

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Cuidado Especializado à Pessoa em Programa  
de Quimioterapia e os seus Cuidadores**

Projeto de desenvolvimento de competências  
clínicas especializadas em Enfermagem  
Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem  
à Pessoa em Situação Crónica

**Specialized Care for People in a Chemotherapy  
Program and Their Caregivers**

Project for the development of specialized clinical,  
skills in medical-surgical nursing, in the Area  
of Nursing for People in Chronic Situations

**Autor**

**Ana Lúcia Barbosa Ribeiro**

**Porto, 2024**



**ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**

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

**Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II**

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

**Orientador(es)**

Luis Miguel Ribeiro Ferreira  
*Professor Adjunto, Doutor*

Célia Samarina Vilaça de Brito Santos  
*Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor*

**Autor**

Ana Lúcia Barbosa Ribeiro

**Porto, 2024**



## RESUMO

O presente relatório foi concebido no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O objetivo é descrever o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

O desenvolvimento de competências na área da enfermagem especializada é importante para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, visando atingir a excelência da profissão.

Para obter o título de especialista, é solicitada a concretização de um projeto de desenvolvimento pessoal numa área específica do conhecimento. Selecionei “O cuidado especializado à pessoa e cuidadores em Programa de Quimioterapia” como tema principal do projeto.

A complexidade dos cuidados do doente oncológico implica que os enfermeiros desenvolvam competências especializadas, de forma a garantir cuidados holísticos, humanizados e de excelência, que assentem na prevenção da doença; na promoção de estilos de vida saudáveis e de processos de adaptação; e na adesão e autogestão do regime terapêutico.

O doente oncológico pode ser submetido a um programa de quimioterapia como forma de tratamento da sua doença. A quimioterapia pode conduzir a um conjunto de sintomas que interferem com a qualidade de vida do doente e que implicam que este adquira competências de autogestão.

Intervir na capacidade do doente para a autogestão do regime terapêutico, da doença e dos sintomas induzidos pela quimioterapia faz parte da área de intervenção diária do enfermeiro que trabalha em contexto de oncologia.

No presente relatório são descritos os contextos clínicos onde realizei os estágios de natureza profissional; o processo de conceção de cuidados explanados através do desenvolvimento de dois casos clínicos; uma reflexão crítica do desenvolvimento de competências e da forma como os contextos clínicos e as experiências que vivenciei contribuíram para o desenvolvimento de competências.

**Palavras-chave:** Competências; Enfermagem; Pessoa em Situação Crónica; Doente Oncológico; Quimioterapia



## ABSTRACT

This report was conceived as part of the Master's course in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Chronic Situations, at the Porto School of Nursing (ESEP). The aim is to describe the process of developing and acquiring common and specific competences for the Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing, in the area of Nursing for People in Chronic Situations

The development of competences in the area of specialized nursing is important for the provision of safe, quality care, with the aim of achieving excellence in the profession.

In order to obtain the title of specialist, a personal development project in a specific area of knowledge is required. I chose "Specialized care for people undergoing chemotherapy" as the main theme of the project.

The complexity of the cancer patient requires nurses to develop specific skills in order to guarantee holistic, humanized and excellent care, based on disease prevention, the promotion of healthy lifestyles and adaptation processes, and adherence to and management of the therapeutic regime.

Cancer patients can undergo a chemotherapy program as a way of treating their illness. Chemotherapy involves a set of symptoms that interfere with the patient's quality of life and require them to acquire self-management skills.

Working on the patient's ability to self-manage the therapeutic regimen and the symptoms induced by chemotherapy is part of the daily intervention area for nurses working in an oncology setting.

This report describes the clinical contexts in which I carried out the professional internships; the process of designing care explained through the development of two clinical cases; a critical reflection on the development of skills and how the clinical contexts and experiences I lived through contributed to the development of skills.

**Keywords:** Competences; Nursing; Chronically ill; Oncological patient; Chemotherapy



## **ABREVIATURAS**

CVC - Cateter venoso central

EE - Enfermeiro especialista

EV - Endovenosa

G-CSF - Fator estimulante de colónias de granulócitos

HTA - Hipertensão arterial

LH - Linfoma de Hodgkin

LNH - Linfoma não Hodgkin

LNH DGCB - Linfoma não Hodgkin Difuso das Grandes Células B

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PICC - Cateter central de inserção periférica

QT - Quimioterapia

QV - Qualidade de vida

RT - Radioterapia

SC - Subcutânea

TVP - Trombose venosa profunda



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO .....	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S) .....	15
3. CASO CLÍNICO DE DOENTE COM CARCINOMA DUCTAL INVASIVO, DESENVOLVIDO NO HOSPITAL DE DIA DE ADULTOS .....	19
3.1. Enquadramento teórico .....	19
3.2. Clientes .....	26
3.3. Medicação .....	27
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	27
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	29
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	29
3.5. Domínios .....	30
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	31
3.6. Conceção de Cuidados .....	34
3.7. Especificação das intervenções .....	38
3.8. Síntese relativa ao caso .....	39
4. CASO CLÍNICO DE DOENTE COM LINFOMA NÃO HODGKIN, DESENVOLVIDO NO SERVIÇO DE ONCO-HEMATOLOGIA .....	43
4.1. Enquadramento teórico .....	43
4.2. Clientes .....	48
4.3. Medicação .....	48
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita .....	48
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica .....	52
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica. ....	53
4.5. Domínios .....	54
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico .....	54
4.6. Conceção de Cuidados .....	57
4.7. Especificação das intervenções .....	65
4.8. Síntese relativa ao caso .....	67
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS .....	73
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO .....	91
7. BIBLIOGRAFIA .....	95
ANEXOS .....	111



## ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

<b>Quadro 1</b> "Estadiamento do LNH, segundo Ann Arbor" .....	<b>44</b>
<b>Quadro 2</b> "Questionário ICE" .....	<b>46</b>



## 1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II”, incluída no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, que decorreu nos anos letivos 2022/2023 e 2023/2024 na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O principal objetivo do relatório é descrever o processo de desenvolvimento e aquisição de competências comuns e específicas, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e do título de EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. 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” (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4744).

Para obtenção do título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, é solicitada a elaboração de um projeto de desenvolvimento pessoal numa área específica do conhecimento. Como tema principal do projeto escolhi "O Cuidado especializado à pessoa em Programa de Quimioterapia e os seus cuidadores". O objetivo geral do projeto prende-se com o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, em pessoas e cuidadores a realizar programa de QT. Para além disso, delineei objetivos mais específicos e as respetivas atividades, para atingir o objetivo geral do projeto.

Os cuidados de enfermagem exigem conhecimentos técnico-científicos, pelo que a diferenciação e especialização se tornam uma necessidade indiscutível para os enfermeiros que lidam com o doente crónico (Regulamento n.º 140/2019).

Segundo a OMS (2014), a doença crónica caracteriza-se por não se transmitir de pessoa para pessoa, ser de longa duração e, habitualmente, de progressão lenta, e produzir incapacidade, exigindo um acompanhamento contínuo. A incidência e prevalência da doença crónica têm vindo a aumentar, tanto a nível nacional, como internacional, o que se explica pelo aumento da esperança média de vida, pelo envelhecimento populacional e pela alteração dos estilos de vida (Fernandes, 2020). Pelas características que lhe estão inerentes, a doença oncológica integra-se no grupo das doenças crónicas e constitui-se um problema de saúde pública, com impacto crescente na sociedade (Ferreira, 2017).

A complexidade do doente oncológico implica que os enfermeiros desenvolvam competências específicas, por forma a garantir cuidados holísticos, humanizados e de excelência, alicerçados na prevenção da doença, na promoção de estilos de vida saudáveis e de processos de

adaptação e na adesão e gestão do regime terapêutico (Regulamento n.º 429/2018).

Também o regime de tratamento destes doentes é complexo, podendo-se optar por várias abordagens terapêuticas. Uma das opções de tratamento do doente oncológico é a QT. Atualmente, assistimos à emergência de um novo paradigma relacionado com a transição do tratamento de quimioterapia do contexto de internamento para o contexto de ambulatório. A mudança de paradigma e o facto de os tratamentos ainda produzirem toxicidades, conduz à necessidade de ser o próprio doente a gerir os sintomas numa fase em que já fez a transição para o domicílio. Esta transição coloca desafios em relação ao autocuidado e à autogestão do regime terapêutico, o que requer que o EE capacite o doente de conhecimentos e habilidades para a autogestão dos sintomas no domicílio. É expectável que o doente seja capaz de identificar a presença de sintomas, saiba como preveni-los ou tratá-los e quando recorrer a profissionais de saúde.

Enquanto enfermeira a exercer funções num serviço de oncologia médica, no qual se administra QT, deparo-me, diariamente, com a necessidade de estar munida de conhecimentos e competências diferenciados, de forma a atender às necessidades destes doentes. Neste seguimento, procurei desenvolver competências nesta área com a frequência deste mestrado.

Desenvolvi os estágios de natureza profissional em dois contextos oncológicos distintos: um serviço de internamento de Onco-Hematologia e um Hospital de Dia de Adultos, com o objetivo de implementar o projeto delineado e, assim, adquirir competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

O presente relatório está dividido em três partes. Na primeira, é realizada a caracterização dos contextos clínicos onde desenvolvi os estágios de natureza profissional; na segunda, são apresentados os dois casos clínicos; e, por fim, na terceira, surge uma reflexão crítica do desenvolvimento de competências e da influência que os contextos clínicos e as experiências que vivenciei tiveram para o desenvolvimento de competências comuns do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica e específicas na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Os casos clínicos foram documentados com recurso à plataforma académica E4Nursing, disponibilizada pela ESEP. A referida plataforma baseia-se nas etapas do processo de decisão clínica e de conceção de cuidados de enfermagem, tendo como suporte a Ontologia de Enfermagem.

A plataforma permite a criação de sessões, sendo que cada um destas sessões corresponde a um momento de contacto com o doente. Nas várias sessões são expostos os dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem.

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

Tal como estabelecido no plano de estudos do curso, o desenvolvimento de competências especializadas concretizou-se em dois contextos de estágio distintos, designadamente num Serviço de Onco-Hematologia e num Hospital de Dia de Adultos.

### **Serviço de Onco-Hematologia**

O estágio no Serviço de Onco-Hematologia decorreu entre setembro e novembro de 2023.

Este é um serviço dedicado ao tratamento de doenças oncológicas do sangue, no qual trabalha uma equipa multidisciplinar constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social, nutricionista e administrativa. Sempre que necessário é estabelecido o contacto com outros profissionais de saúde, nomeadamente, psicóloga e equipa de medicina física e reabilitação.

A equipa de enfermagem é composta por 27 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor. Parte da equipa de enfermagem possui formação pós-graduada, nomeadamente, especialidade em enfermagem comunitária (dois elementos), especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (três elementos) e especialidade em saúde mental e psiquiátrica (três elementos).

Habitualmente, por turno, existe um enfermeiro responsável e cinco enfermeiros atribuídos para os cuidados. Cada um destes enfermeiros responsabiliza-se pela prestação de cuidados a um conjunto de doentes, do início ao fim do turno, adotando o método individual de trabalho. Prestam cuidados centrados no doente.

A passagem de turno é realizada em sala própria, pelo enfermeiro responsável, com recurso a folha própria, seguindo a técnica ISBAR, de forma a garantir uma transmissão de informação precisa e eficaz entre os elementos da equipa. Na mnemónica ISBAR, o I corresponde à Identificação (do doente a que diz respeito a comunicação); o S corresponde à Situação Atual (descrição do motivo da necessidade dos cuidados); o B corresponde aos Antecedentes/Anamnese (descrição da história clínica); o A corresponde à Avaliação (indicação do estado clínico, terapêutica instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de

saúde); e o R corresponde às Recomendações (descrição do plano terapêutico) (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2017).

Existem os seguintes grupos de trabalho: grupo de gestão de risco; grupo de controlo de infeção; grupo das quedas; grupo das úlceras de pressão.

De referir que, os doentes podem ser admitidos no serviço de duas formas distintas: internamento programado - ciclos de tratamento com QT; ou internamento não programado - agravamento do estado clínico do doente, decorrente da progressão da doença e controlo sintomático. Relativamente ao regime de visitas, cada doente tem direito a receber dois visitantes (não podendo estar presentes em simultâneo), no período das 15h às 19h.

Do ponto de vista físico e a nível de infraestruturas, é composto por 12 enfermarias (20 camas) e uma área de consultas com sete gabinetes. Cada enfermaria possui um WC e duas unidades com rampas de oxigénio e aspiração.

## **Hospital de Dia de Adultos**

O estágio desenvolvido no contexto do Hospital de Dia de Adultos decorreu entre novembro de 2023 e janeiro de 2024.

É um serviço especializado no tratamento ambulatorio, destinado à administração de terapêutica antineoplásica, nomeadamente, QT, hormonoterapia, modificadores da resposta biológica (anticorpos monoclonais, fatores de crescimento hematopoiético, imunomoduladores), citoprotetores, bifosfonatos, terapêutica de suporte e outra medicação em estudo inserida em Investigação Clínica. Funciona de segunda a sexta-feira, entre as 8h e as 20h, e são realizados cerca de 220 tratamentos por dia.

A equipa de enfermagem é formada por 42 elementos. Parte da equipa possui formação pós-graduada, nomeadamente, especialidade em enfermagem comunitária (oito elementos), especialidade em enfermagem médico-cirúrgica (sete elementos), especialidade em saúde mental e psiquiátrica (dois elementos) e especialidade em enfermagem materna e obstétrica (um elemento, que não exerce funções como especialista). Existem os seguintes grupos de trabalho: grupo de gestão de risco; grupo de controlo de infeção e grupo de ensaios de fase um - ensaios realizados em seres humanos e que envolvem uma população reduzida de voluntários saudáveis, com objetivo de avaliar a segurança e tolerância do medicamento experimental e

estabelecer o perfil farmacocinético e farmacodinâmico (Luz, 2016).

Os doentes que frequentam o Hospital de Dia podem ser orientados da Consulta de Oncologia Médica, de Consultas de Grupo ou do Internamento e podem ter acesso a serviços adicionais, tais como apoio psicológico, social, de voluntariado e hoteleiro.

Atualmente, e após um período marcado por uma pandemia, apenas é permitida a presença de um acompanhante para pessoas com alterações cognitivas ou com dificuldades de mobilidade.

Em relação às instalações, o serviço contempla uma sala de tratamento com oito camas; três salas de tratamento com 15 cadeirões; uma sala de tratamento com dois cadeirões, para ensaios precoces; um gabinete médico; dois gabinetes de enfermagem; dois gabinetes para administração de hormonoterapia; um gabinete de secretariado administrativo; uma sala de observação médica, com dois cadeirões; e áreas de apoio.

Nas salas de tratamento os enfermeiros têm as seguintes funções: ler o processo clínico do doente (prescrição, análises e consultas); confirmar e identificar o doente por pulseira; avaliar a condição clínica do doente e solicitar, se necessário, observação médica; realizar ensinamentos ao doente e família/pessoa significativa; avaliar o estado ponderal e monitorizar os sinais vitais; preparar terapêutica de suporte; punccionar o doente; conferir e validar a terapêutica; administrar terapêutica; vigiar e detetar precocemente intercorrências; realizar os registos; colaborar em determinados atos médicos (punção intratecal, por exemplo); pedir o agendamento do ciclo seguinte e respetivo bloco analítico; notificar o risco clínico e geral; e ler e organizar os processos clínicos dos doentes agendados para o dia seguinte.

