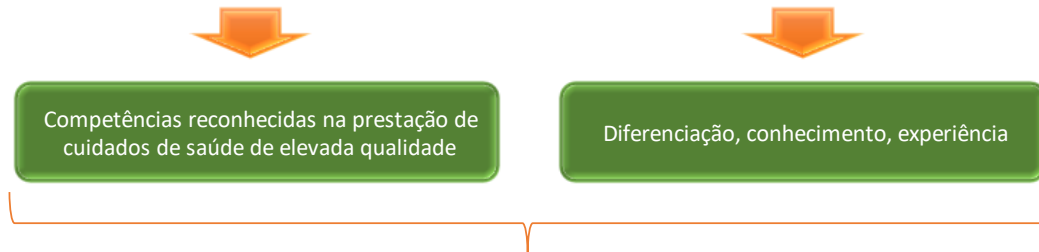
O doente oncológico tem dificuldade em contactar o serviço, aumentando essa dificuldade no caso dos mais idosos



Muitos doentes acabam por recorrer ao Serviço de Urgência Geral com sintomatologia que poderia ser controlada em casa, através da gestão do autocuidado por parte do enfermeiro

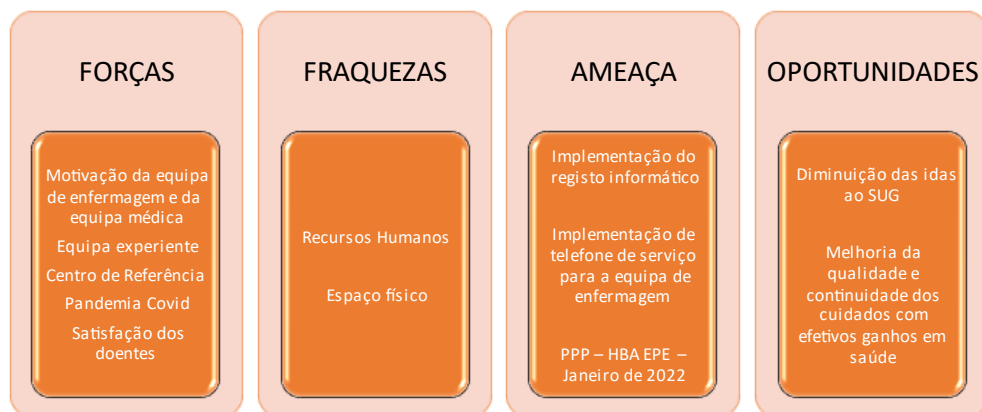
Diagnóstico de Situação – Cancro hepatobiliopancreático

O Hospital Beatriz Ângelo foi acreditado como Centro de Referência para o diagnóstico e tratamento do cancro Hepatobiliopancreático



Acompanha o doente durante o diagnóstico e é alvo do programa ERAS®, mas não tem cuidados de enfermagem diferenciados que sejam reconhecidos no que concerne à gestão do autocuidado e da sintomatologia durante o tratamento de quimioterapia

Análise SWOT



Enquadramento teórico

Cancro Hepatobiliopancreático

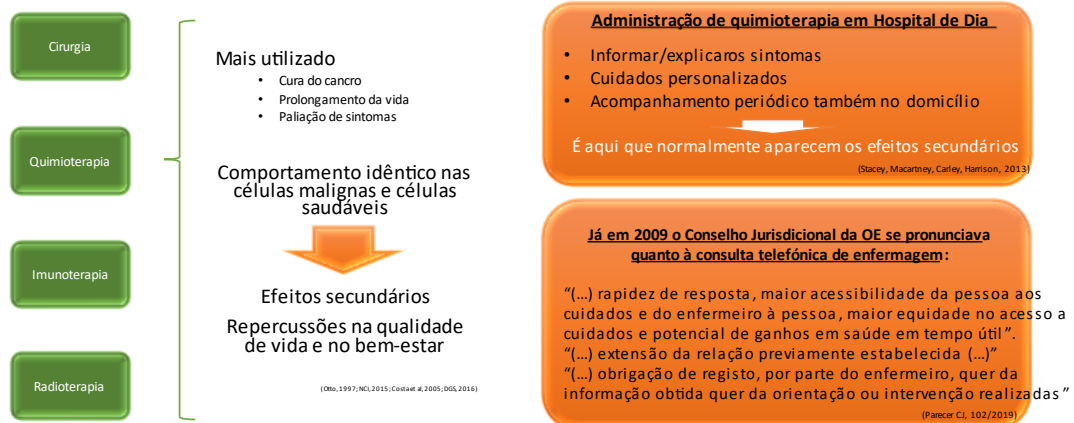


- Incidência crescente na última década
- Estimativa para 2020:
 - > 1 milhão e quinhentos mil novos casos em todo o mundo
 - Portugal: 3485 novos casos
 - Portugal: 3396 mortes
- Diagnóstico tardio – sintomatologia inespecífica e facilmente confundida com outros diagnósticos

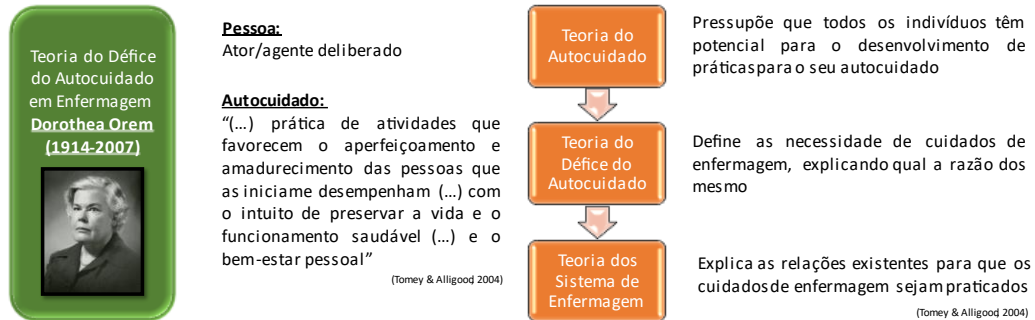


(GCO, 2021; ESMQAF, 2014; Caldeira, 2020)

Enquadramento teórico



Enquadramento teórico - Quadro teórico de referência



Os enfermeiros são os profissionais mais capacitados para os processos educacionais no controlo da sintomatologia associada à quimioterapia, promovendo o autocuidado e melhorando a qualidade de vida

(Clarke, Flanagan, Kendrick, 2002; Mollaoğlu & Erdogan, 2013)

Desenvolvimento do projeto...

Necessidade

Implementação de uma consulta de enfermagem telefónica à PCHQ que contribua para a capacitação da pessoa no seu autocuidado, minimizando idas ao serviço de urgência e garantido uma continuidade dos cuidados de enfermagem através do registo sistematizado e padronizado das nossas intervenções, planeamento e avaliação das mesmas

Mapear as intervenções de enfermagem realizadas no âmbito da consulta telefónica de enfermagem à PCHQ, para a gestão do autocuidado

- Pesquisa bibliográfica com realização de uma scoping review
- Estágio em hospital de dia e outras instituições hospitalares públicas e privadas com observação e realização de consulta e consulta guiada de boas práticas

Implementar a consulta telefónica de enfermagem como instrumento para a gestão do autocuidado da PCHQ;

- Elaboração de guia de boa prática no consulto telefónico de enfermagem
- Realização de fluxograma do percurso da PCHQ no HDM-HBA, onde a consulta de enfermagem e o follow-up telefónico constem como atividades da equipa de enfermagem
- Realização de algoritmo de atuação quando da manifestação de efeitos adversos por parte da PCHQ de acordo com a ferramenta KONS Triage Tool
- Identificação de um telemóvel de contacto disponível 24h por dia para receber telefonemas do programa de acordo com o projeto
- Realização de fluxograma de atendimento do contacto no programa de efetuação pelo cliente

Desenvolvimento do projeto...

UKONS
Oncology/Haematology
24 Hour Triage
RAPID ASSESSMENT AND ACCESS TOOLKIT

- Ferramenta a ser utilizada pelo serviços que possuem atendimento telefónico
- Para utente sob quimioterapia
- Providencia recomendações apropriadas ao tratamento e manutenção da sintomatologia dos utente, devendo ser aliada ao julgamento clínico do profissional de prática avançada
- Pode ser aplicada no contacto enfermeiro – utente e também utente – enfermeiro
- Tem por base os Critérios de Terminologia Comum para Efeitos Adversos (NCI, V4.03)

Jones, et al (2016)

Desenvolvimento do projeto...

Necessidade

Implementação de uma consulta de enfermagem telefónica à PCHQ que contribua para a capacitação da pessoa no seu autocuidado, minimizando idas ao serviço de urgência e garantido uma continuidade dos cuidados de enfermagem através do registo sistematizado e padronizado das nossas intervenções, planeamento e avaliação das mesmas

Propor a inclusão do registo tipo em campo próprio no Soarian® para a consulta de enfermagem de 1ª vez presencial de follow-up telefónico;

- Reunião com membros da Direção de Organização e Processos
- Submissão do projeto de melhoria da qualidade da direção de enfermagem à direção clínica

- Peso
- Altura
- Contacto
- Encaminhamento de mail para equipa médica para colocação de Implantofix

Desenvolvimento do projeto...

Follow Up End

ENTREVISTA DE ENFERMAGEM

Telefone nº

Realizou consulta de enfermagem (1ª vez) ☐

Não foi conseguido contato telefônico com o cliente porque:

Tratamento de Otitite/Midriase

Data de Realização do Tratamento: Hora Início: Hora Conclusão:

Protocolo Efetuado:

Realizado por(a) Enfermeiro(a):

Realização do Estado do Cliente

A viagem de regresso a casa correu bem? ☐

Tem alterações de sono? ☐

Sintomas Manifestados:

Náuseas: Frequência: Recomendações:

Vômitos: Frequência: Recomendações:

Febre: Temperatura (°C): Hora: Recomendações:

Sessão HDM

Sessão HDM

Registo Onco:

TOXICIDADE

Toxicidade	Categoria	Evento Adverso	Dispositivos
1	GI	Mucosite oral	
2		Assintomática ou sintomas ligeiros, não indicados qualquer intervenção	
3		Dor moderada não interferiu com ingestão	
4		Dor severa interferiu com a ingestão	
5		Risco de vida	
6		Morte	

- Contexto do telefonema (1ª vez, seguimento, internamento/urgência)
- Adesão ao regime terapêutico
- Migração do campo "toxicidades" da sessão de HDM
- Atualização das "toxicidades" de acordo com ficheiro Excel "CEO"

- Garantir a prescrição de consulta de enfermagem de 1ª vez e/ou subsequente e consulta de FU telefónico por parte do enfermeiro gerar episódio de prestação de cuidados de enfermagem;
- Gerar episódio também quando o contacto é utent/enfermeiro

Desenvolvimento do projeto...

Necessidade

Implementação de uma consulta de enfermagem telefónica à PCHQ que contribua para a capacitação da pessoa no seu autocuidado, minimizando idas ao serviço de urgência e garantido uma continuidade dos cuidados de enfermagem através do registo sistematizado e padronizado das nossas intervenções, planeamento e avaliação das mesmas

Avaliar a importância da implementação do projeto com ganhos em saúde na gestão do autocuidado da PCHQ

- Realização de questionário para avaliar o impacto do Projeto de Intervenção na promoção do autocuidado dos clientes alvo
- Realização de consulta de enfermagem de 1ª vez e a consulta telefónica de enfermagem à PCHQ de 24 de Janeiro a 25 de Fevereiro de 2022;
- Análise dos episódios de ida ao SUG 5 semanas antes do início do projeto e nas 5 semanas de implementação do projeto, relacionados com descontrolo sintomático

O impulso para a elaboração deste trabalho de projeto pode ter sido num âmbito académico e pessoal, mas este projeto é de cada um de nós que todos os dias tenta melhorar um pouco a vida das pessoas que nos conhecem num dos piores dias da sua vida

Conto com a colaboração de todos para fazermos mais e melhor

Obrigada



Referências Bibliográficas

- Academy of Oncology Nurse & Patient Navigators. Helpful Definitions. Acedido em 22/06/2021. Disponível em: <https://aononline.org/education/helpfuldefinitions>
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., Cordeiro, S. (2005). O cancro e a qualidade de vida: a quimioterapia farmacológica no combate ao cancro. Patrocínio: Novartis. ISBN 972-9119-94-5
- Direção Geral da Saúde (2016). Doenças Oncológicas em Números 2015; Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Lisboa: DGS. Acedido em 04/06/2021. Disponível em: <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugubencasoncologicas-em-numeros-2015.pdf.aspx>
- European Society for Medical Oncology/Anticancer Fund (2014). Cancro do Fígado: um guia para o doente. Informações baseadas nas Recomendações de Prática Clínica da ESMO 2014.1. ESMOACF. Acedido em 21/06/2021. Disponível em:

APÊNDICE XIII

Questionário a ser aplicado antes da aplicação do projeto - QA

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO ANTES DA APLICAÇÃO DO PROJETO

O questionário que se segue está inserido num trabalho do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica da Unidade Curricular Estágio com Relatório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tendo por base a implementação da consulta de enfermagem de *follow-up* telefónico como instrumento na gestão do autocuidado na pessoa sob quimioterapia com cancro hepatobilio-pancreático, pretende-se identificar qual o seu real impacto na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados com efetivos ganhos em saúde.

A sua participação é voluntária estando assegurado o seu anonimato bem como a confidencialidade das respostas dadas. Todos os dados recolhidos não têm como objetivo identificá-lo, sendo utilizados apenas com finalidade estatística.

Caracterização da pessoa:

Idade:

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

1. É importante para si que os enfermeiros lhe expliquem quais os efeitos secundários do tratamento e os cuidados a ter para gerir esses efeitos?

- ☐ Sim
☐ Não

2. Gostaria de ser contactado telefonicamente pelos enfermeiros após a fazer o seu tratamento, para esclarecer dúvidas monitorizar os potenciais efeitos secundários.

- ☐ Sim
☐ Não

3. Considera importante conseguir contactar telefonicamente a equipa de enfermagem por motivos relacionados com os efeitos secundários do seu tratamento?

- ☐ Sim
☐ Não

4. Considera útil outro meio de contato? Qual? _____

Muito obrigada pela sua participação.

Dentro de 5 semanas será convidado a responder a novo questionário.

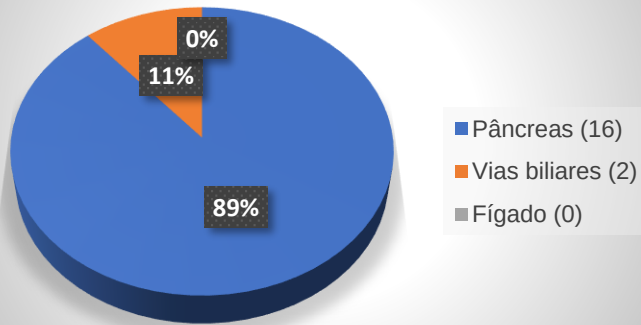
Enf.^a Carla Nazareth

APÊNDICE XIV
Resultados obtidos no Questionário A

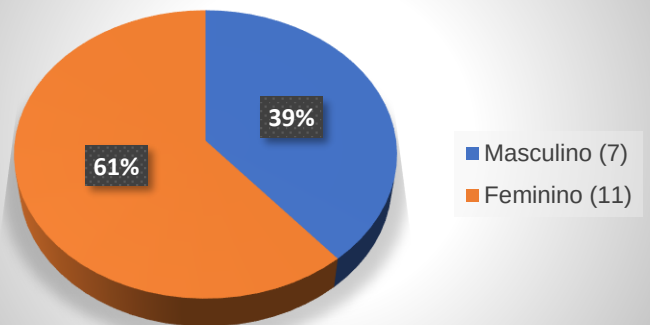
RESULTADOS OBTIDOS NO QUESTIONÁRIO A

Realizados um total de 18 questionários com as seguintes características:

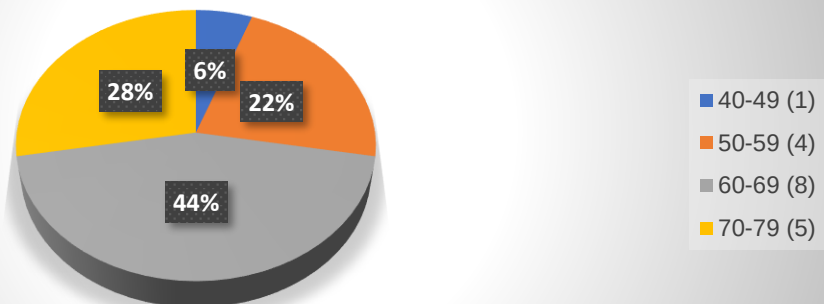
Tipo de tumor



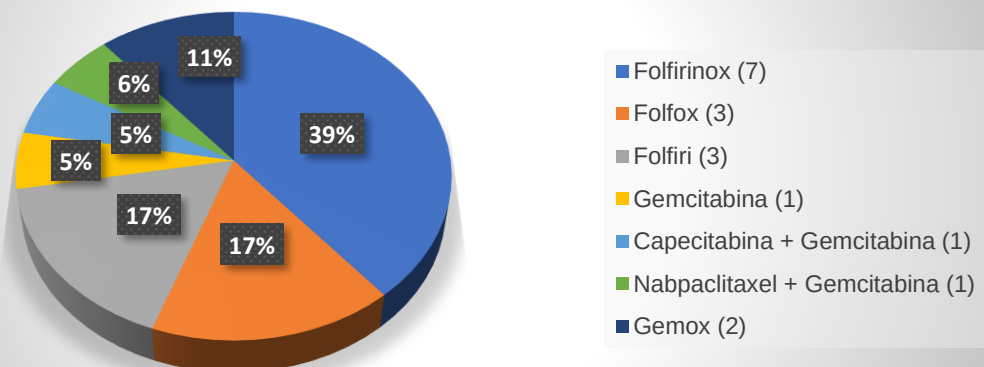
Gênero



Faixa Etária



Protocolo de quimioterapia instituído



É importante para si que os enfermeiros lhe expliquem quais os efeitos secundários do tratamento e os cuidados a ter para gerir esses efeitos?



■ Sim

Gostaria de ser contactado telefonicamente pelos enfermeiros após fazer o seu tratamento, para esclarecer dúvidas e monitorizar os potenciais efeitos secundários?



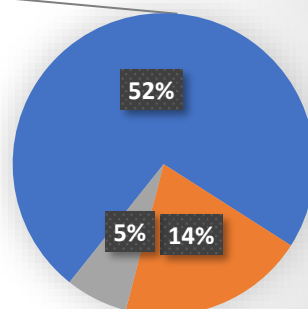
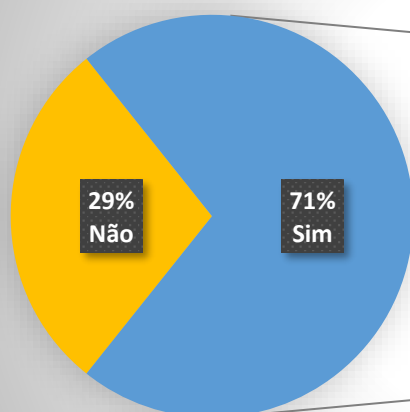
■ Sim

Considera importante conseguir contactar telefonicamente a equipa de enfermagem por motivos relacionados com os efeitos secundários do seu tratamento?



■ Sim

Considera útil outro meio de contato? Qual?