No gabinete destinado à hormonoterapia os enfermeiros assumem as mesmas funções descritas nas salas de tratamento quando o procedimento a executar envolve a administração de hormonoterapia injetável, por via SC; fazem pedidos de medicação que necessita de justificação, para farmácia de ambulatório.

Na sala seis, destinada a ensaios precoces de fase um, os enfermeiros articulam com o centro de Investigação Clínica e desempenham as mesmas funções que nas salas de tratamento.

Por fim, no gabinete de enfermagem, os enfermeiros asseguram as condições necessárias para o normal funcionamento do serviço; verificam as conformidades entre vinhetas, pulseira de identificação e processo clínico do doente; leem e organizam os processos clínicos dos doentes agendados para o dia seguinte; triam as consultas médicas urgentes quando solicitadas pelo doente ou pelo enfermeiro da sala; dão apoio à consulta; garantem o cumprimento das decisões terapêuticas (alterações de protocolo, ajuste de doses, instituição de terapêutica de suporte, adiamentos/omissões de tratamento, internamento, envio de doentes para consultas de especialidades e/ou realização de exames urgentes); informam e orientam o doente de acordo com decisão terapêutica; observam e validam resultados analíticos; e fazem o pedido digital de medicação pontual.

Quero destacar que a interdisciplinaridade das equipas, de ambos os contextos, e a existência de diferentes grupos de trabalho, influenciou positivamente o meu envolvimento, a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências.

### **3. CASO CLÍNICO DE DOENTE COM CARCINOMA DUCTAL INVASIVO, DESENVOLVIDO NO HOSPITAL DE DIA DE ADULTOS**

Doente de 55 anos, do sexo feminino, com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo à esquerda, estadio IIIc (T1N3M0 - tumor < 2cm na sua maior dimensão; com metástase dos gânglios regionais; e ausência de metástases à distância), RH + (com recetores hormonais positivos), Her2 low (recetor do fator de crescimento epidérmico humano tipo 2 baixo). Em consulta de grupo multidisciplinar foi decidido tratamento sistémico com QT neoadjuvante e intervenção cirúrgica após. Tem como antecedentes pessoais HTA, controlada sem necessidade de medicação; e melanoma da nádega esquerda de baixo grau (com exérese alargada e do gânglio sentinela inguinal esquerdo em 12/2015). Sem antecedentes familiares de relevo. Tem rede de apoio familiar estruturada. Encontra-se a efetuar ciclos de QT no hospital de dia, esquema MAMDEN01 (doxorrubicina + ciclofosfamida, dose-dense). Realizou o primeiro ciclo do esquema no início do mês de novembro, por veia periférica, sem intercorrências. Foi orientada para o domicílio com prescrição de G-CSF. Colocou CVC, tipo port-PICC, antes de realizar o segundo ciclo de tratamento. O caso clínico resultou de dois contactos com a doente: um momento a 21/11/2023 e outro momento a 07/12/2023.

#### **3.1. Enquadramento teórico**

##### **3.1.1. Cancro da mama**

O cancro da mama surge pela divisão e multiplicação celular desreguladas, levando a alterações do material genético, o que conduz ao desenvolvimento de células cancerígenas e, conseqüentemente, ao tumor - carcinogénese (Tavares, 2018).

O cancro da mama é o tumor mais frequente na mulher e representa cerca de 30% dos casos de cancro. Aproximadamente um quarto dos casos de cancro da mama surge antes dos 50 anos de idade e um número inferior a 5% antes dos 35 anos. Tomando como referência o ano 2018, no mundo, foram identificados aproximadamente 2.1 milhões de casos de cancro da mama feminino e cerca de 630 mil mortes; já a nível europeu, foram identificados 404 mil e 920 novos casos e cerca de 139 mil mortes. A incidência relaciona-se com os estilos de vida e o desenvolvimento económico (Sociedade Portuguesa de Oncologia [SPO], 2020). O cancro da mama é das doenças oncológicas com maior prevalência na população feminina. Segundo

dados da Global Cancer Statistics (2015), o cancro da mama corresponde a 25% de todos os casos de cancro. A mortalidade por este tipo de cancro tem vindo a diminuir, associada à evolução dos tratamentos e à capacidade de deteção precoce pelos rastreios implementados (SPO, 2020).

O tipo de cancro de mama é determinado pelo tipo específico de células da mama afetado, sendo o mais frequente o carcinoma. Uma das primeiras distinções dos diversos tipos de cancro da mama prende-se com o atingimento ou não dos ductos e lóbulos pelo tumor (Tavares, 2018), classificando-se em lobular, quando afeta os lóbulos na terminação do sistema ductal da mama; ou ductal, quando atinge os próprios ductos. No carcinoma da mama não invasivo as células malignas estão confinadas ao ducto ou lóbulo; em contraste, no carcinoma da mama invasivo as células malignas passam a membrana basal, alastrando-se para o tecido circundante ou para outros órgãos (Hoskin, 2020).

Outra distinção do cancro da mama parte das características histoquímicas, categorizando-se em diferentes grupos: recetor de estrogénio (RE), recetor de progesterona (RP), fator de crescimento tipo 2 (HER 2) e triplo negativo (Tavares, 2018).

Para se avaliar a extensão do carcinoma da mama é realizado o estadiamento. A classificação mais comumente utilizada é a TNM, na qual o T reporta a dimensão do tumor primário; o N estabelece o atingimento dos gânglios axilares, supraclaviculares e da cadeia mamária interna ipsilateral; e o M define o nível de metastização. Mediante esta classificação, os tumores podem ser agrupados em: Tis - carcinoma ductal *in situ*, carcinoma lobular *in situ* e doença de Paget; T0 - sem evidência de tumor primário; T1 - tumor com dimensão igual ou inferior a 2cm; T2 - tumor com dimensões entre 2 e 5cm; T3 - tumor com dimensão superior a 5 cm; N0 - sem evidência de metástases nos gânglios linfáticos regionais; N1mi - micrometástases nos gânglios linfáticos sob o braço, não superiores a 2mm ; N1 - metástase nos gânglios linfáticos axilares homolaterais móveis nível I e II; N2 - metástase nos gânglios linfáticos axilares homolaterais; M0 - sem evidência de metástases à distância; M1 - com evidência de metástases à distância (Koh & Kim, 2019).

O sinal mais frequente do cancro da mama é o nódulo, porém, existem outros sinais e sintomas descritos: alteração do tamanho, forma ou consistência da mama; alterações da pele, como aparência “casca de laranja”; alterações mamilares, como retração; excreção de exsudado do mamilo; dor mamária ou no mamilo; infeção ou inflamação da mama; edema da mama; e rubor ou espessamento da pele da mama ou do mamilo (Tavares, 2018).

O desenvolvimento desta patologia está fortemente associado a fatores de risco não modificáveis, nomeadamente: sexo feminino, história familiar, idade, predisposição genética, exposição a estrogénios, exposição a radiação ionizante, idade avançada aquando do nascimento do primeiro filho, elevada densidade mamária, história de hiperplasia atípica; e a fatores de risco modificáveis, tais como: dieta ocidentalizada, obesidade, consumo de álcool,

tabagismo e sedentarismo (Łukasiewicz *et al.*, 2021).

A melhor forma de prevenção do cancro da mama é evitar os fatores de risco modificáveis, ou seja, promovendo estilos de vida saudáveis.

Relativamente ao diagnóstico, se este for precoce, é possível a adoção de medidas dirigidas, potenciando o sucesso da abordagem terapêutica. Em casos de doença localizada, em estádios iniciais, é possível a cura de cerca de 70-80% (SPO, 2020).

A deteção precoce assume extrema importância no tratamento deste tipo de cancro, sendo a mamografia o exame complementar de diagnóstico mais adequado. Atualmente, em Portugal, recomenda-se a realização de “mamografia de 2 em 2 anos entre os 50 e 69 anos (grau de recomendação I). A partir dos 69 anos deverá ser a cada 2-3 anos (grau de recomendação I).” (SPO, 2020, pp. 15). Em mulheres com um risco acrescido de desenvolvimento da doença, recomenda-se um rastreio mais apertado – com maior frequência e com métodos auxiliares de diagnóstico adicionais. As recomendações europeias para o rastreio de cancro da mama são: realização de mamografia anual ou bianual em mulheres com idades entre os 50 e os 69; no entanto, em casos de mulheres com história familiar de neoplasia da mama, com mutações dos genes BRCA 1 ou BRCA 2 ou sem essas mutações, a ressonância magnética mamária anual e a mamografia anual são altamente recomendadas. Em relação às *guidelines* nacionais, estas apontam para a ausência de recomendação de mamografia de rastreio em mulheres com menos de 50 anos de idade e sem risco aumentado; mamografia de rastreio de dois em dois anos em mulheres com idade entre os 50 e os 69, podendo neste grupo etário a ecografia mamária ser útil como complemento à mamografia de rastreio nas mulheres com alta densidade mamária/prótese mamária; mamografia de rastreio a cada dois ou três anos para mulheres com idade superior a 69; e rastreio anual com ressonância magnética mamária combinada com mamografia em mulheres com neoplasia da mama familiar, com ou sem mutação dos genes BRCA (SPO, 2020).

O diagnóstico de cancro da mama também passa pelo exame objetivo da mama, aliado com técnicas imagiológicas e confirmado por exame histológico (SPO, 2020). “O exame objectivo inclui palpação bimanual mamária e dos gânglios linfáticos loco-regionais, bem como toda a restante observação física, com especial atenção para o osso, fígado e pulmões” (SPO, 2020, pp. 87).

O tratamento individualizado no cancro da mama aumenta significativamente a taxa de sobrevivência dos doentes e pode passar por: cirurgia, RT, hormonoterapia, terapia dirigida e QT.

Tanto a QT como a RT podem assumir-se como tratamento adjuvante ou neoadjuvante. São adjuvantes quando realizadas após a cirurgia, com o objetivo de eliminar células metastáticas que não tenham sido eliminadas; ou neoadjuvantes quando realizadas antes da cirurgia, com o

intuito de diminuir o tamanho do tumor ou permitir a realização de uma cirurgia conservadora (Coelho *et al.*, 2017).

Frequentemente, a cirurgia é a primeira opção em doentes com cancro da mama não metastizado, considerado ressecável. Quanto mais reduzido for o tumor, maior é o leque de opções cirúrgicas disponível. As opções cirúrgicas são: lumpectomia e mastectomia. A lumpectomia, ou cirurgia conservadora da mama, consiste na remoção do tumor com uma margem livre, conservando a maior parte da mama. Na mastectomia é removida a mama na sua totalidade, podendo ser ou não conjugada com a cirurgia reconstrutiva. A abordagem cirúrgica permite, ainda, a avaliação dos gânglios proximais, detetando células tumorais, o que possibilita uma decisão de tratamento mais efetiva e adequada, ou seja, auxilia o médico na decisão do tratamento. A esta opção de tratamento estão associados alguns efeitos secundários: a mama pode adquirir um tamanho e um formato diferente do prévio à cirurgia; a mama pode ficar com cicatrizes; a pele pode ficar mais endurecida; pode ocorrer linfedema no caso de terem sido removidos gânglios ou se estes tiverem sido afetados durante o tratamento (ASCO, 2021).

No que diz respeito à RT, importa referir que nesta terapia se recorre a raios ionizantes (por exemplo raio-X) de alta energia, com o objetivo de destruir células malignas. Existem vários tipos de RT: de feixe externo, intraoperatória ou braquiterapia. É frequentemente utilizada como terapia adjuvante, diminuindo o risco de recorrência de cancro da mama, e, numa fase inicial, é realizada em toda a mama, passando posteriormente para um tratamento mais focalizado (*boost*). Os principais efeitos secundários são: fadiga, edema da mama, rubor/descoloração da pele irradiada; dor na área irradiada. Estes efeitos são habitualmente temporários (ASCO, 2021).

A hormonoterapia é recomendada em cancros da mama RE ou RP positivos, já que o crescimento desses tumores tem por base hormonas. Esta terapia vai inibir as hormonas, impedindo o crescimento tumoral. Pode ser utilizada, também, no cancro da mama metastizado. Os fármacos mais utilizados são: tamoxifeno, inibidores da aromatase, supressores do ovário e fulvestrant (ASCO, 2021).

A terapia dirigida bloqueia o crescimento e a disseminação de células tumorais e limita os danos causados às células saudáveis e é mais utilizada no cancro da mama HER2 positivo. Os fármacos mais frequentes são: transtuzumab, pertuzumab, sacituzumab, olaparib, pembrolizumab (ASCO, 2021).

Na QT utilizam-se fármacos citostáticos para destruir as células malignas, impedindo o seu crescimento, divisão e multiplicação. Pode ser usada como terapia adjuvante, em casos de cancro da mama metastizado; ou neoadjuvante, com o objetivo de reduzir o tumor, previamente à cirurgia. Os tratamentos podem ser realizados uma vez por semana, de duas em duas semanas, de três em três semanas, ou mesmo de quatro em quatro semanas. Na QT de *dose-dense* os citostáticos são administrados com um tempo de intervalo entre tratamentos menor

(habitualmente de duas em duas semanas), sem ter de se aumentar a dose do medicamento (Almeida & Rosa, 2018).

Os citostáticos mais frequentemente utilizados no cancro da mama são: capecitabina, carboplatina, cisplatino, ciclofosfamida, docetaxel, doxorubicina, epirubicina, fluorouracilo, gemcitabina, metotrexato, paclitaxel, vinorelbina. De frisar que pode ser utilizado um citostático isoladamente ou uma combinação de citostáticos (ASCO, 2021). Os efeitos secundários dependem do citostático utilizado, da dose e da frequência do tratamento. Porém, os mais frequentes são: alopecia, alterações cutâneas, alterações na sexualidade, anorexia, ansiedade, dor, diarreia, dispneia, distúrbios urinários, fadiga, insónia, obstipação, mucosite e náuseas ou vômitos (Magalhães, 2020). A maioria dos efeitos secundários podem ser controlados durante o tratamento com recurso a medicação e desaparecem após o término do tratamento (ASCO, 2021).

É de considerar o *feedback* dado pelos doentes em relação às toxicidades sentidas e à QV percecionada. O impacto que a doença e os efeitos secundários subjacentes ao tratamento têm na QV, assume um papel importante quando se pesam os riscos e os benefícios do tratamento (Harbeck *et al.*, 2019). Assim, a prescrição individualizada do tratamento para cada doente é fundamental e o profissional de saúde deve ter em conta fatores relacionados com o doente, bem como fatores relacionados com a própria doença.

### **3.1.2. Transição da Pessoa com Doença Oncológica - Cancro da Mama**

Considerando o contexto associado a uma doença oncológica, percebe-se que seja um verdadeiro desafio viver com esta doença.

O diagnóstico de cancro da mama surge como uma ameaça à própria vida (Barreto, 2020). Muitas mulheres que enfrentam esta doença relatam sentimentos de inferioridade, perda de feminilidade, da sua identidade, ansiedade e diminuição da autoestima. A mama é vista, na nossa cultura, como símbolo do feminino, da sexualidade e da maternidade, pelo que o diagnóstico de cancro da mama afeta a QV da mulher (Mello, 2022).