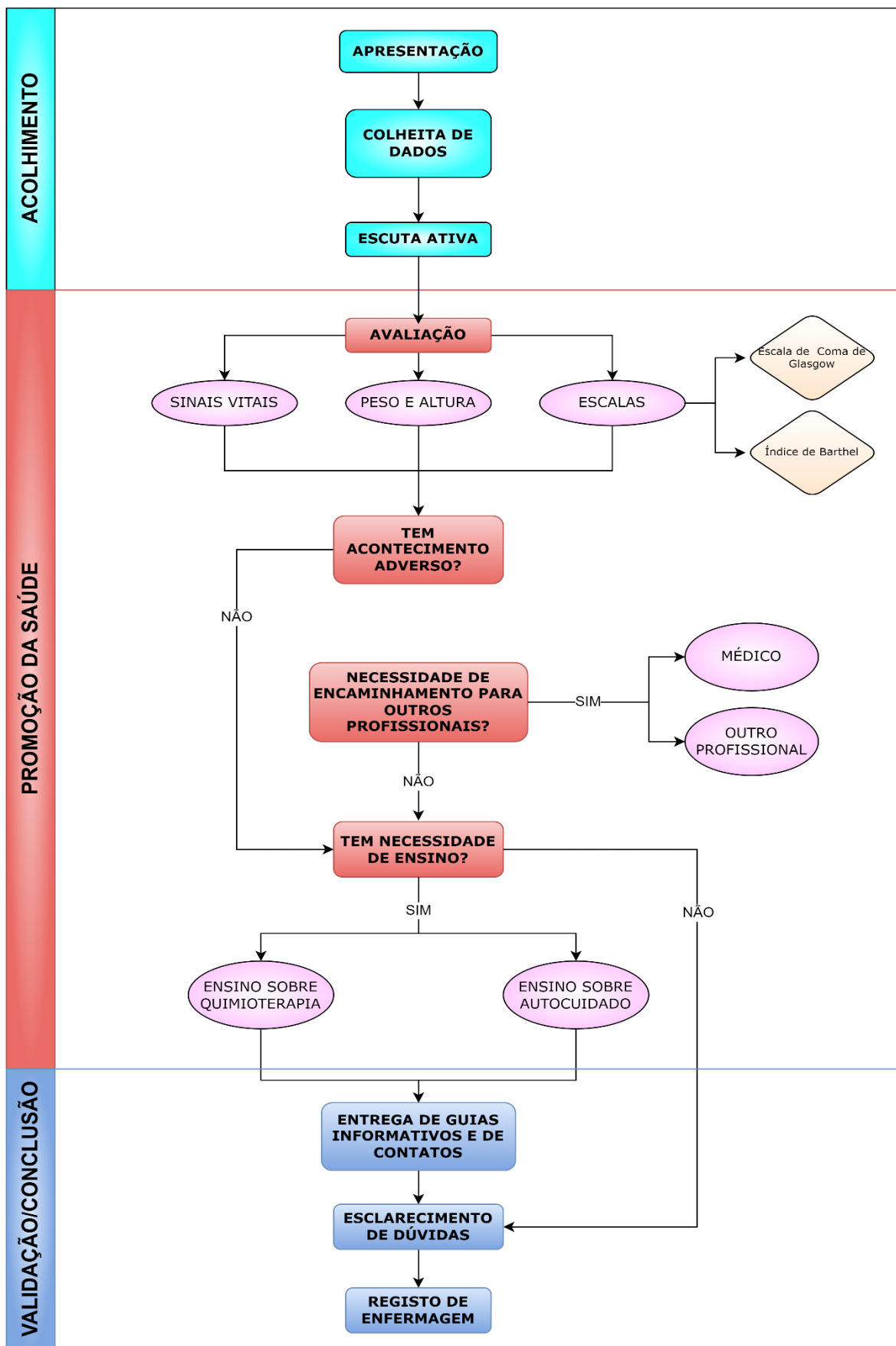


■ Email (11)
■ Whatsapp (3)
■ SMS (1)

APÊNDICE XV

Algoritmo da Consulta de Enfermagem presencial de 1ª vez

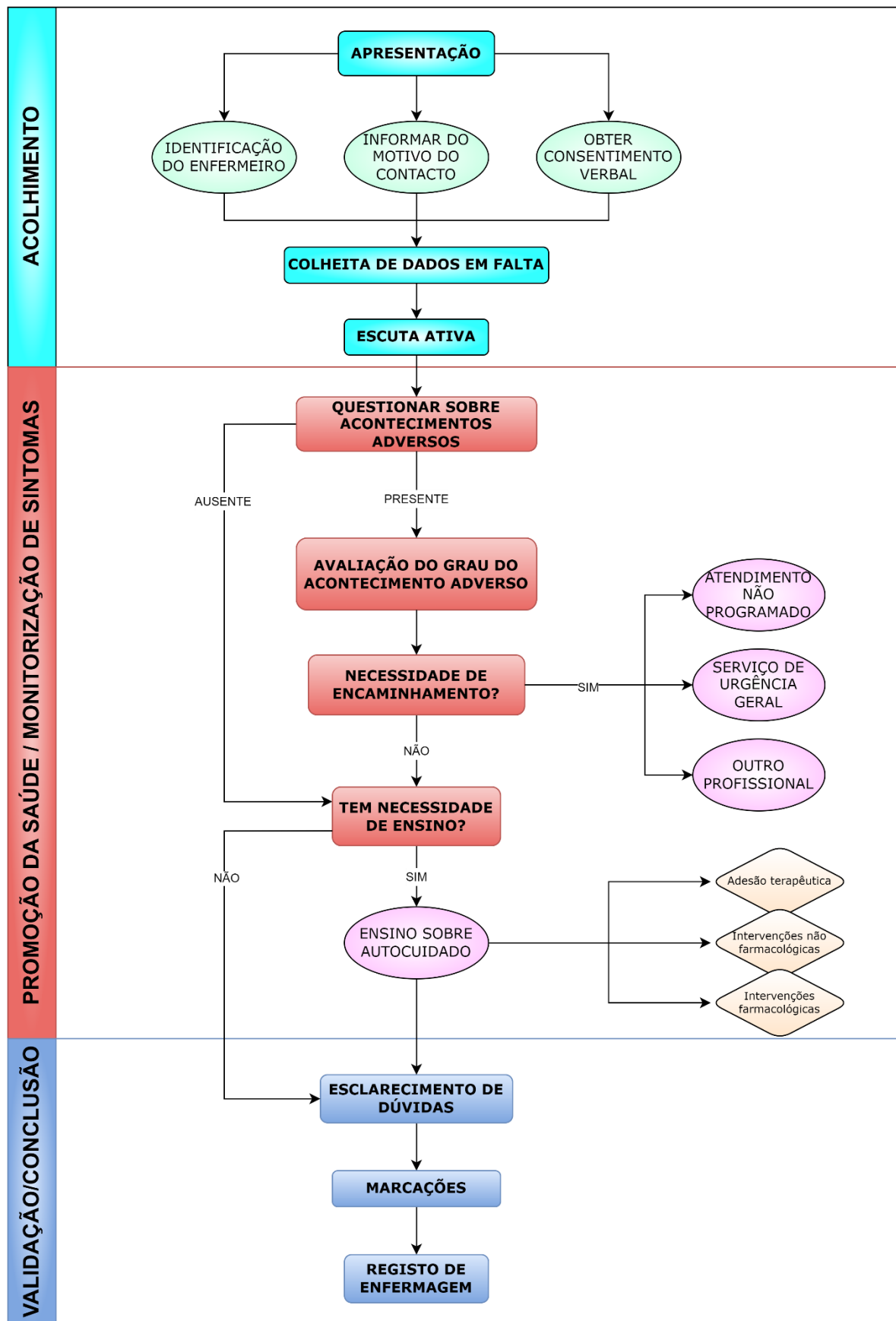
ALGORITMO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRESENCIAL DE 1ª VEZ



APÊNDICE XVI

Algoritmo da Consulta de Enfermagem de *follow-up* telefónico

ALGORITMO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE *FOLLOW-UP* TELEFÔNICO

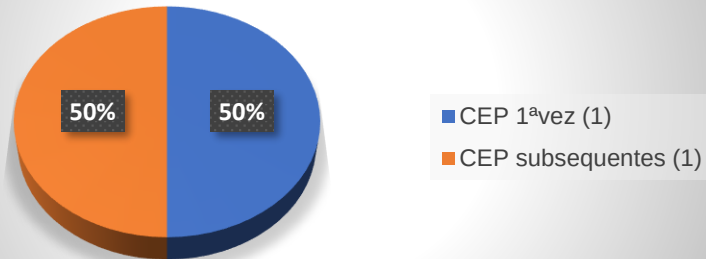


APÊNDICE XVII

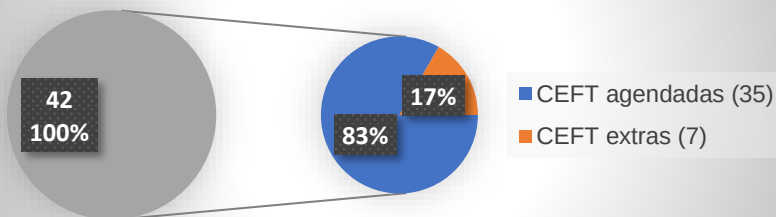
**Número de Consultas de Enfermagem presenciais e de Consultas de
Enfermagem de *Follow-up* Telefónico efetuadas e Efeitos Adversos
reportados**

NÚMERO DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM PRESENCIAIS (CEP) E DE CONSULTAS DE ENFERMAGEM DE *FOLLOW-UP* TELEFÔNICO (CEFT) EFETUADAS E EFEITOS ADVERSOS (EA'S) REPORTADOS