Frequentemente, no momento do diagnóstico de cancro da mama, referem ficar “em choque” e não conseguir ouvir, muito menos lembrar, o que foi dito pelos profissionais de saúde. Porém, a literatura aponta que absorver a notícia do diagnóstico de cancro é uma parte fundamental do processo de enfrentamento (American Society of Clinical Oncology [ASCO], 2021).

Muitas das doentes com cancro da mama enfrentam o medo de rejeição por parte do

parceiro/potencial parceiro “pelo facto de terem uma doença oncológica, por possuírem uma diminuição do desejo sexual, pela possibilidade de ocorrer alterações a nível da imagem corporal e pelas questões da fertilidade” (Barreto, 2020, pp. 29).

Também a família sofre perante o diagnóstico da doença oncológica, procurando prestar cuidados ao familiar doente, bem como acompanhá-lo nas consultas, exames, internamentos e tratamentos, necessitando de adaptar-se à nova condição, com mudança nas suas rotinas (Barreto, 2020).

Um dos desafios major para estes doentes é a realização dos tratamentos, dado que estes se associam a uma série de stressores, nomeadamente, os efeitos secundários, o tempo necessário ao tratamento e as deslocações frequentes necessárias até ao hospital (Barreto, 2020). Para além do impacto financeiro e sintomatológico, os tratamentos do cancro da mama acrescentam uma sobrecarga financeira e psicossocial. A possibilidade eminente de os doentes perderem o emprego e os custos associados (por exemplo, para deslocação), podem constituir um verdadeiro desafio e, o facto de se lidar com um diagnóstico potencialmente fatal, é um grande desafio do ponto de vista emocional (Harbeck *et al.*, 2019).

Está claro que a resposta da pessoa à doença é influenciada não só pela própria doença, mas também por questões psicológicas, espirituais, emocionais e sociais. Esta resposta vai muito além das alterações que o doente vivencia, dependendo igualmente da fase de adaptação à doença em que se encontra (Goes, 2011).

De facto, como tem sido referido, estes doentes carregam um grande stresse emocional e psicológico, manifestando medo, preocupação, ansiedade e sofrimento (Barreto, 2020). Aquando do diagnóstico a pessoa inicia uma nova fase na sua vida, passando de uma fase “antes do cancro”, na qual a vida corria com a sua simplicidade, para uma fase “depois do cancro”, na qual prevalece o pensamento de morte e sofrimento, na maioria dos casos (Palmeirinha, 2019). Atravessam um período de transição (Pereira, 2012).

As transições possuem um conjunto de propriedades, nomeadamente: consciencialização; envolvimento; mudança e diferença; espaço temporal da transição; e eventos e pontos críticos. Para além disso, existem fatores que poderão interferir com todo o processo de transição, os condicionantes da transição: os significados; as crenças culturais e atitudes; o estatuto socioeconómico; o nível de preparação e de conhecimentos/habilidades; os recursos da comunidade; e o suporte familiar (Meleis, 2010).

Para compreender a experiência de transição da pessoa, é crucial que os enfermeiros tenham em consideração um conjunto de indicadores (Pereira, 2012). Os padrões de resposta à transição podem ser compreendidos pelos indicadores de processo e pelos indicadores de resultado. Os indicadores de processo permitem que o enfermeiro caracterize o modo como a transição se está a desenrolar. Estes indicadores são: sentir-se ligado, interagir, sentir-se

situado, desenvolver confiança e  *coping*. Por sua vez, os indicadores de resultado permitem que o enfermeiro identifique o fim da transição e proporcionam a avaliação da evolução do desenvolvimento de competências. Estes são: a mestria e reformulação da identidade/integração fluida da identidade (Meleis, 2010).

Uma pessoa pode vivenciar um processo de transição saudável ou não saudável. Podemos considerar que a pessoa está a vivenciar uma transição saudável quando atinge a mestria nas competências novas que tem que desempenhar e aceita o novo papel/identidade de forma fluída, demonstrando eficácia e eficiência na gestão da sua nova condição e a capacidade de desenvolver interações saudáveis (Silva *et al.*, 2017). Outros indicadores de uma transição saudável são: a QV, a capacidade funcional, o elevado nível de consciencialização, a transformação pessoal. Em contrapartida, uma transição não saudável resulta do défice no desempenho do novo papel (Brito, 2012).

Não obstante, o número de sobreviventes tem vindo a aumentar, remetendo para a cronicidade da doença. Assim, surge a necessidade de a pessoa adquirir conhecimentos e competências para lidar com a sua própria doença (Magalhães, 2020).

"Na segunda metade do século XX, começou a dar-se mais atenção à responsabilização das pessoas no controlo da sua própria saúde, resultante, em grande parte, da modificação do padrão das doenças, de agudas para crónicas, no qual a doença oncológica se enquadra. Esta autorresponsabilização deu origem a vários conceitos - autocuidado, autogestão, automonitorização, gestão de sintomas e autoeficácia, bem como, outros conceitos, que também estão de alguma forma associados, como o empowerment, a consciencialização e a capacitação." (Magalhães, 2020, pp. 18).

O autocuidado corresponde a um conjunto de ações desenvolvidas pelo próprio doente para cuidar de si e alcançar, manter ou promover o bem-estar e a saúde. Este não tem o mesmo significado para todos os doentes, nem é consistente ao longo do ciclo da vida e pode sofrer influência de vários fatores, nomeadamente: o autoconceito, a perceção que a pessoa tem da própria saúde, a motivação, as características do indivíduo (incluindo o seu estado psicológico), as características do regime terapêutico, os recursos e suporte social (Martins & Brito, 2021). Na literatura estão descritos alguns obstáculos ao autocuidado nas pessoas com doença crónica: as limitações de funcionalidade, a falta de conhecimento da situação de saúde/doença, as necessidades socio-emocionais, a terapêutica complexa e as comorbilidades associadas (Magalhães, 2020).

Dentro do conceito autocuidado, surge o conceito da autogestão. Este reporta-se ao conjunto de atividades que o indivíduo desempenha para viver com a máxima QV possível, tendo uma ou mais doenças crónicas (Sousa *et al.*, 2021). É um processo dinâmico e interativo, que implica a mobilização das habilidades dos doentes para lidarem com os sintomas, o tratamento e as mudanças subjacentes à vivência da doença crónica.

É evidente a necessidade de disponibilizar cuidados de enfermagem que estejam focados na promoção da adaptação à doença, através de atividades que auxiliem a pessoa na vivência da doença e na prevenção das complicações relacionadas com a doença ou o próprio tratamento (Silva *et al.*, 2018). O doente oncológico deve desenvolver competências para resolução de problemas; tomada de decisão; utilização dos recursos disponíveis; desenvolvimento de parcerias com os profissionais de saúde; implementação de planos de ação; e gestão do regime terapêutico, designadamente, o medicamentoso, de exercício e o dietético (Encarnação, 2014). O doente deve estar munido de estratégias cognitivo-comportamentais e emocionais que conduzam a padrões de QV satisfatórios.

Especificamente em relação ao regime medicamentoso, é importante destacar que a pessoa com doença oncológica é sujeita a um regime medicamentoso complexo, que assenta na polimedicação. Muitas vezes, durante o período que passam no domicílio não apresentam qualquer tipo de sintomatologia, o que contribui para uma desvalorização da medicação e, conseqüentemente, o agravamento dos sintomas por abandono do esquema terapêutico, pelo que é importante que o enfermeiro faça o acompanhamento do doente neste sentido.

Atualmente, a evidência científica aponta, também, para a importância da prática de exercício físico na redução da severidade dos efeitos secundários à doença e/ou ao tratamento, promovendo a QV do doente. “Segundo uma declaração da Exercise and Sports Science Australia (ESSA), todas as pessoas com cancro devem ter como objetivo mínimo praticar exercício de intensidade moderada, a menos que tenham certos fatores de risco” (Costa, 2021, pp. 28). As recomendações de exercício para os doentes com cancro são: no mínimo 150 minutos/semana de exercício de intensidade moderada de exercício aeróbio ou 75 minutos/semana de exercício de intensidade vigorosa; treino de força/resistência muscular duas vezes/semana, com envolvimento dos oito maiores grupos musculares (Costa, 2021).

A alimentação assume um papel crucial no doente oncológico, com marcada influência no desenvolvimento da própria doença, bem como no sucesso do tratamento e na QV. O enfermeiro tem um papel fundamental no aconselhamento dos alimentos a evitar ou a privilegiar perante a presença de determinado sintoma (Oliveira, 2019), de forma que o doente seja empoderado para a autogestão do regime dietético.

### **3.2. Clientes**

## Cliente

Adulto | Idade: 55 anos | Feminino

### 3.3. Medicação

#### 3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O esquema de QT prescrito inclui a seguinte medicação: dexametasona, ondansetrom, fosaprepitant, doxorrubicina e ciclofosfamida.

Este esquema implica a prescrição de medicação para o ambulatório: dexametasona e filgrastim (G-CSF).

#### **Ondansetrom**

Pertence à classe dos antieméticos e antivertiginosos e está indicado no controlo das náuseas e vómitos induzidos por QT. Deve ser administrado imediatamente antes da QT. Os efeitos secundários mais frequentes são: cefaleias, sensação de calor e rubor, obstipação e reação no local de administração (Infarmed, 2022a). Após a administração do ondansetrom o enfermeiro deve avaliar as náuseas e vómitos de forma a compreender a eficácia da administração da terapêutica.

#### **Dexametasona**

Pertence à classe dos glucocorticoides. Pode ser utilizada para profilaxia e/ou tratamento das náuseas ou vómitos induzidos pela QT. Pode causar imunossupressão, pelo que o doente está exposto a um risco aumentado de infeções. A administração endovenosa da dexametasona deve ser feita lentamente (dois a três minutos), pelo risco de reações numa administração rápida, tais como: parestesias e prurido genital. Durante o tratamento de curta duração, o risco de efeitos secundários é significativamente baixo (Infarmed, 2023c).

#### **Fosaprepitant**

Pertence à classe dos antieméticos e antivertiginosos. É indicado para profilaxia de náuseas e

vómitos associados à QT. Deve ser administrado cerca de 30 min. antes da QT, numa perfusão durante 20-30 minutos. Os efeitos secundários são pouco frequentes, podendo surgir: eritema no local de perfusão e aumento da pressão arterial (Infarmed, 2023d).

A associação do **ondansetrom**, da **dexametasona** e do **fosaprepitant** tem um efeito antiemético potente, que se justifica pelo potencial emético associado aos quimioterápicos prescritos (Clemmons *et al.*, 2021).

### **Doxorrubicina**

É um quimioterápico que pertence à classe das antraciclinas. É administrada, frequentemente, em combinação com outros citostáticos, com sobreposição de toxicidades. A sua administração está contraindicada em casos de mielosupressão persistente acentuada, estomatite grave, tratamentos prévios com doses cumulativas de doxorrubicina ou outras antraciclinas, infeção generalizada, compromisso hepático grave e cardiomiopatia. Os efeitos secundários frequentes são: sépsis, mielosupressão, leucopenia, neutropenia, anorexia, cardiomiopatia, náuseas, vómitos, mucosite, diarreia e alopecia (Infarmed, 2024).

### **Ciclofosfamida**

É um quimioterápico pertencente à classe dos agentes alquilantes utilizado para o tratamento do cancro da mama. A doente deve ser incentivada ao reforço de ingestão hídrica para aumentar a diurese e, conseqüentemente, diminuir o risco de toxicidade renal. De forma a reduzir a probabilidade de efeitos adversos dependentes da velocidade de administração (edema da face, cefaleia, congestão nasal e queimadura no couro cabeludo), deve ser administrada numa perfusão de 30 minutos a duas horas (conforme o volume e tipo de fluido de transporte utilizado). Está contraindicada nos seguintes casos: infeções agudas; aplasia da medula óssea; infeção urinária; e toxicidade urotelial aguda após QT ou RT. Os efeitos secundários mais frequentes são: infeções; mielosupressão; leucopenia; neutropenia; neutropenia febril; imunossupressão; ulceração da mucosa gastrointestinal; alteração da função hepática; alopecia; cistite; hematúria; febre; e astenia (Infarmed, 2021a).

### **G-CSF**

Está indicado na redução da duração da neutropenia e da incidência da neutropenia febril em doentes que realizaram QT. A primeira dose deve ser administrada 24h após o término da QT, pela via SC; as doses seguintes devem ser diárias, conforme a indicação médica. Os principais efeitos secundários são: febre, dor músculo-esquelética, anemia, vómitos e náuseas (European Medicines Agency [EMA], 2024). O enfermeiro deve capacitar o doente para a auto-administração realizando os ensinamentos necessários, nomeadamente sobre administração de

medicação por via SC.

Para todos os medicamentos que administra, o enfermeiro deve estar atento a sinais e sintomas que permitam identificar precocemente o surgimento de efeitos secundários, bem como deve avaliar a resposta terapêutica ao medicamento.

### 3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

#### Atitudes terapêuticas

21-11-2023 10:00

##### **21-11-2023 10:00 - Regime de Isolamento**

21-11-2023 10:00 - Características do regime de isolamento: Isolamento de proteção.

##### **21-11-2023 10:00 - Promover adesão: regime de isolamento**

21-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre regime de isolamento: facilitador.

#### Sondas, Drenos e Cateteres

21-11-2023 10:00

##### **21-11-2023 10:00 - Cateter central**

##### **21-11-2023 10:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

21-11-2023 10:00 - *Otimizar cateter central [em cada tratamento (no máximo 28/28 dias)]*

##### **21-11-2023 10:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

21-11-2023 10:00 - *Avaliar evolução da administração pelo cateter central [1x/turno ou SOS]*

##### **21-11-2023 10:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central**

21-11-2023 10:00 - *Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [1x/turno ou SOS]*

21-11-2023 10:00 - *Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]*

##### **21-11-2023 10:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central**

21-11-2023 10:00 - *Executar tratamento ao local de inserção do cateter central [em cada tratamento (no máximo 28/28 dias)]*

##### **21-11-2023 10:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central**

21-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do cateter central: facilitador.

#### 3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e

**terapêutica médica.**

A QT é administrada, essencialmente, por via EV, sendo os cateteres essenciais. Porém, a maioria dos citostáticos é vesicante, pelo que o acesso venoso preferencial é o central, em detrimento do periférico (César *et al.*, 2023).

A comunidade científica não recomenda um tipo de CVC exclusivo, pelo que, a sua seleção deverá basear-se no tipo de utilização prevista, no tempo do tratamento, nas condições do património venoso do doente, na capacidade que o doente tem para colaborar nos seus cuidados e nas preferências do doente (Santos *et al.*, 2022).

A doente em questão é portadora de um port-PICC, na veia braquial direita, com progressão até à veia cava.