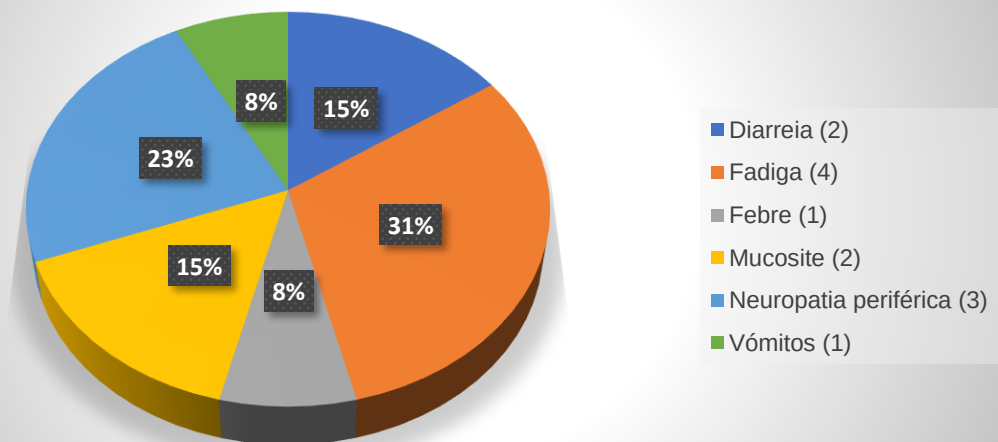
Total de CEP realizadas



Total de CEFT realizadas



EA's reportados na CEFT - Todos de G1 a G2



APÊNDICE XVIII

Guia de Boas Práticas na Consulta de Enfermagem

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na
Opção de Enfermagem Oncológica**

GUIA DE BOAS PRÁTICAS

**CONSULTA DE ENFERMAGEM DE 1ªVEZ
CONSULTA DE ENFERMAGEM DE *FOLLOW-UP*
TELEFÓNICO**

Carla Patrícia Gonçalves Nazareth

2022

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	2
1. OBJETIVOS GERAIS.....	5
2. ÂMBITO.....	5
3. CIRCUITO DA PESSOA	5
4. LOCAL.....	6
5. DURAÇÃO	6
6. FINALIDADE	6
6.1 – Intervenção do enfermeiro na CE1	6
6.2 – Intervenção do enfermeiro na CEFUT	8
7. REGISTO	9
8. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS.....	9
CONSIDERAÇÕES FINAIS	11
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	12
APÊNDICE I – Algoritmo da CE1	
APÊNDICE II – Algoritmo da CEFUT	

INTRODUÇÃO

A doença oncológica aquando do seu diagnóstico, durante os tratamentos e após os mesmos (quer curativos, quer paliativos) tem um impacto muito significativo na pessoa e na sua família do ponto de vista físico, psicológico e social implicando uma adaptação à nova realidade (Shaw, Young, Butow, Chambers, O'Brien, Solomon, 2013). No que concerne aos efeitos adversos dos tratamentos, estes por vezes implicam alterações que podem ser apenas leves ou, em casos mais graves, que podem ameaçar a vida da pessoa.

A Portaria Nº19/2012, define a Consulta de Enfermagem (CE) como uma “intervenção visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado” (p. 352), dando ênfase à função educativa por parte dos enfermeiros, como meio para permitir não só a promoção da adesão ao regime terapêutico, mas também o estabelecimento de uma relação que promova o autocuidado com o objetivo de minimizar os efeitos adversos decorrentes do tratamento de quimioterapia, com impacto direto na melhoria da qualidade de vida e do bem-estar (Clarke, Flanagan, Kendrick, 2002; Andrade, 2012; Mollaoglu & Erdogan, 2014).

Petronilho (2012) refere-se ao autocuidado como um conceito complexo e multidimensional que tem evoluído ao longo dos anos, caracterizando-se por ser uma função humana reguladora, não inata, já que existe a necessidade de ser apreendida e desenvolvida ao longo da vida para colmatar as necessidades individuais de cada pessoa. De acordo com Orem (2001) é uma prática de atividades que favorece o amadurecimento e aperfeiçoamento das pessoas tendo como intuito a preservação da vida, o funcionamento saudável e o bem-estar da pessoa. Na sua teoria pressupões que todo o indivíduo tem potencial para desenvolver práticas de autocuidado, o que implica diretamente o delineamento de objetivos, planeamento de atividades de aprendizagem e avaliação dos resultados esperados decorrentes das intervenções de enfermagem (Orem, 2001). Neste sentido os indivíduos desenvolvem comportamentos que visam a promoção da saúde, mesmo quando a doença está presente para que possam melhorar os problemas dela decorrentes (a nível físico e psicossocial) (Petronilho, 2012).

A CE, pela sua própria definição acima mencionada, pode alicerçar-se teoricamente no autocuidado, na medida que as intervenções educacionais realizadas

pelo enfermeiro visão o aumento das habilidades da pessoa face às necessidades avaliadas que decorrem dos seus processos de saúde/doença. Assim, o enfermeiro deverá avaliar na CE (presencial e/ou telefónica) se o doente/família possuem capacidade para o autocuidado e quais os requisitos de autocuidado universais alterados. Mediante esta avaliação o enfermeiro deve determinar quais as necessidades que podem ser alvo de intervenção terapêutica, adequando a mesma ao défice existente e planeando a prática de enfermagem de acordo com o sistema de enfermagem mais capaz de responder às necessidades (Petronilho, 2012).

Na CE de primeira vez (CE1) o enfermeiro deve avaliar o conhecimento da pessoa face à sua situação de doença e aos efeitos adversos do tratamento, assim como a capacidade física e cognitiva para o autocuidado. Mediante esta avaliação irá elaborar o plano de cuidados e realizar intervenções cognitivas, educacionais e comportamentais com o objetivo de promover o autocuidado para evitar/minimizar os efeitos adversos decorrentes do tratamento de quimioterapia.

Na CE de *follow-up* telefónico (CEFUT) o enfermeiro procede à monitorização dos efeitos adversos provocados pelo tratamento de quimioterapia e avalia as práticas de autocuidado realizadas pela pessoa/família no que concerne à sua adequação e à sua eficácia. Mediante a avaliação realizada poderá ocorrer o Déficit de Autocuidado, definido como a existências de necessidades superiores à capacidade da pessoa em se autocuidar e que exprime ainda a razão pela qual a pessoa necessita de cuidados de enfermagem (Petronilho, 2012). Neste sentido, mediante a avaliação do défice, o enfermeiro deve adequar a sua intervenção, atualizando o plano de cuidado de enfermagem.

A medição dos resultados obtidos na prestação de cuidados de saúde tem tido um foco relevante nas organizações de saúde nos últimos anos desafiando os profissionais de saúde a demonstrar que os seus cuidados conduzem a melhores resultados para os utentes (Doran & Pringle, 2003). Os mesmos autores afirmam ainda que no caso dos enfermeiros a demonstração de que os seus cuidados fazem a diferença nos utentes tem sido ainda pouco em termos de evidência científica.

Nesse sentido, a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2007) apresentou um Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem (RMDE) que fornece um painel de indicadores com múltiplas possibilidades e que são designados como "(...) marcadores específicos do estado de saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para os ganhos em saúde da população (OE, 2007, p. 2). Para Werley, Devine, Zorn, Ryan, Westra (1991) o

RMDE consiste num “(...) conjunto mínimo de itens de informação referente a dimensões específicas da enfermagem, com categorias e definições uniformes, que vão ao encontro das necessidades de informação de múltiplos utilizadores dos dados no sistema de saúde” (p. 421). Para a OE (2007, p. 1), sob o ponto de vista clínico, a estrutura do RMDE corresponde a um conjunto de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem.

A OE (2007), orienta a natureza dos conteúdos clínico do RMDE para os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela própria OE (2001), assumindo os aspetos relacionados com a saúde da população que são diretamente influenciados pela dimensão autónoma do exercício profissional dos enfermeiros. Assim, é assumido como prioritária “(...) uma política de promoção e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, com um forte enfoque nos resultados (...)” (OE, 2017, p .2).

O autocuidado faz parte de uma das seis categorias dos enunciados descritivos, estando identificado como um resultado sensível aos cuidados de enfermagem e como foco de atenção para a produção de indicadores de qualidade destes mesmos cuidados. Assim, faz sentido que o presente Guia de Boas Práticas apresenta a sugestão de fórmulas que podem ser utilizadas para a obtenção de indicadores de resultados que permitam avaliar a capacidade para o autocuidado sobre determinado requisito, demonstrando diferenças de funcionalidade, após a implementação de intervenções de enfermagem através da CE1 e da CEFUT