Os port-PICC são dispositivos introduzidos através da veia basílica e cefálica no espaço ante cubital ou na veia braquial (Santos *et al.*, 2022), progredindo até ao terço distal da veia cava superior ou até ao terço proximal da veia cava inferior. São frequentemente utilizados para perfusão de soluções vesicantes ou irritantes e hiperosmolares, antibioterapia, nutrição parentérica, quimioterapia, pela elevada segurança que apresentam. As principais vantagens associadas são: um menor o risco de infeção, comparando com outros cateteres; melhoria da imagem corporal; diminuição do desconforto do doente, por evitar múltiplas punções; e um reduzido custo, em comparação com outros tipos de cateter. As principais desvantagens são: implicar a existência de património venoso íntegro e com calibre suficiente para o dispositivo; a necessidade de profissionais com treino especial para o procedimento de inserção; necessidade de radiografia para garantir o correto posicionamento do dispositivo. As principais complicações adjacentes aos port-PICC são a TVP, as tromboflebitas, a oclusão do cateter, os pseudoaneurismas arteriais e as infeções (Di Santo *et al.*, 2017).

Faz parte das funções do enfermeiro a administração de medicação EV pelo CVC, tornando imprescindível o desenvolvimento de competências na sua inserção, manutenção e gestão das complicações associadas (Santos *et al.*, 2022).

Para além do referido, o doente submetido a QT passa por um período de neutropenia, pela mielosupressão induzida, que atinge o seu pico máximo entre o oitavo e o décimo quarto dia após o tratamento – período nadir (Gupta *et al.*, 2019; Ferreira & Gomes, 2017). Durante este período, o doente está sujeito a um risco aumentado de infeção sistémica, o que implica que adote comportamentos de prevenção/proteção no domicílio, com o objetivo de reduzir o número de internamentos por infeção.

### 3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
21-11-2023 10:00	Sensações somáticas	
21-11-2023 10:00	Apetite	
21-11-2023 10:00	Digestão	
21-11-2023 10:00	Eliminação intestinal	
21-11-2023 10:00	Pele e mucosas	
21-11-2023 10:00	Termorregulação	
21-11-2023 10:00	Conservação de energia	
21-11-2023 10:00	Autogestão do regime medicamentoso	
21-11-2023 10:00	Padrão alimentar	
21-11-2023 10:00	Padrão de exercício	
21-11-2023 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
21-11-2023 10:00	Atitudes terapêuticas	

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

##### Sensações somáticas

Dentro deste domínio, importa que o enfermeiro avalie a presença de dor, pois esta surge frequentemente associada à doença oncológica. As principais causas da dor oncológica incluem: invasão direta do tumor de estruturas como ossos, nervos e ligamentos; metastização; e o próprio tratamento. Pela sua elevada prevalência, os enfermeiros devem prever antecipadamente a sua ocorrência, de forma a obter uma resposta eficaz da terapêutica instituída (Raimundo, 2014). Para além disso, o ondansetrom pode induzir cefaleias e o G-CSF pode provocar dor musculoesquelética.

##### Apetite

O tipo de cancro e a sua localização pode condicionar o apetite do doente oncológico (Gonçalves & Capelas, 2016). Habitualmente, a diminuição do apetite nesta tipologia de doentes pode associar-se à libertação de citocinas pró-inflamatórias e alterações neuro-hormonais. Pode, ainda, estar relacionada com outros fatores como náuseas, obstipação, alterações no paladar ou dor, sintomas frequentes no doente oncológico (Ferreira, 2016). A QT também pode levar à perda de apetite (Oliveira, 2019). Estes aspetos contribuem para a malnutrição e caquexia e condicionam significativamente a QV do doente, bem como interferem com a continuidade do tratamento e com o prognóstico da doença (Hariyant & Kurniawan, 2021).

### **Digestão**

A náusea é um sintoma bastante frequente no doente oncológico. As principais causas são: os tratamentos; a própria doença oncológica (essencialmente se afetar o cérebro ou o sistema gastrointestinal); a oclusão intestinal; o desequilíbrio eletrolítico; a ansiedade; o próprio ambiente; e a medicação prescrita. O risco de náuseas ou vômitos depende do tipo de cancro e de tratamento realizado (American Cancer Society, 2020). Estes são sintomas que causam mal-estar nos doentes e podem conduzir a desidratação, a perda de peso e a desnutrição (Domingues *et al.*, 2020).

Não obstante, os quimioterápicos prescritos a esta doente têm um moderado a alto risco emético (Multinational Association Supportive Care in Cancer [MASCC], 2011), assim como o G-CSF.

### **Eliminação intestinal**

A doxorubicina pode ter como efeito secundário a diarreia. Em contrapartida, o ondansetrom pode provocar obstipação.

### **Pele e mucosas**

Tanto a doxorubicina, como a ciclofosfamida podem conduzir à alteração da pele e mucosas, designadamente, mucosite e alopecia.

### **Termorregulação**

Quer a QT, como a própria doença oncológica podem levar à diminuição da contagem dos leucócitos, aumentando o risco de infeção. Um dos sinais de infeção é a febre, pelo que este domínio deve constar do foco de atenção neste caso clínico. Para além disso, a administração de G-CSF também pode conduzir a estados febris.

### **Conservação de energia**

A grande maioria dos doentes em tratamento com QT experienciam fadiga. Para além disso, a própria doença pode associar-se a este sintoma (Kolak *et al.*, 2017). Caracteriza-se por uma sensação subjetiva e persistente de cansaço ou exaustão física, emocional e/ou cognitiva, desproporcional à atividade física executada e que interfere com o funcionamento habitual do indivíduo, ou seja, existe uma diminuição da energia e/ou aumento da necessidade de repouso. Estudos mais recentes apontam que a fadiga relacionada com o cancro se deve à degradação do triptofano e várias citocinas e outros mediadores pró-inflamatórios produzidos em resposta ao cancro. Este tipo de fadiga, geralmente, não melhora com o sono ou o repouso (Fabi *et al.*,

2020).

### **Autogestão do regime medicamentoso**

O doente oncológico, por vezes, possui um regime medicamentoso complexo, baseado na polimedicação. O regime medicamentoso destes doentes inclui a medicação orientada para o controlo dos sintomas induzidos pela QT ou pela própria doença, como analgésicos, antipiréticos, antieméticos, laxantes, entre outros. Segundo Bailey, Oromasionwu e Wolf (2013, cit. por Erickson *et al.*, 2023) a autogestão do regime medicamentoso inclui diversos componentes complexos, nomeadamente: identificar corretamente as informações relacionadas com a medicação (nome, dose, frequência, indicação); implementar um plano para tomar a medicação; tomar a medicação conforme prescrita; e conseguir tomar decisões para evitar e gerir os efeitos secundários da medicação. O compromisso na autogestão do regime medicamentoso terá influência na autogestão do regime terapêutico e no decurso da doença. Assim, pretende-se que o doente adquira competências para gerir o regime medicamentoso com mestria e, conseqüentemente, ter um maior controlo sobre a sua doença.

Neste caso, a doente tem prescrição de G-CSF no domicílio, pelo que o enfermeiro deve avaliar o conhecimento e capacidade da doente para a autogestão deste medicamento específico (Gupta *et al.*, 2019).

### **Padrão alimentar**

A literatura não aponta para um regime dietético específico para o doente oncológico. Estes doentes devem ingerir alimentos variados, incluindo proteínas, hidratos de carbono, gorduras, vitaminas e minerais (IPO-P, 2015). Porém, em determinados momentos do decurso da doença, é necessário que adaptem a sua dieta, especialmente por causa dos sintomas induzidos pelo tratamento.

Após a QT é expectável que surja o período de nadir, sendo necessário que o doente adquira competências para ajustar a sua dieta de forma a evitar infeções. No caso de surgir mucosite, náuseas ou vômitos, diarreia ou obstipação, o doente também deverá estar capacitado para a tomada de decisão no que respeita à adaptação da sua dieta.

### **Padrão de exercício**

Qualquer doente crónico, em particular o doente oncológico, deve praticar exercício físico. Esta prática encontra-se associada a um melhor desempenho físico, a uma diminuição dos sintomas induzidos pelo tratamento e a um aumento da QV. A prática de exercício físico parece contribuir para a melhoria da intolerância à atividade. Para além disso, o exercício físico parece diminuir a

probabilidade de desenvolvimento de vários tipos de cancro (Machado *et al.*, 2021).

### **Sondas, Drenos e Cateteres**

Os doentes oncológicos estão sujeitos à administração de uma grande quantidade de medicação endovenosa, nomeadamente, os citostáticos vesicantes. Assim, estes doentes são, frequentemente, portadores de CVC. Neste âmbito, interessa que o enfermeiro detete precocemente sinais de infeção ou mau funcionamento do dispositivo e compreenda se o doente tem competências para prevenir complicações relacionadas com o CVC.

### **Atitudes terapêuticas**

Pelo risco aumentado de infeção durante o período de nadir, é fundamental que o doente adote comportamentos de prevenção/proteção da infeção no domicílio, com o objetivo de reduzir o número de internamentos, justificando-se o domínio das atitudes terapêuticas.

## **3.6. Conceção de Cuidados**

### **Sensações somáticas**

21-11-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Manifesta dor.

#### **21-11-2023 10:00 - Dor**

21-11-2023 10:00 - Localização da dor

21-11-2023 10:00 - Membro inferior Direita(o)

21-11-2023 10:00 - Intensidade da dor - 1.

21-11-2023 10:00 - frequência da dor - intermitente.

21-11-2023 10:00 - duração da dor - aguda.

21-11-2023 10:00 - dor de tipo - moedeira.

21-11-2023 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)

21-11-2023 10:00 - Intensidade da dor - 1.

21-11-2023 10:00 - frequência da dor - intermitente.

21-11-2023 10:00 - duração da dor - aguda.

21-11-2023 10:00 - dor de tipo - moedeira.

#### **21-11-2023 10:00 - Determinar evolução da dor**

21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução da dor (Membro inferior Direita(o), Membro inferior Esquerda(o)) [1x/turno ou SOS]

07-12-2023 10:00 - Localização da dor

07-12-2023 10:00 - Membro inferior Esquerda(o)

07-12-2023 10:00 - Intensidade da dor - sem dor.

07-12-2023 10:00 - Membro inferior Direita(o)

07-12-2023 10:00 - Intensidade da dor - sem dor.

**21-11-2023 10:00 - Promover autocontrole: dor**

21-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

21-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador.

21-11-2023 10:00 - Capacidade para autocontrolar analgesia: facilitadora.

21-11-2023 10:00 - Autoeficácia para autocontrolar a analgesia: facilitadora.

21-11-2023 10:00 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

**Apetite**

21-11-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Apetite conservado.

**Digestão**

21-11-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Sem sensação de enjojo.

**Eliminação intestinal**

21-11-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais.

21-11-2023 10:00 - Fezes: em moderada quantidade.

21-11-2023 10:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

21-11-2023 10:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

21-11-2023 10:00 - Número de defecações por dia: 1.

**21-11-2023 10:00 - Determinar evolução da eliminação intestinal**

*21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução da eliminação intestinal [1x/turno ou SOS]*

07-12-2023 10:00 - Presença de dejeções com características aparentemente normais [MANTEVE].

07-12-2023 10:00 - Fezes: em moderada quantidade.

07-12-2023 10:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

07-12-2023 10:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

07-12-2023 10:00 - Número de defecações por dia: 1.

**Pele e mucosas**

21-11-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**21-11-2023 10:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

*21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1x/turno ou SOS]*

07-12-2023 10:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**Termorregulação**

21-11-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Temperatura corporal periférica

21-11-2023 10:00 - Ouvido: 37.00 °C.

**21-11-2023 10:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

*21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x/turno ou SOS]*

07-12-2023 10:00 - Temperatura corporal periférica

07-12-2023 10:00 - Ouvido: 36.80 °C.

### **Conservação de energia**

21-11-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso.

#### **21-11-2023 10:00 - Intolerância à atividade**

##### **21-11-2023 10:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade**

*21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [1x/turno ou SOS]*

07-12-2023 10:00 - Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso [MANTEVE].

*21-11-2023 10:00 - Referenciar intolerância à atividade ao médico [SOS]*

##### **21-11-2023 10:00 - Promover autogestão: atividade/repouso**

21-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador.

21-11-2023 10:00 - Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora.

##### **21-11-2023 10:00 - Promover autogestão: regime de exercício**

21-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

21-11-2023 10:00 - Capacidade para executar regime de exercício: facilitadora.

21-11-2023 10:00 - Autoeficácia para executar regime de exercício: facilitadora.

### **Autogestão do regime medicamentoso**

21-11-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

21-11-2023 10:00 - Não administra a medicação pela via adequada.

#### **21-11-2023 10:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida**

##### **21-11-2023 10:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso**

*21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [1x/turno ou SOS]*

07-12-2023 10:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

07-12-2023 10:00 - Administra a medicação pela via adequada.

##### **21-11-2023 10:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

21-11-2023 10:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

21-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

21-11-2023 10:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

21-11-2023 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

07-12-2023 10:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

07-12-2023 10:00 - facilitadora.

21-11-2023 10:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

##### **21-11-2023 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre**

**autogestão do regime medicamentoso** [RESOLVIDO] 07-12-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [1x/turno ou SOS] [FIM] 07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

21-11-2023 10:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [SOS] [FIM] 07-12-2023 10:00

**21-11-2023 10:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso** [RESOLVIDO] 07-12-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [1x/turno ou SOS] [FIM] 07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso 07-12-2023 10:00 - facilitadora [MELHOROU].

21-11-2023 10:00 - Instruir a administrar medicação [SOS] [FIM] 07-12-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Treinar a administrar medicação [SOS] [FIM] 07-12-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [1x/turno ou SOS]

07-12-2023 10:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

07-12-2023 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

**Padrão alimentar**

21-11-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

**21-11-2023 10:00 - Autogestão do regime dietético**

**21-11-2023 10:00 - Determinar evolução do padrão alimentar**

21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar [1x/turno ou SOS]

07-12-2023 10:00 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

**21-11-2023 10:00 - Promover autogestão: regime dietético**

21-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

21-11-2023 10:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

**21-11-2023 10:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético** [RESOLVIDO] 07-12-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [1x/turno ou SOS] [FIM] 07-12-2023 10:00

07-12-2023 10:00 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

21-11-2023 10:00 - Ensinar sobre regime dietético [SOS] [FIM] 07-12-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [1x/turno ou SOS]

07-12-2023 10:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

07-12-2023 10:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

### **Padrão de exercício**

21-11-2023 10:00

21-11-2023 10:00 - Tempo de exercício físico semanal: 150 Minutos .

## **3.7. Especificação das intervenções**

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Explicar à doente que a administração de G-CSF exige uma técnica específica e é realizada pela via subcutânea.
- Explicar à doente o seguinte:
- Antes de iniciar a administração do medicamento deve realizar a lavagem das mãos;
- Posteriormente, deve retirar-se a capa protetora da agulha;
- Deve observar a existência uma pequena bolha de ar dentro da seringa, que não deve ser retirada. Se bolha de ar estiver na ponta da agulha deve apontar a agulha para baixo e dar batidas suaves no corpo da seringa. Isto irá garantir que a dose total de G-CSF será administrada;
- O local ideal para a injeção é no tecido subcutâneo abdominal, ao nível da cintura e a aproximadamente 5 cm do umbigo.
- O local de administração deve ser alternando a cada administração, entre o lado direito e o esquerdo;
- Deve desinfetar o local de administração com álcool 70%;
- Deve realizar uma prega cutânea com os dedos polegar e indicador no tecido subcutâneo do abdómen;
- A agulha é introduzida verticalmente em todo o seu comprimento;
- Deve injetar o conteúdo da seringa na sua totalidade, lentamente;
- Deve manter a prega cutânea até ao final da injeção;
- Retirar a seringa do local da aplicação e continuar a empurrar o êmbolo até que o mecanismo de segurança automático seja ativado - O mecanismo de segurança é ativado quando a seringa fica completamente vazia e o êmbolo é pressionado até o limite.
- Não deve massajar o local de administração, mas pode fazer um ligeira compressão.
- Deve descartar a seringa após administração em contentor próprio (se não tiver o contentor apropriado, em alternativa pode descartar para um garrafão vazio) e entregar na sua farmácia, devidamente acondicionado.

Instruir a administrar medicação

- Exemplificar a administração do G-CSF, conforme o que foi explicado durante a intervenção "ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso", com recurso a uma seringa de exemplificação vazia.

Ensinar sobre regime dietético

- Pode consumir fruta crua, devendo privilegiar as frutas de casca grossa.
- Pode consumir a sopa preparada no dia anterior, devendo aquecê-la no fogão, em vez de usar o micro-ondas.

Treinar a administrar medicação

- Dar espaço e tempo à doente para treinar a administração do G-CSF, conforme o que foi explicado durante a intervenção "ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso", com recurso a uma seringa de exemplificação vazia.

### 3.8. Síntese relativa ao caso

No presente subcapítulo procurei explicar o meu processo de tomada de decisão, com base nas necessidades em cuidados da doente. Encontra-se evidenciado o processo de enfermagem que sustentou as minhas ações.

Este caso clínico traduz o contacto com uma doente de 55 anos, com diagnóstico de carcinoma ductal invasivo à esquerda, estadio IIIc, RH +, Her2 *low*.

O grupo multidisciplinar decidiu tratamento sistémico com QT neoadjuvante e intervenção cirúrgica após. Tem como antecedentes pessoais de relevo HTA, controlada sem necessidade de medicação; melanoma da nádega esquerda de baixo grau. Sem antecedentes familiares de relevo.

Encontra-se, atualmente, em programa de QT com doxorubicina e ciclofosfamida, em *dose-dense* - esquema MAMDEN01. Realizou o primeiro ciclo no início do mês de novembro, por veia periférica, sem intercorrências.

Foi orientada para o domicílio com prescrição de G-CSF, que optou por fazer no centro de saúde. Colocou port-PICC para continuidade da QT.

O caso clínico resultou de um contacto a 21/11/2023 e um a 07/12/2023.

Importa salientar que o primeiro contacto com a doente não corresponde ao primeiro ciclo de tratamento, mas ao segundo.

#### • Primeiro contacto (21/11/2023)

Durante o primeiro contacto, o meu foco foi compreender se havia alguma alteração ao nível dos processos corporais e, ainda, se tinham surgido sintomas induzidos pela QT, se existia alguma lacuna de conhecimento que pudesse interferir com a autogestão do regime terapêutico e se a doente estava a vivenciar um processo de transição saudável.

Os domínios alvo da minha atenção foram: sensações somáticas; apetite; digestão; eliminação intestinal; pele e mucosas; termorregulação; conservação de energia; regime medicamentoso; padrão alimentar; padrão de exercício; sondas, drenos e cateteres; e atitudes terapêuticas.

Da recolha de dados surgiram os seguintes diagnósticos:

- Dor;
- Intolerância à atividade;
- Autogestão do regime medicamentoso comprometida;
- Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso;
- Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso;
- Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético.

A dor da doente encontra-se associada à administração do G-CSF. É uma dor nos membros inferiores, de intensidade um, na escala numérica da dor, tipo moedeira, intermitente. A doente já tem conhecimento e capacidade para gerir esta dor, administrando a medicação prescrita anteriormente (paracetamol 1g, via oral, SOS) e recorrendo a estratégias não farmacológicas.

A doente referiu que, na semana que sucedeu a QT, se sentiu mais cansada na realização de grandes esforços, surgindo o diagnóstico "Intolerância à atividade". Porém, após a recolha de dados, compreendi que a doente adotava estratégias para resolver este sintoma, nomeadamente, a gestão dos períodos de atividade e de repouso, conseguindo, desta forma, recuperar a energia. Para além disso, era capaz de autogerir o regime de exercício físico e tem uma autoeficácia facilitadora para a autogestão deste regime, o que contribui para a tolerância à atividade.

Relativamente ao diagnóstico "Autogestão do regime medicamentoso comprometida", importa referir que este surge pela falta de conhecimento e capacidade da doente para administração do G-CSF prescrito. No primeiro ciclo de quimioterapia, a doente não demonstrou vontade de aprender, tendo sido referenciada para continuidade de cuidados no centro de saúde de referência. Porém, no segundo ciclo, demonstrou vontade e disponibilidade para aprender, considerando "um constrangimento ter que se deslocar diariamente ao centro de saúde para administrar uma medicação que poderia ser administrada no domicílio". Assim, a minha intervenção passou por ensinar, instruir e treinar com a doente a técnica de administração do G-CSF, adequando as estratégias de ensino.

No que concerne ao padrão alimentar, a doente expôs questões específicas sobre a alimentação, relacionada com o período de nadir, surgindo o diagnóstico "Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético". Assim, considerando as questões colocadas, foi ensinado à doente que esta poderia ingerir fruta crua, no entanto, devia privilegiar a fruta de casca grossa; e que podia consumir a sopa feita no dia anterior, desde que a fervesse no fogão em detrimento de a aquecer no micro-ondas.

#### • Segundo contacto (07/12/2023)

No segundo contacto, não surgiu nenhum novo diagnóstico, mas foi possível dar termo aos diagnósticos "Autogestão do regime medicamentoso comprometida", "Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso", "Potencial para melhorar

capacidade para gerir regime medicamentoso" e "Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético".

De salientar que neste contacto foi importante avaliar a autoeficácia para gerir o regime medicamentoso, uma vez que esta pode interferir com a própria autogestão.

Em suma, foi perceptível que a doente manteve relações quer com os familiares, quer com os profissionais de saúde; se encontrava consciencializada e aceitava a nova condição de saúde; adquiriu novas competências; e adaptou-se às circunstâncias. É possível constatar que a doente está, provavelmente, a vivenciar um processo de transição saudável.



## 4. CASO CLÍNICO DE DOENTE COM LINFOMA NÃO HODGKIN, DESENVOLVIDO NO SERVIÇO DE ONCO-HEMATOLOGIA

Doente de 70 anos, com diagnóstico de LNH DGCB, internada para infusão de células CAR-T. Tem adenopatias com cerca de 2 cm a nível da região axilar direita. Medicada no domicílio com prednisolona 2.5 mg e vitamina D. Sem antecedentes pessoais de relevo. Não tem história familiar de carcinoma. Vive sozinha, mas tem boa rede de suporte familiar. Gere o restaurante de família, mas de momento, está de baixa e é o filho que a substituí. Autónoma nas atividades de vida diária. Atualmente apresenta labilidade emocional, alternando períodos de riso com períodos de tristeza, que associa ao facto de ter perdido o marido há 6 meses e ao facto de estar internada. Iniciou quimioterapia de linfodepleção e no primeiro contacto com a doente (14/10/2023) esta encontrava-se no dia -3 de quimioterapia (3º dia que antecede a infusão de células CAR-T). O caso clínico resulta de seis contactos com a doente: dois no dia 14/10/2023; um no dia 15/10/2023; um no dia 17/10/2023; e dois no dia 20/10/2023.

### 4.1. Enquadramento teórico

#### 4.1.1. Linfoma

O linfoma é identificado como uma massa neoplásica de tecido linfoide, que pode atingir um tamanho considerável (Hoskin, 2020). Envolve a acumulação de múltiplas mutações genéticas, em diferentes genes (Neto *et al.*, 2006). Podemos distingui-los em LH ou LNH: os primeiros caracterizam-se por uma neoplasia hematológica de origem linfoide, com proliferação de células neoplásicas de morfologia variável (células de *Reed-Sternberg*); e os segundos, resultam de alterações malignas clonais que conduzem a mutações nas células linfoides progenitoras, sendo que a célula maligna apresenta fenótipo de célula B, T ou NK (*natural killer*) (Oliveira *et al.*, 2021). A maioria dos linfomas tem origem nos linfócitos B, mas existe um grupo bem conhecido que são as neoplasias derivadas das células T (Hoskin, 2020). A causa destes não está totalmente esclarecida, mas a hipótese mais aceite é que tem etiologia viral, associada a uma resposta imunológica atípica. Alguns autores descrevem patologias que parecem estar relacionadas com o desenvolvimento do linfoma, nomeadamente, imunodeficiências congénitas, SIDA, lúpus eritematoso sistémico e artrite reumatoide (Mota, 2006). Do ponto de vista microscópico, e em termos gerais, os linfomas podem ser de baixo ou de alto grau. As características do linfoma de baixo grau são: a preservação da arquitetura folicular e a

composição celular de pequenos linfócitos bem diferenciados. Por sua vez, os linfomas de alto grau traduzem-se numa infiltração difusa do nódulo ou do local extra-nodal com grandes células linfóides indiferenciadas (Hoskin, 2020).

#### 4.1.1.1. Linfoma Não-Hodgkin

Os LNH correspondem ao grupo de neoplasias do tecido linfoide com diversos subtipos histológicos e diferentes apresentações clínicas. Estão maioritariamente presentes fora dos nódulos linfáticos, localizando-se em órgãos como o estômago, a pele e até mesmo no sistema nervoso central, glândulas salivares e cavidade oral (Mota, 2006). O estadiamento da doença é feito pelos critérios de Ann Arbor (Neto *et al.*, 2006), considerando-se a localização do tumor e a presença/ausência de sintomas constitucionais (perda ponderal, febre, sudorese) – sintomas B (Mota, 2006). Os estádios são apresentados no quadro 1.

ESTADIO	ENVOLVIMENTO
Estadio I	Comprometimento localizado num grupo de linfonodos.
Estadio IE	Comprometimento localizado num órgão ou região extralinfática.
Estadio II	Comprometimento localizado dois ou mais grupos separados de linfonodos, no mesmo lado do diafragma.
Estadio IIE	Comprometimento localizado num grupo de linfonodos, com comprometimento localizado de um órgão ou de uma região extralinfática (incluindo o baço), no mesmo lado do diafragma.
Estadio III	Comprometimento do sistema linfoide (incluindo o baço), em ambos os lados diafragma.
Estadio IIIE	Comprometimento do sistema linfoide, em ambos os lados diafragma, além do comprometimento localizado de um órgão ou de uma região extralinfática.
Estadio IV	Comprometimento difuso ou disseminado de um ou mais órgãos extralinfáticos, com ou sem comprometimento ganglionar

Os estádios podem ser subclassificados em A ou B, de acordo com a ausência (A) ou presença (B) de sintomas sistémicos – febre, sudorese, perda ponderal >10%

Quadro 1 Estadiamento LNH Ann Arbor (retirado de Mota, 2006)

#### 4.1.1.2. Linfoma Não-Hodgkin Difuso de Grandes Células B

O LNH DGCB é o subtipo de LNH mais comum, correspondendo a cerca de 30 a 35% dos casos (Neto *et al.*, 2006). Trata-se de uma neoplasia de células B periféricas maduras (Mota, 2006) e é considerado agressivo, já que apresenta um alto índice proliferativo. Os sinais e sintomas mais frequentes são: presença de nódulo indolor numa área linfoide (pescoço, axila ou zona inguinal); sintomas B (sudorese, febre, perda ponderal) (Hoskin, 2020).

O diagnóstico do LNH DGCB é feito através de uma amostra tumoral obtida por biópsia, para realizar imunohistoquímica (Mota, 2006). Os marcadores tumorais detetados são marcadores de células B - CD19 e CD20. Para uma melhor avaliação do LNH, e até para um diagnóstico mais preciso, recorre-se a exames complementares de diagnóstico, nomeadamente: hemograma, bioquímica, raio-x tórax, tomografia por emissão de positrões (PET), tomografia computadorizada toraco-abdomino-pélvica (TAC TAP), biópsia da medula óssea e cintilografia óssea (Hoskin, 2020).

O tratamento de primeira linha é a QT, estando também disponíveis a RT e a hormonoterapia. Outra possibilidade é a combinação destas terapias, com a vantagem de diminuir os efeitos adversos e aumentar a sobrevida dos doentes. O esquema de QT padrão para esta patologia é o R-CHOP (rituximab, ciclofosfamida, doxorrubicina, vincristina e prednisolona) (Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia [Abrale], 2023). As primeiras quatro terapêuticas são administradas sob a forma EV, no D1-D21, e a prednisolona no D1-D5 (Hoskin, 2020). Estão padronizados 6 ciclos deste esquema, com intervalos de três semanas. Após o sexto ciclo, é realizado o restadiamento da doença (Mota, 2006). Relativamente às consequências do tratamento, é importante referir que durante a QT podem ocorrer principalmente: neutropenia, náuseas, vômitos, alopecia, mucosite (Hoskin, 2020).

Com o avanço da tecnologia, os tratamentos também foram evoluindo. Atualmente, outra possibilidade terapêutica são as células CAR-T. Estudos realizados mostram taxas de remissão significativas, de cerca de 94%. Esta terapia inovadora alia a terapia celular, a terapia genética e imunoterapia (Marinheiro, 2019). A terapia com células CAR-T envolve a engenharia de células T dos próprios doentes, para o reconhecer e atuar nas células malignas (Locke & Mullane, 2019). A "Terapia CAR-T consiste na infusão de células T alteradas em laboratório que expressam um Recetor de Antígeno Quimérico (CAR) na sua membrana celular." (Marinheiro, 2019, pp. 14). O CAR tem a capacidade de reconhecer um antígeno tumoral específico e, posteriormente, ativar as células T quando a CAR-T se liga ao alvo. Na terapia com células CAR-T, inicialmente, extraem-se as células T do organismo do próprio doente (leucoferese), que de seguida são modificadas com o objetivo de expressar um CAR e expandidas *in vitro*. Por fim, procede-se à infusão das células CAR-T no doente (Marinheiro, 2019). As células CAR-T têm capacidade para erradicar todas as células malignas e podem permanecer no corpo meses após a conclusão da infusão (Locke & Mullane, 2019).

Os doentes são submetidos a linfodepleção antes de receberem a infusão de células CAR-T, com o objetivo de reduzir o número de linfócitos T no organismo e, por conseguinte, regular de forma positiva as citocinas IL-7 e IL-5, que são responsáveis por fomentar a expansão e aumento da atividade anti-tumoral das células CAR-T (Fonseca, 2020).