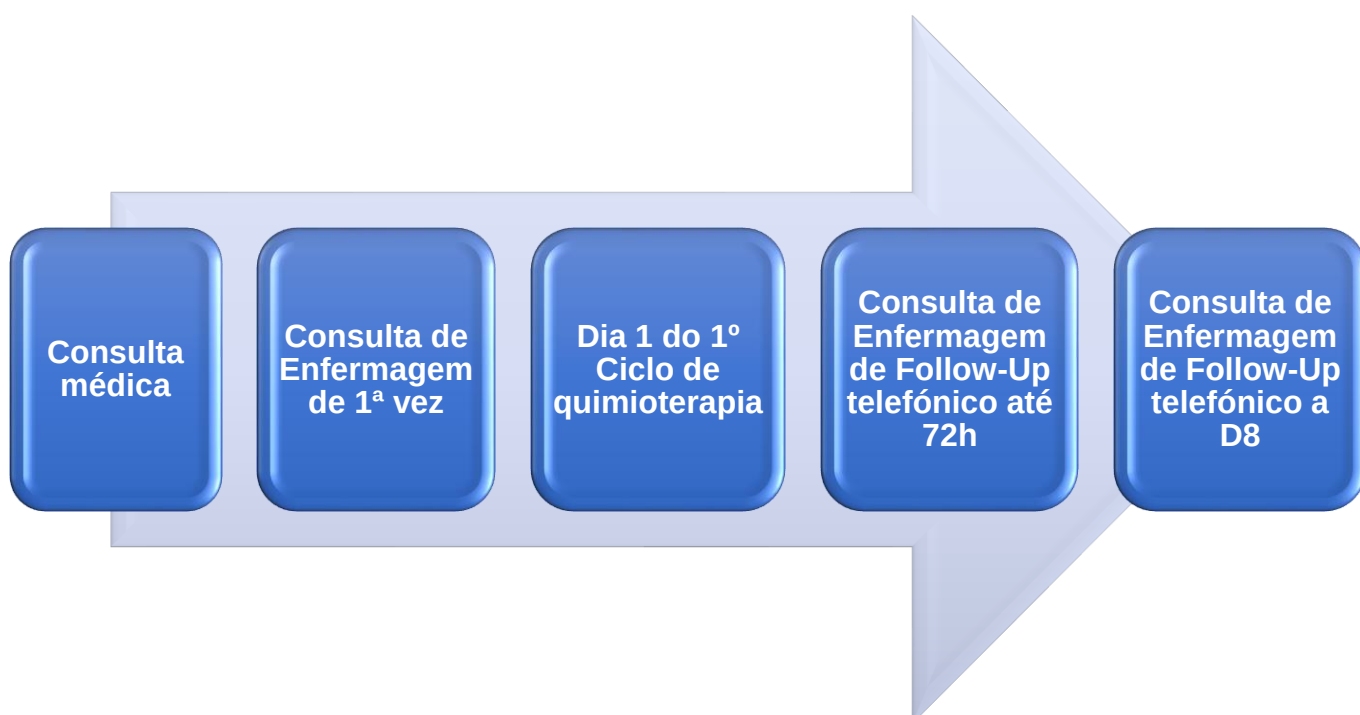
1. OBJETIVOS GERAIS

- Definir e uniformizar os procedimentos inerentes à CE1 e à CEFU com vista à sua uniformização;
- Garantir a realização de CE1 e de CEFUT a todas as pessoas com doença oncológica hepatobilio-pancreática submetidas a quimioterapia em Hospital de Dia, mediante aceitação e enquadrada nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem.

2. ÂMBITO

Estes procedimentos aplicam-se à equipa de enfermagem do Hospital de Dia D na realização da CE1 e da CEFUT à pessoa com doença oncológica hepatobilio-pancreática que estejam a realizar tratamentos de quimioterapia por via endovenosa.

3. CIRCUITO DA PESSOA



Manter a Consulta de Enfermagem de Follow-Up telefónico a D8 dos ciclos de Quimioterapia subsequentes

4. LOCAL

A CE1 deverá ocorrer em gabinete próprio de forma a preservar a privacidade da pessoa e da sua família; na impossibilidade do mesmo, desde que não se quebre o princípio da privacidade e a disponibilidade emocional da pessoa/família o permita, poderá ocorrer na sala de administração de quimioterapia já com a pessoa sentada no cadeirão.

A CEFUT deverá ocorrer em gabinete próprio e, preferencialmente, através de contacto móvel; na sua impossibilidade, o gabinete deverá ser dotado de linha telefónica e de telefone fixo.

5. DURAÇÃO

Prevê-se que a duração da CE1 seja de 30 a 45 minutos e que a CEFUT tenha até 10 minutos.

6. FINALIDADE

A CE1 e a CEFUT têm como finalidade major proporcionar à pessoa com doença oncológica hepatobilio-pancreática e sua família informação personalizada e geradora de aprendizagens a fim de os capacitar para o autocuidado, maximizando a qualidade de vida e o seu bem-estar.

Os apêndices I e II apresentam os algoritmos elaborados para a CE1 e para a CEFUT, respetivamente, para esquematizar as suas diferentes fases.

Nestas duas CE é fundamental a elaboração de um plano de cuidados que permita a continuidade dos cuidados de enfermagem e a realização de um registo que permita avaliar os ganhos em saúde das intervenções realizadas.

6.1. INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA CE1:

1. Realizar o acolhimento com a apresentação da equipa e do serviço e avaliação inicial através da colheita de dados do doente/família:
 - Avaliar grau de consciência através de escala de coma de Glasgow;

- Avaliar o grau de dependência através do Índice de Barthel;
 - Avaliar o risco de não adesão à terapêutica através da Medida de Adesão aos Tratamentos
2. Avaliar o conhecimento da pessoa/família sobre a sua saúde:
 - Doença diagnosticada;
 - Tratamento proposto, periodicidade e modo de administração;
 - Efeitos adversos do tratamento;
 3. Avaliar a presença de efeito adverso decorrente da doença através da *Common Terminology Criteria for Adverse Events* (CTCAE, 2017);
 4. Avaliar os conhecimentos sobre a adaptação das atividades de vida diária à sua condição clínica, bem como os recursos/estratégias existentes:
 - Segurança alimentar e aporte nutricional;
 - Higiene pessoal e eliminação;
 - Temperatura corporal;
 - Respiração;
 - Atividade familiar e social e comunicação;
 - Trabalho e Lazer;
 - Sono e repouso;
 - Sexualidade;
 5. Avaliar a capacidade do doente/família para o autocuidado:
 - Manter uma ingestão de ar, água e alimentos adequada;
 - Manter cuidados associados aos processos de eliminação (urina e fezes);
 - Manter o equilíbrio entre atividade e descanso (sono e repouso);
 - Manter o equilíbrio entre solidão e interação social;
 - Prevenir riscos para a sua vida, o funcionamento e o bem-estar;
 - Promover o desenvolvimento humano e o desejo de normalidade;
 6. Elaborar um plano de cuidados de acordo com as necessidades de educação e a capacidade de autocuidado avaliadas;
 7. Fornecer materiais educativos e contatos do Hospital de Dia (telefone e e-mail).
 8. Esclarecer dúvidas;
 9. Informar dos recursos disponíveis na instituição e na comunidade, encaminhando para os mesmo em caso de necessidade;

6.2 INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA CEFUT:

1. Realizar o acolhimento através de:
 - Identificação do enfermeiro, informar do motivo de contato e validar a sua autorização para prosseguir com a CEFUT;
 - Complementar a avaliação inicial realizada na CE1 caso a mesma esteja incompleta ou a situação anterior se tenha alterado;
2. Validar as **intervenções educacionais** realizadas na CE1 ou nas CEFUT anteriores (adequar consoante as intervenções realizadas):
 - Avaliar o conhecimento do doente/família para a doença, tratamento, periodicidade, modo de administração e efeitos adversos;
 - Avaliar se a informação disponibilizada foi útil ao doente/família na gestão da doença e de efeitos adversos e na adaptação às atividades de vida diária;
 - Avaliar se o doente demonstra capacidade para o autocuidado nos requisitos de autocuidado universais;
3. Avaliar se o doente é capaz de realizar práticas de autocuidado que permitam a **gestão de toxicidades**, prevenindo o aparecimento e/ou agravamento dos efeitos adversos:
 - Adesão à terapêutica
 - Prevenção de infeção
 - Náuseas
 - Vômitos
 - Diarreia
 - Obstipação
 - Fadiga
 - Alterações no padrão de sono
 - Alterações da sexualidade
 - Sofrimento emocional
4. Avaliar os efeitos adversos sentidos pelo doente após o tratamento de quimioterapia de acordo com o CTCAE (2017).
5. Realizar ensinios à pessoa/família dirigidos às necessidades afetadas com base no protocolo de atendimento telefónico instituído;

6. Atualizar o plano de cuidados de forma a lhe dar continuidade, programando novas intervenções de enfermagem, se necessário;
7. Validar os ensinamentos e/ou encaminhamentos realizados e esclarecer dúvidas.

7. REGISTO

Os registos de enfermagem da CE1 e da CEFUT devem ser realizados preferencialmente no processo clínico informatizado do doente na **Consulta de Enfermagem de Oncologia** e na **Consulta de Enfermagem de Follow-up Telefónico**, respetivamente; não havendo essa possibilidade o registo deverá ser realizado em papel e posteriormente digitalizado e inserido no processo clínico informatizado.

8. AVALIAÇÃO DE RESULTADOS

Com base no RMDE, para avaliar os resultados da **CE1** é proposto um **Indicador de Resultados** através da fórmula **modificação positiva no estado do diagnóstico de enfermagem**. Com base no plano de cuidados elaborado, é levantado o diagnóstico de enfermagem de **défice de capacidade para o autocuidado**, e realizadas intervenções de enfermagem para que a pessoa/família seja capaz de satisfazer os requisitos universais para o autocuidado. A avaliação das intervenções realizadas no universo de utentes poderá ser avaliada através da seguinte fórmula:

$\frac{\text{N.º de utente capazes de satisfazer os requisitos universais do autocuidado após o início do tratamento de quimioterapia}}{\text{N.º total de utentes a quem foi realizada CE1}} \times 100$

A avaliação deverá ser realizada numa CE subsequente ou através da CEFUT aquando do D8 de tratamento (considerando a existência de protocolos de tratamento de quimioterapia cujo D8 consiste em administração de terapêutica antineoplásica em hospital de dia).

Aquando do aparecimento de efeitos adversos na CEFUT, e com base no RMDE, é importante avaliar a prevalência dos mesmos propondo-se um **Indicador Epidemiológico** através da fórmula **taxa de prevalência**. Assim, para o levantamento da existência atual dos diagnósticos de **não adesão à terapêutica, infecção, náusea, vômito, diarreia, obstipação, fadiga, alteração no padrão do sono, alteração da sexualidade e sofrimento emocional**, poderá ser avaliada a sua prevalência no universo de utente a realizar tratamento de quimioterapia através da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{N.º de utentes com um diagnóstico supracitado levantado}}{\text{N.º total de utentes em tratamento de quimioterapia}} \times 100$$

Exemplo:

$$\frac{\text{N.º de utentes com náusea}}{\text{N.º total de utentes em tratamento de quimioterapia}} \times 100$$

Considerando que através da CEFUT serão realizadas intervenções de enfermagem à pessoa/família dirigidas às necessidades afetadas, considerando os diagnósticos de enfermagem levantados, é fundamental avaliar os seus resultados. Assim, é proposto um **Indicador de Resultados** através da fórmula **modificação positiva no estado do diagnóstico de enfermagem**. Para cada um dos efeitos adversos presentes, deverá ser levantado o diagnóstico (ausente ou diminuído) de **conhecimento sobre ações de autocuidado para prevenção: da não adesão terapêutica; da infecção; da náusea; do vômito; da diarreia; obstipação; da fadiga; de alterações no padrão do sono; de alterações da sexualidade; do sofrimento emocional**.