Nesta terapia os efeitos adversos mais comuns são: toxicidade neurológica; síndrome de libertação de citocinas (Gilead Sciences, 2022); síndrome de lise tumoral; anafilaxia e aplasia

de células B. O síndrome de libertação de citocinas é um efeito secundário potencialmente grave. As citocinas são produzidas quando as células CAR-T se multiplicam no corpo e atuam sob as células malignas. Inúmeras citocinas inflamatórias (incluindo interleucina-6 [IL-6], fator de necrose tumoral-alfa [TNFa] e interferãogama [IFNg]) são libertadas. A grande quantidade de citocinas acumuladas provoca sintomas leves a potencialmente fatais que caracterizam este síndrome. Os sintomas são: náuseas, fadiga, cefaleias, calafrios, febre, hipotensão, dor, tonturas (Locke & Mullane, 2019; O’Leary & Marino, 2021). Este síndrome pode ser atenuado com a administração do anticorpo monoclonal tocilizumab. A toxicidade neurológica inclui sintomas como afasia, confusão, desorientação, convulsões, alterações motoras. A neurotoxicidade é reversível na maioria dos casos. Alguns sintomas de toxicidade neurológica são tratados com antiepiléticos e/ou corticosteroides (Locke & Mullane, 2019). Diariamente, o doente é avaliado quanto à presença de sinais que evidenciam toxicidade neurológica recorrendo ao questionário ICE - questionário de pontuação de encefalopatia associada a células efetoras imunes. Se a pontuação obtida for nove ou menos, significa que existem alterações (O’Leary & Marino, 2021). O questionário ICE é apresentado no Quadro 2.

<b>ORIENTAÇÃO</b> 4 pontos	Orientação para ano, mês, cidade, hospital 1 ponto para cada
<b>NOMEAÇÃO</b> 3 pontos	Capacidade para nomear 3 objetos, por exemplo apontar para um relógio, uma cadeira, uma caneta 1 ponto para cada
<b>CUMPRIR ORDENS</b> 1 ponto	Capacidade para cumprir comandos simples, como fechar os olhos e colocar a língua para fora, marchar no lugar, levantar o braço esquerdo acima da cabeça
<b>ESCRITA</b> 1 ponto	Capacidade para escrever uma frase padrão, por exemplo o meu aniversário é o no dia 12 de novembro de 1990
<b>ATENÇÃO</b> 1 ponto	Capacidade para fazer contagem decrescente, de 10 em 10 números, com início no 100 ou para referir os dias da semana de trás para a frente
<b>TOTAL</b> <b>= 10 PONTOS</b>	

Quadro 2 Questionário ICE (adaptado de O’Leary & Marino, 2021)

O síndrome da lise tumoral corresponde a um grupo de alterações metabólicas. Pode ser retardado e ocorrer um mês ou mais após a terapia com células CAR-T, e pode causar danos em diferentes órgãos, como é o caso do rim. Esta complicação é tratada com terapia de suporte padronizada, incluindo hidratação e uso de alopurinol. A anafilaxia pode surgir no seguimento da resposta imunológica exacerbada contra o próprio CAR. Os sintomas associados à anafilaxia incluem prurido, hipotensão e dificuldade respiratória. Por fim, a aplasia de células B está, geralmente, presente pois as células CAR-T não atuam unicamente nas células B malignas, mas também nas células B saudáveis, pelo que esta aplasia é um resultado esperado do tratamento bem sucedido (Locke & Mullane, 2019).

#### 4.1.2. Transição da pessoa com doença oncológica

A transição vivenciada por estes doentes requer que incorporem novos conhecimentos e comportamentos, redefinam significados e redefinam o seu próprio papel na sociedade (Tavares, 2020). A adaptação à doença oncológica não ocorre num momento único, trata-se de um processo e desenvolve-se em diferentes momentos (Ferreira, 2015).

A experiência de transição pode ser influenciada pelos significados que a pessoa atribui à doença e aos tratamentos, pelo nível de conhecimento e competência, pelo ambiente, pelo bem-estar físico e emocional e pelas crenças. Neste sentido, os significados correspondem a um processo interpretativo da realidade. Já as crenças desenvolvem-se pela influência da educação, da cultura, dos pares e das experiências pessoais. Os significados correspondem a um processo interpretativo da realidade (Santos & Lima, 2022).

Segundo Schumacher e Meleis (1994), o enfermeiro, para além de conhecer as condições que deverão influenciar a transição, deve focar-se nos padrões das respostas humanas, com o objetivo de facilitar a vivência de uma transição saudável. O processo de transição exige que o doente adote estratégias de *coping*, incluídas nos indicadores de processo, que se reportam a estratégias que permitem tolerar ou diminuir as exigências internas ou externas da doença. Podem ser centradas na resolução do problema, ou centradas nas emoções (Santos & Lima, 2022).

Compreendendo os padrões de resposta do doente na adaptação à situação de doença, o enfermeiro pode orientar as terapêuticas de enfermagem para a promoção, prevenção e intervenção (Tavares, 2020). As terapêuticas de enfermagem reportam-se às ações que o enfermeiro desenvolve intencionalmente para o cuidar da pessoa. O desempenho de novos papéis resulta das respostas, das interpretações e das interações com os outros, tornando-se importante a partilha, a observação e o treino com os outros (Meleis, 2010).

Uma das terapêuticas de enfermagem mais utilizada durante a prestação de cuidados, com o intuito de proporcionar uma experiência de transição saudável, é a suplementação de papéis. Este tipo de terapêutica proporciona a aprendizagem e treino de novas competências (conhecimento e habilidades), facilitando o ajustamento à nova condição.

Pelo referido, compreende-se que o enfermeiro pode contribuir de uma forma significativa no processo de transição do doente. O enfermeiro deve orientar as suas intervenções para a consciencialização, o envolvimento, a mudança de comportamento e a integração de novas competências, de forma a permitir que os doentes façam a autogestão da sua doença e sintomas e, conseqüentemente, aumentem a autonomia no autocuidado. Assim, é importante que o enfermeiro explore com o doente os seus objetivos de saúde, as experiências, as barreiras percebidas e facilitadores à mudança, a autoeficácia, as competências de autorregulação e as expectativas (Cuthber *et al.*, 2019).

Dentro da área da autogestão, surge uma área específica: a autogestão de sintomas.

Experienciar um sintoma engloba não só a sua perceção, mas também uma avaliação e uma resposta. O doente oncológico, frequentemente, relata a experiência de múltiplos sintomas em simultâneo. Numa atualidade em que se espera que o doente automonitorize e faça a autogestão dos sintomas, cabe ao enfermeiro empoderá-lo, fornecendo informação sobre os sintomas que podem surgir, como os identificar e como deve intervir perante a sua presença. O enfermeiro deve apoiar o doente no processo de tomada de decisão e mobilização dos recursos (Magalhães, 2022).

## 4.2. Clientes

### Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Feminino

## 4.3. Medicação

### 4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

#### Fludarabina

A Fludarabina é um antineoplásico, pertencente à classe dos antimetabolitos, utilizado como tratamento de primeira linha da doença avançada sintomática ou na presença de progressão da doença. Os efeitos secundários mais comuns são: infeções; síndrome mielodisplásico; leucemia mieloide aguda; neutropenia; anemia; trombocitopenia; mielosupressão; anorexia; neuropatia periférica; alterações visuais; tosse; náuseas; vômitos; diarreia; estomatite; erupções cutâneas; edema; e mucosite. Pelas alterações hematológicas induzidas, o doente deve ser submetido a um estudo hematológico frequente, para se detetar precocemente o desenvolvimento de anemia, neutropenia ou trombocitopenia. No caso de entrar em contacto com pele e mucosas, acidentalmente, deve-se lavar a área com água e sabão (Infarmed, 2019).

### **Tisagenlecleucel**

Tem na sua base células T autólogas que sofreram o processo de transdução e são geneticamente modificadas *ex vivo*. Está indicado para o tratamento de LNH DGCB. A administração deste medicamento implica pré-medicação com paracetamol e um anti-histamínico H1, cerca de 30-60 minutos antes. O uso de corticosteroides está contraindicado, com exceção de um caso de emergência. Aquando da administração do tisagenlecleucel deve estar disponível no mínimo uma dose de tocilizumab e equipamento de emergência para o caso de ocorrer o síndrome de libertação de citocinas. Deverá ser administrado via EV com um sistema de soros sem latex e sem filtro de depleção de leucócitos, num débito de aproximadamente 10-20 mL/min., em fluxo de gravidade. Este medicamento pode provocar encefalopatia, estados confusionais e/ou delírios, bem como convulsões, afasia e distúrbios na fala. Grande parte destas alterações ocorre nas oito semanas após a perfusão e são transitórias. Para além dos já referidos, outros efeitos secundários descritos são: síndrome de libertação de citocinas; infeções; febre; diarreia; náuseas; vômitos; fadiga; hipotensão; contagem de linfócitos, de glóbulos brancos, de neutrófilos e de plaquetas diminuída; diminuição de hemoglobina; tosse; dispneia; dor músculo-esquelética; e lesão renal aguda. É necessária a monitorização hematológica durante o tratamento (EMA, 2023). Assim, o enfermeiro deve prestar especial atenção à avaliação da toxicidade neurológica.

### **Paracetamol e Clemastina**

No caso específico desta doente, estes dois medicamentos são administrados antes da perfusão do tisagenlecleucel para diminuir o risco de reações à perfusão.

O paracetamol atua como analgésico e antipirético. Está contraindicado em doentes com insuficiência hepática grave (Vallerand *et al.*, 2015).

A clemastina é utilizada antes de tratamentos que possam causar a libertação de histamina. Os efeitos secundários mais frequentes são: sedação, sonolência, falta de coordenação motora, tonturas, dores abdominais, azia, náusea, vômitos, diarreia e obstipação. Podem também ocorrer: anorexia, xerostomia e hipotensão (Infarmed, 2022b). O enfermeiro deve estar atento a sinais de depressão respiratória e de hipotensão (Vallerand *et al.*, 2015).

### **Esomeprazol**

É utilizado para alívio de sintomas como azia, regurgitação ácida e dor epigástrica. Os efeitos indesejáveis mais frequentes são: cefaleias, abdominalgia, diarreia e náuseas (Infarmed, 2023a). Deve ser administrado 1h antes das refeições. Como em alguns casos pode causar colite pseudomembranosa, o enfermeiro deve estar atento à ocorrência de diarreia, cólicas abdominais ou melenas (Vallerand *et al.*, 2015).

**Bromazepam**

É utilizado para tratamento de sintomas como ansiedade. O enfermeiro deve estar atento para perceber se o doente apresenta queixas de amnésia ou reações paradoxais/reações do foro psiquiátrico (agitação, irritabilidade, agressividade, delírio, pesadelos, alucinações, psicose e comportamento desajustado). Este medicamento pode gerar dependência física ou psíquica, mesmo quando administrado em baixas doses (Infarmed, 2022c).

**Levetiracetam**

É um medicamento que pertence ao grupo dos antiepiléticos e está indicado para tratamento de crises convulsivas parciais, convulsões tónico-clónicas primárias generalizadas (Vallerand *et al.*, 2015). No caso específico desta doente, as convulsões podem surgir pela toxicidade neurológica relacionada com a terapia de células CAR-T. Os efeitos secundários mais frequentes são: nasofaringite, sonolência, cefaleia, fadiga, tonturas, abdominalgia, diarreia, vômitos e náuseas. De salientar que a ranhura presente no comprimido serve para facilitar a sua divisão e, conseqüentemente, facilitar a deglutição, e não para dividir em doses iguais (Infarmed, 2021b). Em caso de necessidade de descontinuar o tratamento, deve reduzir-se a dose gradualmente, evitado o risco de aumentar a ocorrência de crises convulsivas (Vallerand *et al.*, 2015).

**Enoxaparina**

O doente oncológico tem um risco acrescido de eventos tromboembólicos, pelo que a enoxaparina faz parte do regime medicamentoso destes doentes (Pinto, 2019). Os doentes com cancro encontram-se num estado pró-trombótico uma vez que cumprem os requisitos da tríade de Virchow: a estase sanguínea, associada à imobilização a que estão sujeitos ou à compressão pela massa tumoral; a lesão endotelial originada pelas células tumorais, fármacos ou dispositivos terapêuticos; e o aumento da coagulação pela falta de libertação de fatores pró-coagulantes pelas células tumorais (Pinto, 2020). É administrada por injeção SC profunda na face ântero-lateral ou pósterio-lateral da parede abdominal. Não se deve friccionar o local de administração. Está contraindicada em casos de trombocitopenia imunomediada induzida por heparina nos últimos 100 dias, hemorragia ativa clinicamente significativa ou em casos de alto risco hemorrágico. Em doentes do foro oncológico deve ser realizada contagem de plaquetas prévia. Os efeitos secundários mais frequentes são: hemorragia, anemia hemorrágica, cefaleias, aumento das transaminases e hematoma/dor no local de injeção (Infarmed, 2023b). Antes de iniciar o tratamento e durante deve-se fazer contagem de plaquetas. No decorrer do uso do medicamento, o enfermeiro deve estar atento a sinais de hemorragia (Vallerand *et al.*, 2015).

**Metoclopramida**

Pertence ao grupo dos antieméticos e está indicada na prevenção e tratamento sintomático de náuseas e vômitos induzidos por QT. Deve ser respeitado um intervalo mínimo de seis horas entre administrações. Podem surgir efeitos extrapiramidais e nesses casos a administração deve ser imediatamente descontinuada. Os efeitos indesejáveis mais frequentes são: diarreia, astenia, sonolência, alterações extrapiramidais (acatisia, distonia, discinesia, síndrome das pernas inquietas, vômito), parkinsonismo, depressão, hipotensão (Infarmed, 2019). O enfermeiro deve estar atento ao aparecimento destes sintomas e na sua presença deve comunicar ao médico e suspender a sua administração. Deve ser administrado cerca de 30 minutos antes da QT. Em bólus, deve ser administrada durante um a dois minutos, pois a administração rápida pode induzir uma sensação de ansiedade intensa e agitação transitória, seguida de sonolência (Vallerand *et al.*, 2015).

**Macrogol**

É utilizado para o tratamento sintomático da obstipação. O seu efeito ocorre 24-48h após a sua administração. Deve-se dissolver o conteúdo em cerca de 50 mL de água e deve ser administrado preferencialmente de manhã. Os efeitos secundários mais frequentes são: dor abdominal, distensão abdominal, diarreia e náuseas (Infarmed, 2022d). O uso prolongado de laxantes pode provocar desequilíbrio eletrolítico. Para prevenir uma possível desidratação, durante o uso de laxantes a doente deve aumentar a ingestão hídrica para no mínimo 1500-2000mL/dia (se não existir contra-indicação) (Vallerand *et al.*, 2015).

**Solução de cloreto de sódio 0.9%**

É utilizado no tratamento da depleção do volume extracelular, desidratação e depleção do sódio e como veículo/diluinte para administração EV de outros medicamentos. A retenção de sódio pode levar à sobrecarga hídrica, e conseqüentemente, ao edema, afetando a circulação cerebral, pulmonar e periférica. A hipernatremia pode causar desidratação dos órgãos internos e os efeitos mais comuns do excesso de sódio são: náuseas, vômitos, diarreia, espasmos abdominais, sede, xerostomia, sudorese, febre, taquicardia, hipertensão, insuficiência renal, edema periférico e pulmonar, dificuldade respiratória, cefaleias, tonturas, agitação, astenia, contração e rigidez muscular, convulsões e coma (Infarmed, 2020). Assim, o enfermeiro deve estar atento a sinais e sintomas supracitados, de forma a identificar precocemente alterações que manifestem a sobrecarga hídrica e intervir atempadamente.

De referir que neste caso clínico, não abordei a ciclofosfamida e o ondansetrom por terem sido abordados no caso clínico anterior e não se visualizar qualquer especificidade para esta doente,

digna de nota.

#### 4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

##### Sondas, Drenos e Cateteres

14-10-2023 09:00

###### **14-10-2023 09:00 - Cateter central**

14-10-2023 09:00 - Localização do cateter central

14-10-2023 09:00 - Veia jugular Direita(o)

14-10-2023 09:00 - Características do dispositivo: CVC tipo implantofix.

14-10-2023 09:00 - Ausência de dor.

14-10-2023 09:00 - Ausência de calor.

14-10-2023 09:00 - Ausência de rubor.

14-10-2023 09:00 - Ausência de tumefação.

14-10-2023 09:00 - Ausência de exsudado.

###### **14-10-2023 09:00 - Assegurar funcionamento do cateter**

*14-10-2023 09:00 - Otimizar cateter central [1x/turno ou SOS]*

###### **14-10-2023 09:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**

*14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter central [contínuo]*

20-10-2023 09:00 - Substância administrada pelo cateter central: soro.

20-10-2023 09:00 - Quantidade administrada pelo cateter central: 1000 ml.

###### **14-10-2023 09:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central**

*14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [1x/turno ou SOS]*

17-10-2023 15:00 - Localização do cateter central

17-10-2023 15:00 - Veia subclávia Direita(o)

17-10-2023 15:00 - Ausência de dor.

17-10-2023 15:00 - Ausência de calor.

17-10-2023 15:00 - Ausência de rubor.

17-10-2023 15:00 - Ausência de tumefação.

17-10-2023 15:00 - Ausência de exsudado.

15-10-2023 15:00 - Localização do cateter central

15-10-2023 15:00 - Veia jugular Direita(o)

15-10-2023 15:00 - Ausência de dor.

15-10-2023 15:00 - Ausência de calor.

15-10-2023 15:00 - Ausência de rubor.

15-10-2023 15:00 - Ausência de tumefação.

15-10-2023 15:00 - Ausência de exsudado.

20-10-2023 09:00 - Localização do cateter central

20-10-2023 09:00 - Veia jugular Direita(o)

20-10-2023 09:00 - Ausência de dor.

20-10-2023 09:00 - Ausência de calor.

20-10-2023 09:00 - Ausência de rubor.

20-10-2023 09:00 - Ausência de tumefação.

20-10-2023 09:00 - Ausência de exsudado.

14-10-2023 09:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

**14-10-2023 09:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central**

14-10-2023 09:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter central [72/72h ou SOS]

**14-10-2023 09:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central**

14-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do cateter central: facilitador.

#### **4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.**

A evolução da medicação EV levou a que os cateteres se tornassem dispositivos essenciais no tratamento dos doentes com cancro, minimizando efeitos secundários à administração de quimioterapia. A seleção do cateter depende da duração do tratamento, do protocolo prescrito e da integridade da própria rede venosa (Custódio *et al.*, 2019).

A introdução do CVC totalmente implantado permite a administração segura de QT, de terapias de suporte, levando a uma diminuição dos efeitos secundários quer do trajeto da veia, quer do próprio local de punção (Vasques, 2019). Este cateter está indicado para doentes que “serão submetidos a quimioterapia de longa duração e por múltiplos ciclos, com tempo de infusão superior a oito horas, infusão de drogas vesicantes e/ou irritantes, pacientes submetidos à mastectomia bilateral, pacientes com linfedema intenso, obesos com difícil acesso venoso (...)” (Vasques, 2019, p.653).

Poder ser utilizado imediatamente após a sua colocação, recomendando-se a sua punção ainda no bloco operatório, com a agulha de Huber, pois proporciona menor traumatismo à membrana de silicone (Bonassa, 2005).

Quando comparado com os outros tipos existentes, os aspetos mais vantajosos relacionam-se com a autoimagem do cliente, uma vez que este tipo de dispositivo é colocado a nível subcutâneo, e com associação a uma menor taxa de infeção. Para além disso, necessita de manutenção só a cada 28 dias; sem necessidade de tratamento local (exceto se manipulação); seguro para administrar medicação; menor interferência nas atividades de vida diária. Pode

permanecer por longos períodos (Zerati *et al.*, 2017).

É importante que o doente possua conhecimento sobre as principais complicações, de forma a evitá-las e a identificá-las, se presentes.

#### 4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
14-10-2023 09:00	Sensações somáticas	
14-10-2023 09:00	Apetite	
14-10-2023 09:00	Sistema respiratório	
14-10-2023 09:00	Digestão	
14-10-2023 09:00	Eliminação intestinal	
14-10-2023 09:00	Pele e mucosas	
14-10-2023 09:00	Termorregulação	
14-10-2023 09:00	Volume de líquidos	
14-10-2023 09:00	Sono	
14-10-2023 09:00	Conservação de energia	
14-10-2023 09:00	Emoção	
14-10-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
14-10-2023 09:00	Sistema cardiovascular	
17-10-2023 15:00	Função motora fina	
17-10-2023 15:00	Condução elétrica cerebral	
17-10-2023 15:00	Comunicação verbal	
17-10-2023 15:00	Memória	
20-10-2023 09:00	Autogestão do regime medicamentoso	
20-10-2023 15:00	Padrão alimentar	

##### 4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

###### Sensações somáticas

Dentro deste domínio, importa que o enfermeiro avalie a presença de dor, sendo que esta pode estar associada à doença oncológica e/ou ao tratamento. Para além disso, como consequência da infusão das células CAR-T, pode ocorrer resposta imunológica exacerbada contra o próprio CAR, sendo que um dos possíveis sintomas é o prurido (Locke & Mullane, 2019).

O aciclovir também pode induzir, frequentemente, prurido.

###### Sistema Respiratório

Faz parte do esquema de QT prescrito para esta doente, hidratação com 2000 cc/dia de soro

fisiológico até ao terceiro dia que antecede a infusão das células CAR-T. À parte do esquema de QT, a doente tem prescritos mais 1000 cc de soro fisiológico. Para além do já mencionado, a terapêutica vem diluída em soro. Todo este aporte de soro poderá conduzir a uma sobrecarga hídrica e, conseqüentemente, hipervolemia, edema periférico, edema do pulmão (Hansen, 2021; Malek & Soufi, 2023). O edema do pulmão manifesta-se, entre outros, por sintomas respiratórios, nomeadamente a dispneia, taquipneia, crepitações (Malek & Soufi, 2023).

O tisagenlecleucel prescrito tem como um dos efeitos secundários mais frequentes a dispneia.

### **Digestão**

Os quimioterápicos prescritos à doente têm um moderado potencial emético, assim como o tisagenlecleucel, a clemastina, o esomeprazol, o levetiracetam e o macrogol. É importante que o enfermeiro vigie o desenvolvimento de problemas a nível da digestão, pelo que foi identificado este domínio de atenção.

### **Eliminação intestinal**

Alguma da medicação que a doente tem prescrita pode causar diarreia, como é o caso da fludarabina, do tisagenlecleucel, do esomeprazol, do levetiracetam, da metoclopramida. Outra medicação que a doente tem prescrita pode provocar obstipação, nomeadamente: ondansetrom.

De destacar que a doente tem um padrão de obstipação, o que também justifica que este domínio seja um foco de atenção.

### **Pele e mucosas**

A QT instituída pode conduzir à alteração da pele e mucosas, nomeadamente mucosite, erupções cutâneas e alopecia.

### **Termorregulação**

Para além do que já foi descrito no caso anterior, que justifica este domínio no doente oncológico em programa de QT, esta doente tem prescrito o tisagenleucel, sendo um dos efeitos secundários frequentes a febre.

### **Volume de líquidos**

Como já foi referido, a doente tem prescrito um grande volume de soros diariamente, o que

pode conduzir à sobrecarga hídrica e consequentemente ao edema. Assim, o enfermeiro deve ter este domínio como foco de atenção, de forma a identificar precocemente a retenção de líquidos, de forma a evitar a sobrecarga hídrica e, consequentemente, o edema agudo do pulmão.

### **Sono**

A insónia é frequente nos doentes oncológicos e surge associada aos sintomas da própria doença ou aos tratamentos (Caeiro, 2020); no contexto de internamento, a insónia é um problema frequente e associa-se a múltiplos fatores (ruído e luminosidade inadequados, partilha de quarto, horários da administração de medicação, entre outros) (Távora, 2022).

### **Emoção**

Os doentes com cancro apresentam, frequentemente perturbações depressivas e perturbações da ansiedade que, geralmente, são negligenciadas pelos profissionais de saúde (Perestrelo, 2022). Porém, estas alterações poderão condicionar a capacidade de gerir a própria doença, os seus sintomas e o tratamento (Dekker *et al.*, 2020; Teixeira *et al.*, 2019). Admite-se que a avaliação e o tratamento do sofrimento emocional são práticas indispensáveis, com benefícios clínicos e económicos (Teixeira *et al.*, 2019). Para além disso, lidar com as emoções favorece o processo de adaptação e promove o bem-estar emocional do doente (Ferreira *et al.*, 2012).

### **Sondas, Drenos e Cateteres**

Os doentes oncológicos, pela carga medicamentosa a que estão sujeitos, bem como a quantidade de análises sanguíneas requisitadas, são frequentemente portadores de cateter venoso central.

### **Sistema cardiovascular**

Como já tem vindo a ser referido ao longo do trabalho, pelo aporte hídrico que a doente tem prescrito, poderá ocorrer sobrecarga hídrica. Esta sobrecarga tem efeito nos sinais vitais, nomeadamente na tensão arterial (HTA) e na frequência cardíaca (taquicardia) (Bannerman, 2018). Associado a este aporte de soro fisiológico pode ocorrer hipernatremia, com HTA e taquicardia. Por outro lado, alguma da medicação que a doente tem prescrita pode provocar hipotensão, como é o caso do tisagenlecleucel e da metoclopramida.

### **Função motora fina**

A neurotoxicidade induzida pela infusão das células CAR-T pode conduzir a alterações motoras, nomeadamente da função motora fina.

### **Condução elétrica cerebral**

Como referido anteriormente, a infusão de células CAR-T pode conduzir a toxicidade neurológica, que é reversível na maioria dos casos. Um dos sintomas possíveis da neurotoxicidade são as crises convulsivas.

### **Comunicação verbal**

A toxidade neurológica mediada pela infusão das células CAR-T, pode induzir afasia, quer seja motora ou de compreensão.

### **Memória**

Por fim, a infusão de células CAR-T, pela possibilidade de neurotoxicidade, pode levar a estados confusionais ou desorientação.

### **Autogestão do regime medicamentoso**

A doente terá alta para o domicílio com um novo regime medicamentoso. Assim, o enfermeiro deverá ter como foco de atenção a autogestão do regime medicamentoso, compreendendo as necessidades da doente a este nível e capacitando-a para a autogestão.

Neste caso clínico não estão explanados os domínios: apetite, conservação de energia e padrão alimentar, pois foram abordados no caso clínico anterior e a sua justificação é sobreponível.

## **4.6. Conceção de Cuidados**

### **Função motora fina**

17-10-2023 15:00

17-10-2023 15:00 - Destreza manual

17-10-2023 15:00 - Bilateral: Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

### **Sensações somáticas**

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Sem manifestação de dor.

#### **14-10-2023 09:00 - Determinar sinais de dor**

14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [contínuo]

15-10-2023 15:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

17-10-2023 15:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

20-10-2023 09:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

17-10-2023 15:00

17-10-2023 15:00 - Sem manifestação de prurido.

### **Apetite**

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Ingeriu parte das refeições.

14-10-2023 09:00 - Apetite diminuído.

#### **14-10-2023 09:00 - Apetite comprometido [RESOLVIDO] 17-10-2023 15:00**

#### **14-10-2023 09:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições [FIM] 17-10-2023 15:00**

14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [às refeições] [FIM] 17-10-2023 15:00

15-10-2023 15:00 - Ingeriu parte das refeições.

#### **14-10-2023 09:00 - Determinar evolução do apetite [FIM] 17-10-2023 15:00**

14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do apetite [às refeições] [FIM] 17-10-2023 15:00

15-10-2023 15:00 - Apetite diminuído [MANTEVE].

17-10-2023 15:00 - Apetite conservado [MELHOROU].

14-10-2023 09:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [SOS] [FIM]

17-10-2023 15:00

14-10-2023 09:00 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [SOS] [FIM] 17-10-2023 15:00

#### **14-10-2023 09:00 - Melhorar apetite [FIM] 17-10-2023 15:00**

14-10-2023 09:00 - Planear dieta [às refeições ou SOS] [FIM] 17-10-2023 15:00

### **Condução elétrica cerebral**

17-10-2023 15:00

17-10-2023 15:00 - Crise convulsiva

17-10-2023 15:00 - Corpo: Sem crises convulsivas.

#### **17-10-2023 15:00 - Determinar crise convulsiva**

17-10-2023 15:00 - Avaliar evolução da convulsão [1x/turno ou SOS]

20-10-2023 09:00 - Crise convulsiva

20-10-2023 09:00 - Corpo: Sem crises convulsivas.

### **Comunicação verbal**

17-10-2023 15:00

17-10-2023 15:00 - Sem compromisso de expressão da mensagem.

17-10-2023 15:00 - Sem compromisso na compreensão da mensagem [MELHOROU].

### **Sistema respiratório**

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

14-10-2023 09:00 - Periférico(a): 97 %.

14-10-2023 09:00 - Não comunica falta de ar.

**14-10-2023 09:00 - Determinar evolução da ventilação**

*14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da ventilação [1x/turno ou SOS]*

15-10-2023 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue

15-10-2023 15:00 - Periférico(a): 96 %.

17-10-2023 15:00 - Saturação do oxigénio no sangue

17-10-2023 15:00 - Periférico(a): 98 %.

20-10-2023 09:00 - Saturação do oxigénio no sangue

20-10-2023 09:00 - Periférico(a): 98 %.

15-10-2023 15:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

17-10-2023 15:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

20-10-2023 09:00 - Não utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

**Sistema cardiovascular**

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Localização do Pulso

14-10-2023 09:00 - Antebraço Esquerda(o)

14-10-2023 09:00 - Frequência do pulso: 76 pulsações por minuto.

14-10-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

14-10-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

14-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 110 mmHg.

14-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 75 mmHg.

**14-10-2023 09:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea**

*14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1x/turno ou SOS]*

15-10-2023 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

15-10-2023 15:00 - Membro superior Esquerda(o)

15-10-2023 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 111 mmHg.

15-10-2023 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.

17-10-2023 15:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

17-10-2023 15:00 - Membro superior Esquerda(o)

17-10-2023 15:00 - Pressão sanguínea sistólica: 112 mmHg.

17-10-2023 15:00 - Pressão sanguínea diastólica: 76 mmHg.

20-10-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

20-10-2023 09:00 - Membro superior Esquerda(o)

20-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 113 mmHg.

20-10-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 71 mmHg.

**Digestão**

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Com sensação de enjojo.

**14-10-2023 09:00 - Náusea**

14-10-2023 09:00 - Gravidade da náusea: ligeira.

**14-10-2023 09:00 - Determinar evolução da náusea**

*14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da náusea [1x/turno ou SOS]*

14-10-2023 12:00 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

15-10-2023 15:00 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

17-10-2023 15:00 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

20-10-2023 09:00 - Sem sensação de enjoo [MELHOROU].