A avaliação das intervenções realizadas no universo de utentes poderá ser avaliada através da seguinte fórmula:

$$\frac{\text{N.º de utentes com ganhos em conhecimento sobre um diagnóstico supracitado levantado}}{\text{N.º total de utentes com diagnóstico levantado}} \times 100$$

Exemplo:

$$\frac{\text{N.º de utentes com ganhos em conhecimento sobre náusea}}{\text{N.º total de utentes com náusea e com conhecimento ausente ou diminuído sobre ações de autocuidado}} \times 100$$

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de um Guia de Boas Práticas permite a uniformização das práticas de enfermagem realizadas por toda a equipa no acompanhamento da pessoa com cancro hepatobilio-pancreático e sua família, em quimioterapia, o que contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados, bem como demonstrar os resultados das intervenções de enfermagem realizadas na CE1 e na CEFUT na capacitação do autocuidado da pessoa/família. Este Guia evidencia o cuidar à luz da teoria de enfermagem que dá suporte à promoção do autocuidado através das intervenções de enfermagem com base num sistema de apoio educação.

Este documento, pretende ir ao encontro dos Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem no que respeita ao autocuidado, tendo-se baseado no RMDE para aplicação de fórmulas que se traduzem na avaliação de indicadores resultado das intervenções de enfermagem. Assim, é possível avaliar de que forma as intervenções promotoras do autocuidado influenciam as práticas do autocuidado da pessoa e família, podendo servir como base para modificações nas intervenções implementadas pela equipa de enfermagem, através de uma reflexão sobre os resultados obtidos, sendo os mesmos, ou não, os pretendidos.

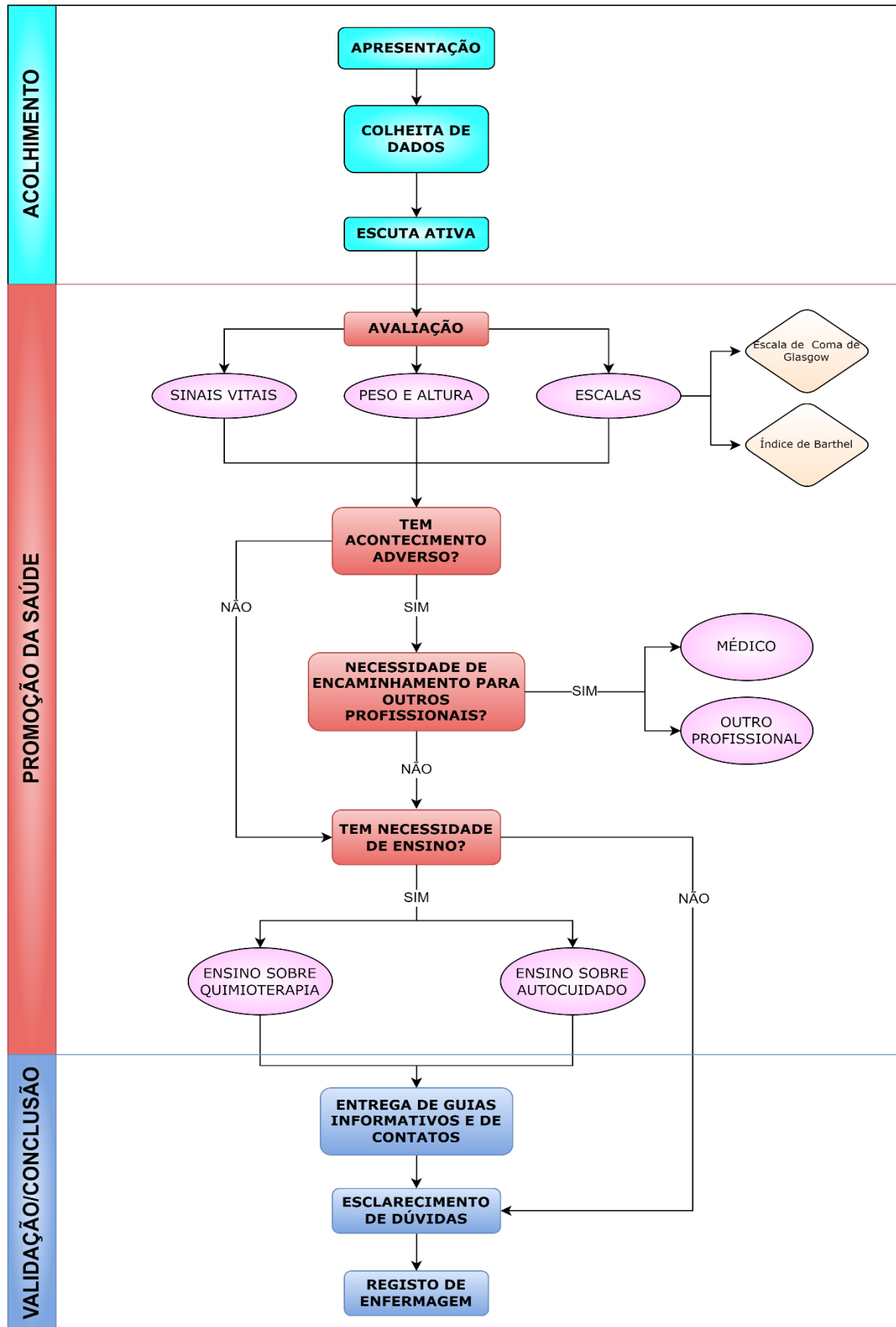
A aplicação de um indicador epidemiológico poderá também ser importante para avaliar quais os efeitos adversos mais prevalentes mediante os tratamentos de quimioterapia, devendo os mesmos também ser alvo de reflexão em equipa para que se possam adequar as intervenções de enfermagem para minimizar esses efeitos adversos através do ensino de práticas de autocuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco News*, 21, p. 27-31.
- Clarke, D., Flanagan, J., Kendrick, K. (2002). *Advancing Nursing Practice in Cancer and Palliative Care*. New York: Palgrave Macmillan. ISBN: 0-333-77766-
- Doran, D. & Pringle, D. (2003). Patient Outcomes as an Accountability. In Doran, Diane. *Nursing Outcomes: The State of the Science*. (pp.1-27). Ontario: Jones & Bartlett Learning.
- Mollaoğlu, M. & Erdoğan, G. (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), p. 78-84. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.07.006.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Divulgar: Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 07/01/2022. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Cores de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados de Saúde*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 28/01/2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMD_E_Indicadores-VFOut2007.pdf
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: conceito central da enfermagem*. Coimbra: Formassau.
- Portaria nº 19/2012 (2012). *Diário da República, I Série* (Nº15 de 20-01-2012), 351-352. ELI: <https://data.dre.pt/eli/port/19/2012/01/20/p/dre/pt/html>
- 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, p. 444-450. DOI: 10.1016/j.pec.2013.07.003
- Werley, H., Devine, E., Zorn, C., Ryan, P., Westra, B. (1991). The nursing minimum data set: abstraction tool for standardized, comparable, essential data. *American Journal of Public Health*, 81 (4), p. 421-426. DOI: 10.2105/ajph.81.4.421

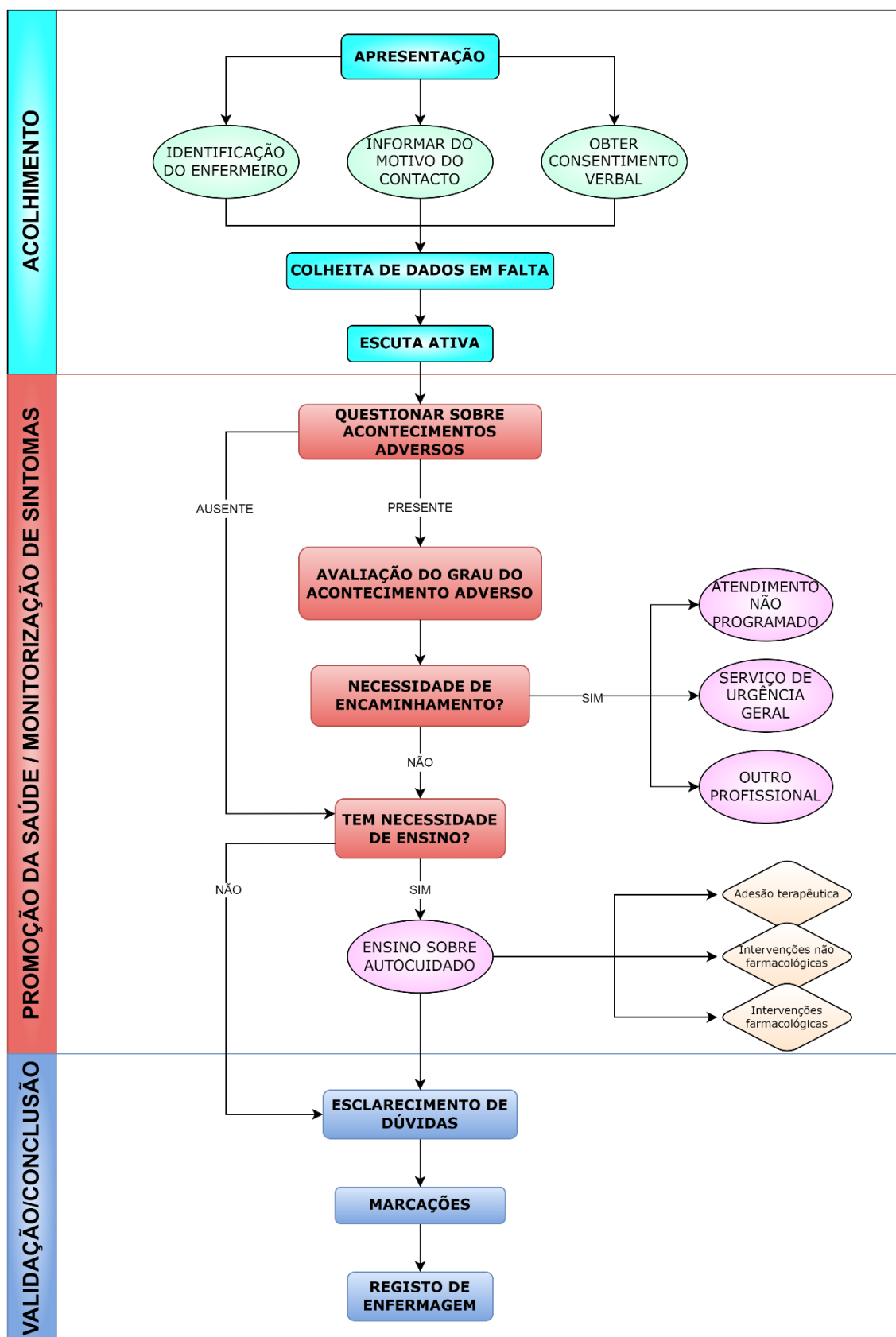
APÊNDICE I - ALGORITMO DA CE1

ALGORITMO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE 1ª VEZ



APÊNDICE II - ALGORITMO DA CEFUT

ALGORITMO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM DE FOLLOW-UP TELEFÔNICO



APÊNDICE XIX
Orientação Técnica

ORIENTAÇÃO TÉCNICA

Consulta de Enfermagem presencial à pessoa com doença oncológica no Hospital de Dia D

Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico à pessoa com doença oncológica no Hospital de Dia D

Nome

1. Consulta de Enfermagem presencial à pessoa com doença oncológica no Hospital de Dia D;
2. Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico à pessoa com doença oncológica no Hospital de Dia D.

Objetivo

Definir como é efetuada a Consulta de Enfermagem e Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico à pessoa com doença oncológica no Hospital de Dia D, para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico a fazer quimioterapia antineoplásica.

Proporcionar à pessoa com doença oncológica a fazer quimioterapia antineoplásica e à sua família informação personalizada que permita a capacitação para o autocuidado, maximizando a qualidade de vida e o bem-estar.

Orientação Técnica

A taxa de incidência anual de novos cancros em Portugal é de 3%, contribuindo para o mesmo não só as mudanças nos estilos de vida, mas principalmente o envelhecimento da população (DGS, 2016 e 2017).

Este envelhecimento da população acarreta novas responsabilidades por parte das instituições de saúde em que importa dar respostas eficazes às suas necessidades reais, não importando apenas viver mais anos, mas vivê-los sim com qualidade (Silva, 2007).

Um dos grandes investimentos em saúde nos últimos anos tem sido efetuado ao nível do desenvolvimento e melhoria de tratamentos para o cancro, sendo um dos mais utilizados a quimioterapia e, mais recentemente, o desenvolvimento da imunoterapia (National Cancer Institute, 2015).

Contudo, se por um lado estes tratamentos são responsáveis por um aumento da sobrevida numa variedade de neoplasias, tendo um papel importante na cura, prolongamento da vida e palição de sintomas, por outro, também estes não são isentos de efeitos secundários com repercussões na qualidade de vida e bem-estar da pessoa e família com doença oncológica (Costa, Magalhães, Félix, Costa, Cordeiro, 2005; DGS, 2016), traduzindo numa população, a longo prazo, com problemas clínicos e sociais muito particulares.

Em Portugal a administração de quimioterapia e imunoterapia (doravante denominado genericamente de quimioterapia) é realizada na sua maioria em contexto de ambulatório – Hospital de Dia – coincidindo com a realidade da instituição à qual pertence o Hospital de Dia D em que, mesmo em casos pontuais de internamento, a pessoa é transferida para este serviço para administração da terapêutica prescrita.

Os tratamentos de quimioterapia em regime de ambulatório consistem na maior área de intervenção do Hospital de Dia D tendo-se verificado um crescimento quase anual dos mesmos. Na abertura, em 2012, os tratamentos de quimioterapia totalizaram 1304 sessões, tendo no espaço de um ano quase que triplicado o seu número para 3660 (2013). Desde 2017 que anualmente o Hospital de Dia D totaliza mais de 6000 sessões de quimioterapia, mantendo a sua tendência crescente (6330 tratamento no ano de 2020).

A doença oncológica aquando do seu diagnóstico, durante os tratamentos e após os mesmos (quer curativos, quer paliativos) tem um impacto muito significativo na pessoa e na sua família do ponto de vista físico, psicológico e social implicando uma adaptação à nova realidade (Shaw, Young, Butow, Chambers, O'Brien, Solomon, 2013). No que concerne aos efeitos adversos dos tratamentos, estes por vezes implicam alterações que podem ser apenas leves ou, em casos mais graves, que podem ameaçar a vida da pessoa.

Sendo os enfermeiros os profissionais mais capacitados para os processos educacionais no controlo da sintomatologia associada à quimioterapia, torna-se aqui fundamental a intervenção de enfermagem na gestão do autocuidado promovendo assim a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar (Clarke, Flanagan, Kendrick, 2002; Mollaoglu & Erdogan, 2014).

Considerando o aumento de pessoas com doença oncológica sob tratamentos de quimioterapia nos últimos anos ao qual o Hospital de Dia D dá assistência e considerando que a grande maioria dos efeitos adversos ocorrem no domicílio (Stacey, Macartney, Carley, Harrison, 2013), surge a necessidade da elaboração

desta orientação técnica que visa a intervenção de enfermagem personalizada como meio de melhoria de qualidade dos cuidados prestados ao promover a gestão do autocuidado da pessoa com cancro em quimioterapia.

DEFINEM-SE COMO IMPORTANTES A EXISTÊNCIA DE:

- Consulta de Enfermagem presencial de primeira vez e/ou subsequentes:

- A Consulta de Enfermagem presencial realiza-se todos os dias úteis de 2ª a 6ª feira durante um período de 8 horas no horário de funcionamento do Hospital de Dia D;
- Esta consulta é realizada a todos as pessoas com doença oncológica que aceitem a realização de tratamento endovenoso de quimioterapia ou imunoterapia;
- A Consulta de Enfermagem de primeira vez deverá ser realizada após a consulta médica e preferencialmente antes do início do primeiro tratamento de quimioterapia ou imunoterapia;
- O enfermeiro responsável pela consulta de enfermagem consulta o planeamento/agendamento de doentes em sistema informático, identificando as pessoas a realizar tratamento de primeira vez ou mudança de tratamento;
- A sua realização deverá ser feita preferencialmente em gabinete próprio de forma a promover a privacidade da pessoa e família;
- Sempre que há mudança de tratamento de quimioterapia o enfermeiro deve realizar Consulta de Enfermagem presencial subsequente com o objetivo de atualizar os conhecimentos da pessoa e família e/ou adaptar os ensinamentos a novas necessidades;
- Sempre que a equipa de enfermagem ou equipa médica considere necessário poderá ser agendada consulta subsequente para validação de ensinamentos;
- A Consulta de Enfermagem presencial de primeira vez e/ou subsequente terá de ser obrigatoriamente registada em campo próprio no sistema informático em utilização.

- Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico:

- A Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico realiza-se todos os dias úteis de 2ª a 6ª feira durante um período de 8 horas no horário de funcionamento do Hospital de Dia Médico;

- Esta Consulta de Enfermagem de *Follow-up* telefónico consiste na realização de uma consulta de enfermagem telefónica a todas as pessoas com doença oncológica em tratamento de quimioterapia após a Consulta de Enfermagem presencial de primeira vez;
- A Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico deverá ser realizado nos seguintes momentos:
 - até ao 3º dia útil após a realização do primeiro tratamento;
 - 7 a 14 dias após a realização de todos os tratamentos;
- O enfermeiro responsável pela consulta de enfermagem consulta o planeamento/agendamento de doentes em sistema informático, identificando e planeando os contactos telefónicos a realizar;
- A sua realização deverá ser feita preferencialmente em gabinete próprio de forma a promover a privacidade da pessoa e família;
- Sempre que a equipa de enfermagem ou equipa médica considere necessário poderá ser agendada *follow-up* para monitorização da sintomatologia e avaliação do resultado das intervenções de enfermagem baseados num sistema de apoio educação;
- Considerando que nem sempre poderá ter gabinete disponível, o enfermeiro deverá ter disponível um telefone móvel de serviço para realização do follow-up telefónico de enfermagem, mantendo-se o mesmo também disponível para contacto por parte do utente e família durante o horário de funcionamento da consulta de enfermagem.
- A Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico terá de ser obrigatoriamente registada em campo próprio no sistema informático em utilização.

- Recursos humanos e materiais necessários:

- Enfermeiro da equipa de enfermagem do Hospital de Dia D;
- Gabinete para realização de consulta;
- Telefone móvel de uso exclusivo para a Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico e para contacto dos utentes para situações relacionados exclusivamente com os efeitos adversos do seu tratamento (atendimentos telefónicos não programados), permitindo a realização de teleconsulta.

- Objetivos específicos da Consulta de Enfermagem presencial de primeira vez:

- Realizar o acolhimento ao utente e pessoa significativa, apresentar a equipa, o espaço físico e o circuito de interesse da pessoa no Hospital de Dia D;
- Realizar colheita de dados do utente;
- Identificar os conhecimentos prévios da pessoa e família, bem como as suas preocupações;
- Determinar diagnósticos e intervenções de enfermagem;
- Informar sobre o tratamento de quimioterapia;
- Promover o autocuidado nas atividades de vida humanas de acordo com as crenças e valores do doente/família;
- Esclarecer dúvidas;
- Validar os conhecimentos transmitidos;
- Verificar a necessidade de encaminhamento para outros profissionais de saúde (nutricionista, psicólogo, assistente social, cuidados de saúde primários, equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos);
- Informar sobre a Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico que irá ser realizada, em caso de consentimento verbal, disponibilizando o contacto para com a equipa de enfermagem em caso exclusivo de efeitos adversos relacionados com o tratamento de quimioterapia;
- Fornecer guias orientadores em suporte papel no modelo preconizado pela instituição à qual pertence o Hospital de Dia D (acolhimento, guia específico de quimioterapia, adesão terapêutica, risco de quedas em ambulatório).
- Fazer o registo informático em campo próprio

- Objetivos específicos da consulta de enfermagem presencial subsequente:

- Acolher e apresentar os objetivos da Consulta de Enfermagem subsequente;
- Verificar a necessidade de colher dados em falta do utente com relevância para os cuidados de enfermagem;
- Questionar sobre efeitos adversos já existentes e classificá-los de acordo com o *Common Terminology Criteria for Adverse Events* v.5.0 (National Cancer Institute, 2017);
- Esclarecer dúvidas;
- Identificar necessidades educacionais da pessoa e família bem como as suas preocupações;
- Determinar diagnósticos e intervenções de enfermagem;

- Informar sobre o tratamento de quimioterapia;
- Promover o autocuidado nas atividades de vida humanas de acordo com as crenças e valores do doente/família;
- Validar os conhecimentos transmitidos;
- Verificar a necessidade de encaminhamento para outros profissionais de saúde (nutricionista, psicólogo, assistente social, cuidados de saúde primários, equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos);
- Fornecer guias orientadores em suporte papel no modelo preconizado pela instituição à qual pertence o Hospital de Dia D (guia específico de quimioterapia);
- Fazer o registo informático em campo próprio.

- Objetivos específicos da Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico:

- Solicitar consentimento verbal e registar o mesmo no processo individual da pessoa;
- Apresentar os objetivos da Consulta de Enfermagem de *Follow-up* Telefónico;
- Questionar sobre efeitos adversos e classificá-los de acordo com o *Common Terminology Criteria for Adverse Events* v.5.0 (National Cancer Institute, 2017);
- Ensinar sobre gestão dos efeitos adversos;
- Questionar sobre adesão à terapêutica, confirmando a medicação prescrita em ambulatório e se cumpre a posologia prescrita (mesmo quando em SOS se na presença de efeitos adversos);
- Promover o autocuidado com base num sistema de apoio educação;
- Esclarecer dúvidas;
- Validar os conhecimentos transmitidos;
- Verificar a necessidade de agendar novo *follow-up* telefónico de enfermagem em 24-48 horas ou o encaminhamento para o atendimento não programado em Hospital de Dia D ou Serviço de Urgência Geral de acordo com o grau dos efeitos adversos manifestados;
- Confirmar o agendamento de análises e tratamento seguinte.
- Fazer o registo informático em campo próprio

Referências Bibliográficas

- Clarke, D., Flanagan, J., Kendrick, K. (2002). *Advancing Nursing Practice in Cancer and Palliative Care*. New York: Palgrave Macmillan. ISBN: 0-333-77766-
- Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A., Cordeiro, S. (2005). *O cancro e a qualidade de vida: a quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Patrocínio: Novartis.
- Direção-Geral da Saúde (2016). *Doenças Oncológicas em Números – 2015: Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Lisboa: DGS. Acedido em 04/06/2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-2015-pdf.aspx>
- National Cancer Institute (2017). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE v.5.0)*. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Acedido em 10/01/2022. Disponível em https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf
- National Cancer Institute (2021). Acedido em 04/06/2021. Disponível em <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>
- Mollaoğlu, M. & Erdoğan, G. (2014). Effect on symptom control of structured information given to patients receiving chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 18(1), p. 78-84. DOI: 10.1016/j.ejon.2013.07.006.
- 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, p. 444-450. DOI: 10.1016/j.pec.2013.07.003
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55 (1-2), p. 11-20.
- Stacey, D., Macartney, G., Carley, M., Harrison, M. (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*. Vol 2013. DOI: 10.1155/2013/171872.

APÊNDICE XX

Questionário a ser aplicado após a aplicação do projeto - QB

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO APÓS A APLICAÇÃO DO PROJETO

O questionário que se segue está inserido num trabalho do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica da Unidade Curricular Estágio com Relatório da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tendo por base a implementação da consulta de enfermagem de *follow-up* telefónico como instrumento na gestão do autocuidado na pessoa sob quimioterapia com cancro hepatobilio-pancreático, pretende-se identificar qual o seu real impacto na melhoria dos cuidados de enfermagem prestados com efetivos ganhos em saúde.

A sua participação é voluntária estando assegurado o seu anonimato bem como a confidencialidade das respostas dadas. Todos os dados recolhidos não têm como objetivo identificá-lo, sendo utilizados apenas com finalidade estatística.

Caracterização da pessoa:

Idade: _____

Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

1. Foi contactado pela equipa de enfermagem sobre o tratamento que está a realizar?

☐ Sim☐ Não

2. Necessitou de contactar telefonicamente os enfermeiros do Hospital de Dia após ter realizado algum tratamento, devido a efeitos secundários do mesmo?

☐ Sim☐ Não

Se sim, porquê? _____

3. A resposta foi útil na gestão dos sinais e sintomas dos tratamentos?

☐ Sim☐ Não

Porquê? _____

4. Se não tivesse sido estabelecido contato telefónico com o enfermeiro o que teria feito?

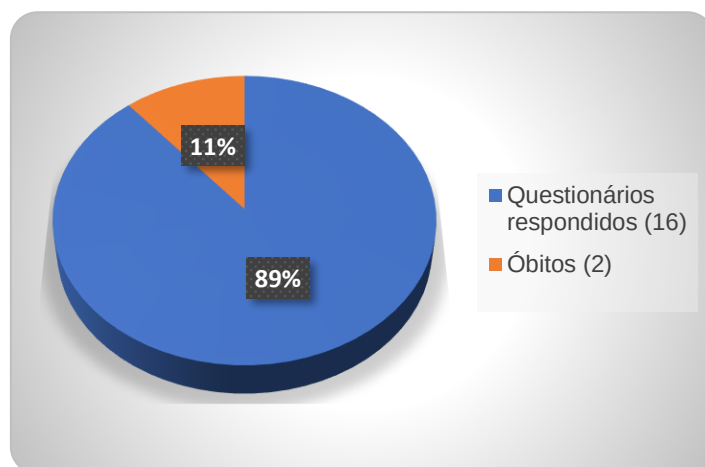
Muito obrigada pela sua participação.

Enf.^a Carla Nazareth

APÊNDICE XXI

Resultados obtidos no Questionário B

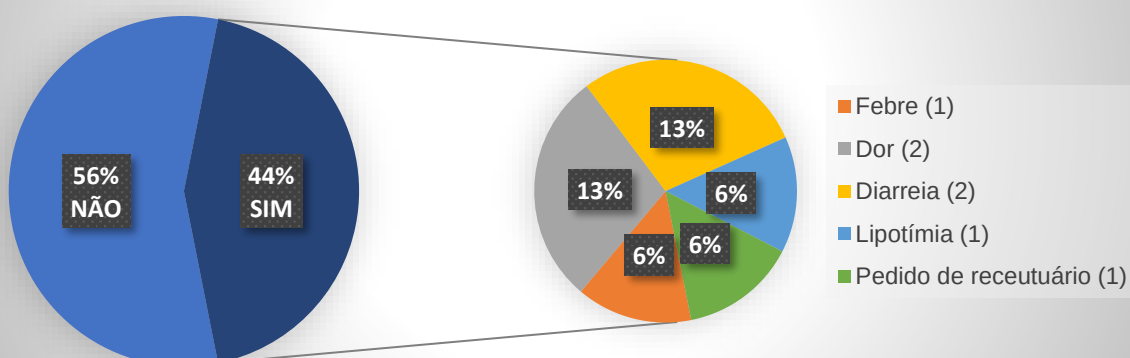
RESULTADOS OBTIDOS NO QUESTIONÁRIO B



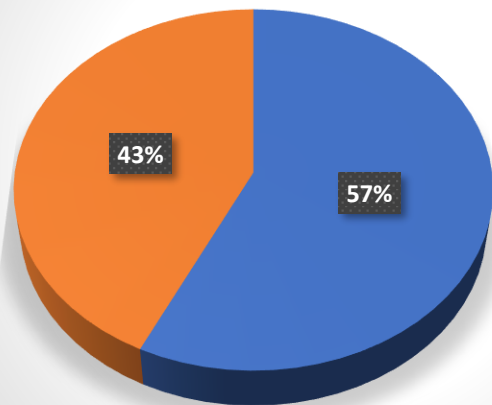
Foi contactado pela equipa de enfermagem sobre o tratamento que está a realizar?



Necessitou de contactar telefonicamente os enfermeiros do Hospital de Dia após ter realizado algum tratamento, devido a efeitos secundários do mesmo?
Se sim, porquê?



A resposta foi útil na gestão dos sinais e sintomas dos tratamentos? Porquê?



"Sensação de não abandono"

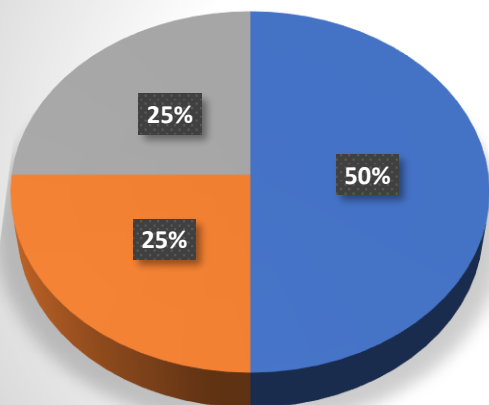
"Evitaram que fosse à urgência"

■ Sim (4)

■ Não (3)

"Não atenderam"

Se não tivesse estabelecido contato telefónico com o enfermeiro o que teria feito?



■ Serviço de Urgência (8)

■ Hospital de Dia (4)

■ Enviava e-mail (4)

APÊNDICE XXII
Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