14-10-2023 09:00 - Referenciar náusea ao médico [SOS]

**14-10-2023 09:00 - Aliviar náusea**

14-10-2023 09:00 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea [contínuo]

14-10-2023 09:00 - Planear dieta [às refeições ou SOS]

**14-10-2023 09:00 - Promover autocontrolo: náusea [FIM] 17-10-2023 15:00**

14-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

14-10-2023 12:00 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

**14-10-2023 12:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [RESOLVIDO] 15-10-2023 15:00**

14-10-2023 12:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [SOS] [FIM] 15-10-2023 15:00

15-10-2023 15:00 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: facilitador [MELHOROU].

14-10-2023 12:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [SOS] [FIM]

15-10-2023 15:00

14-10-2023 12:00 - Ensinar sobre gestão do ambiente físico [SOS] [FIM]

15-10-2023 15:00

14-10-2023 12:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da náusea [SOS] [FIM]

17-10-2023 15:00

15-10-2023 15:00 - Adota parcialmente comportamentos de autocontrolo da náusea.

17-10-2023 15:00 - Adota comportamentos de autocontrolo da náusea [MELHOROU].

15-10-2023 15:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da náusea.

17-10-2023 15:00 - Refere satisfação com o autocontrolo da náusea [MANTEVE].

14-10-2023 12:00

**Eliminação intestinal**

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Fezes: em pequena quantidade.

14-10-2023 09:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com síbalas.

14-10-2023 09:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

14-10-2023 09:00 - Número de defecações por semana: 2.

**14-10-2023 09:00 - Obstipação [RESOLVIDO] 20-10-2023 09:00**

**14-10-2023 09:00 - Determinar evolução da obstipação [FIM] 20-10-2023 09:00**

14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da obstipação [1x/turno ou SOS] [FIM]

20-10-2023 09:00

20-10-2023 09:00 - Número de defecações por dia: 1.

15-10-2023 15:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com síbalas.

17-10-2023 15:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com fendas na superfície.

20-10-2023 09:00 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com superfície lisa.

15-10-2023 15:00 - Fezes: em pequena quantidade.

17-10-2023 15:00 - Fezes: em grande quantidade.

20-10-2023 09:00 - Fezes: em grande quantidade.

15-10-2023 15:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

17-10-2023 15:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

20-10-2023 09:00 - Coloração das fezes: acastanhada.

14-10-2023 09:00 - Referenciar obstipação ao médico [SOS] [FIM] 20-10-2023 09:00

**14-10-2023 09:00 - Promover eliminação intestinal [FIM] 20-10-2023 09:00**

14-10-2023 09:00 - Planear dieta [às refeições ou SOS] [FIM] 20-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Planear eliminação intestinal [SOS] [FIM] 20-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Gerir hidratação [contínuo] [FIM] 20-10-2023 09:00

### **Pele e mucosas**

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

**14-10-2023 09:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos**

14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1x/turno ou SOS]

15-10-2023 15:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

17-10-2023 15:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

20-10-2023 09:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

### **Termorregulação**

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica

14-10-2023 09:00 - Região axilar: 36.60 °C.

**14-10-2023 09:00 - Determinar evolução da temperatura corporal**

14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x/turno ou SOS]

15-10-2023 15:00 - Temperatura corporal periférica

15-10-2023 15:00 - Região axilar: 36.80 °C.

17-10-2023 15:00 - Temperatura corporal periférica

17-10-2023 15:00 - Região axilar: 36.70 °C.

20-10-2023 09:00 - Temperatura corporal periférica

20-10-2023 09:00 - Região axilar: 36.80 °C.

### **Volume de líquidos**

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Tumefação dos tecidos

14-10-2023 09:00 - Membro inferior Direita(o): ausente.

14-10-2023 09:00 - Membro inferior Esquerda(o): ausente.

14-10-2023 09:00 - Peso: 57.60 Kg.

15-10-2023 15:00

15-10-2023 15:00 - Tumefação dos tecidos

15-10-2023 15:00 - Pé Direita(o): depressível.

15-10-2023 15:00 - Pé Esquerda(o): depressível.

15-10-2023 15:00 - Sinal de Godet

15-10-2023 15:00 - Pé Direita(o): Sinal de Godet ligeiro ( $> 0$  e  $< 2$  mm).

15-10-2023 15:00 - Pé Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro ( $> 0$  e  $< 2$  mm).

15-10-2023 15:00 - Peso: 58.50 Kg.

**15-10-2023 15:00 - Edema** [RESOLVIDO] 20-10-2023 09:00

15-10-2023 15:00 - Localização do edema

15-10-2023 15:00 - Pé Esquerda(o)

15-10-2023 15:00 - Pé Direita(o)

**15-10-2023 15:00 - Determinar evolução de sinais de edema** [FIM] 20-10-2023 09:00

*15-10-2023 15:00 - Avaliar evolução de sinais de edema (Pé Esquerda(o), Pé Direita(o)) [1x/turno ou SOS] [FIM] 20-10-2023 09:00*

17-10-2023 15:00 - Tumefação dos tecidos

17-10-2023 15:00 - Pé Direita(o): depressível [MANTEVE].

20-10-2023 09:00 - Tumefação dos tecidos

20-10-2023 09:00 - Pé Direita(o): ausente [MELHOROU].

17-10-2023 15:00 - Pé Esquerda(o): depressível [MANTEVE].

20-10-2023 09:00 - Pé Esquerda(o): ausente [MELHOROU].

17-10-2023 15:00 - Sinal de Godet

17-10-2023 15:00 - Pé Direita(o): Sinal de Godet ligeiro ( $> 0$  e  $< 2$  mm) [MANTEVE].

20-10-2023 09:00 - Sinal de Godet

20-10-2023 09:00 - Pé Direita(o): Sinal de Godet negativo [MELHOROU].

17-10-2023 15:00 - Pé Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro ( $> 0$  e  $< 2$  mm) [MANTEVE].

20-10-2023 09:00 - Pé Esquerda(o): Sinal de Godet negativo [MELHOROU].

17-10-2023 15:00 - Peso: 58.20 Kg.

20-10-2023 09:00 - Peso: 57.70 Kg.

*15-10-2023 15:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [1x/turno ou SOS] [FIM]*

20-10-2023 09:00

17-10-2023 15:00 - Quantidade de urina: 920 ml.

20-10-2023 09:00 - Quantidade de urina: 980 ml.

*15-10-2023 15:00 - Avaliar evolução de entrada de líquidos [1x/turno ou SOS] [FIM]*

20-10-2023 09:00

17-10-2023 15:00 - Substância administrada pelo cateter central: soro.

17-10-2023 15:00 - Quantidade administrada pelo cateter central: 1000 ml.

20-10-2023 09:00 - Substância administrada pelo cateter central: soro.

20-10-2023 09:00 - Quantidade administrada pelo cateter central: 1000 ml.

*15-10-2023 15:00 - Referenciar edema ao médico [SOS] [FIM] 20-10-2023 09:00*

**15-10-2023 15:00 - Diminuir edema** [FIM] 20-10-2023 09:00

15-10-2023 15:00 - Posicionar para diminuir edema (Pé Esquerda(o), Pé Direita(o))  
[contínuo] [FIM] 20-10-2023 09:00

15-10-2023 15:00 - Gerir hidratação [contínuo] [FIM] 20-10-2023 09:00

15-10-2023 15:00 - Massajar (Pé Esquerda(o), Pé Direita(o)) [SOS] [FIM]

20-10-2023 09:00

**Sono**

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Dormiu por períodos curtos.

14-10-2023 09:00 - Sono não reparador e intermitente .

**14-10-2023 09:00 - Sono comprometido** [RESOLVIDO] 20-10-2023 09:00**14-10-2023 09:00 - Determinar evolução do sono** [FIM] 20-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do sono [FIM] 20-10-2023 09:00

20-10-2023 09:00 - Dormiu por períodos longos.

20-10-2023 09:00 - Sono reparador [MELHOROU].

20-10-2023 09:00 - Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

14-10-2023 09:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [SOS] [FIM]

20-10-2023 09:00

**14-10-2023 09:00 - Melhorar sono** [FIM] 20-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [turno da noite]  
[FIM] 20-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Gerir medicação [SOS] [FIM] 20-10-2023 09:00

**14-10-2023 09:00 - Promover adesão: estratégias promotoras do sono** [FIM]

20-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser  
melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14-10-2023 09:00 - Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

**14-10-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre  
promoção do sono** [RESOLVIDO] 15-10-2023 15:00

14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do  
sono [SOS] [FIM] 15-10-2023 15:00

15-10-2023 15:00 - Conhecimento sobre promoção do sono: facilitador  
[MELHOROU].

14-10-2023 09:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [SOS]  
[FIM] 15-10-2023 15:00

14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da adesão a estratégias promotoras do sono  
[FIM] 20-10-2023 09:00

**Conservação de energia**

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Não comunica cansaço.

**14-10-2023 09:00 - Determinar evolução da intolerância à atividade**

14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [1x/turno ou SOS]

15-10-2023 15:00 - Não comunica cansaço [MANTEVE].

17-10-2023 15:00 - Não comunica cansaço [MANTEVE].

20-10-2023 09:00 - Não comunica cansaço [MANTEVE].

## Emoção

14-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Com indícios de humor depressivo.

**14-10-2023 09:00 - Humor depressivo [RESOLVIDO]** 20-10-2023 09:00

14-10-2023 09:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Desesperança e pessimismo, Tom de voz baixa, discurso arrastado.

**14-10-2023 09:00 - Determinar evolução do humor [FIM]** 20-10-2023 09:00

*14-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [1x/turno ou SOS] [FIM]*

20-10-2023 09:00

15-10-2023 15:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

17-10-2023 15:00 - Com indícios de humor depressivo [MANTEVE].

20-10-2023 09:00 - Sem indícios de humor depressivo [MELHOROU].

15-10-2023 15:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana), Tom de voz baixa, discurso arrastado [MELHOROU].

17-10-2023 15:00 - Tristeza persistente (há mais de uma semana) [MANTEVE].

*14-10-2023 09:00 - Referenciar humor depressivo ao médico [SOS] [FIM]*

20-10-2023 09:00

**14-10-2023 09:00 - Promover mudança no processo de pensamento relacionado com o humor [FIM]** 20-10-2023 09:00

*14-10-2023 09:00 - Executar escuta ativa [SOS] [FIM]* 20-10-2023 09:00

## Memória

17-10-2023 15:00

17-10-2023 15:00 - Sem desorientação face às pessoas.

17-10-2023 15:00 - Sem desorientação no espaço.

17-10-2023 15:00 - Sem desorientação no tempo.

**17-10-2023 15:00 - Determinar evolução da orientação**

*17-10-2023 15:00 - Avaliar evolução da orientação [1x/turno ou SOS]*

20-10-2023 09:00 - Sem desorientação no tempo [MANTEVE].

20-10-2023 09:00 - Sem desorientação face às pessoas [MANTEVE].

20-10-2023 09:00 - Sem desorientação no espaço [MANTEVE].

## Autogestão do regime medicamentoso

20-10-2023 09:00

20-10-2023 09:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

20-10-2023 09:00 - Não organiza a medicação conforme horário.

20-10-2023 09:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

20-10-2023 09:00 - Não prepara a medicação conforme a dose.

**20-10-2023 09:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida**

**20-10-2023 09:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso**

*20-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [SOS]*

**20-10-2023 09:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso**

20-10-2023 09:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do

regime medicamentoso: facilitadora.

20-10-2023 09:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-10-2023 09:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

**20-10-2023 09:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso**

*20-10-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [SOS]*

*20-10-2023 09:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [SOS]*

*20-10-2023 09:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [SOS]*

**Padrão alimentar**

20-10-2023 15:00

20-10-2023 15:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

**20-10-2023 15:00 - Autogestão do regime dietético**

**20-10-2023 15:00 - Determinar evolução do padrão alimentar**

*20-10-2023 15:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar [às refeições]*

**20-10-2023 15:00 - Promover autogestão: regime dietético**

20-10-2023 15:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

20-10-2023 15:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

**20-10-2023 15:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético**

*20-10-2023 15:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [SOS]*

*20-10-2023 15:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [SOS]*

*20-10-2023 15:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [SOS]*

## 4.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Uma das estratégias que pode utilizar é a exposição à luz matinal, pois esta melhora o tempo total de sono durante a noite.
- Para além disso, deve evitar: "sestas" durante o dia: atividade física intensa à noite; exposição solar insuficiente; consumo excessivo de cafeína; comer em excesso à noite; iluminação e/ou ruído excessivos no quarto; deitar-se sem sono.
- Deve optar por: sair da cama se não adormecer em 20 minutos; incluir atividades de relaxamentos nas suas rotinas diárias antes de ir para a cama; manter horas de sono regular (Santos et al., 2018).

#### Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea

- Garantir que o ambiente físico está ser livre de odores, ruídos e agitação e com luminosidade ténue (Gonçalves, 2019).

#### Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Uma das técnicas de relaxamento que pode utilizar para alívio da náusea é a técnica de relaxamento muscular progressivo.
- A técnica de relaxamento muscular progressivo consiste em: contrair e relaxar os músculos da parte superior do corpo e depois progredir para os da parte inferior do corpo. O relaxamento muscular é seguido de uma respiração profunda (Molassiotis et al., 2002). deve ser realizada 1h antes da administração da quimioterapia para melhores efeito (Yoo et al., 2005).
- Outra técnica que pode utilizar é a técnica de respiração.
- A técnica de respiração consiste em: respirar lenta e profundamente no momento de sensação de náusea (Aybar et al., 2020).
- O relaxamento reduz a frequência cardíaca e a tensão arterial, evitando a exacerbação do níveis de náuseas e vômitos pós-quimioterapia; e reduz as contrações musculares no trato gastrointestinal (Molassiotis et al., 2002).

#### Ensinar sobre gestão do ambiente físico

- Para alívio da náusea, o ambiente físico deve ser livre de odores, de ruídos, de agitação; e com iluminação ténue/fraca (Gonçalves, 2019).

#### Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- ACICLOVIR: Administração: deve tomar o aciclovir 400 mg (1 comprimido), às 9h e às 21h, via oral. Indicação: supressão de infeções recorrentes/profilaxia de infeções por herpes simples em doentes imunodeprimidos. Contraindicações: casos de hipersensibilidade ao aciclovir ou valaciclovir, ou a qualquer um dos excipientes. Efeitos indesejáveis frequentes: cefaleias, tonturas, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, prurido, erupções cutâneas. A sobredosagem acidental e recorrente da formulação oral pode levar a efeitos gastrointestinais (como náuseas e vômitos) e neurológicos (cefaleias e confusão). Neste caso, deve dirigir-se ao serviço de urgência (Infarmed, 2019c).
- LEVETIRACETAM: Administração: Deve tomar o levetiracetam 500 mg (1 comprimido), às 9h e às 21h, via oral. Indicação: profilaxia de convulsões em doentes submetidos a infusão de células CAR-T. Contraindicações: casos de hipersensibilidade à substância ativa ou a outros derivados da pirrolidona ou a qualquer um dos excipientes. Interações: diminuição da eficácia deste medicamento quando administrado concomitantemente com o macrogol. Efeitos indesejáveis frequentes: infeção da nasofaringe, anorexia, depressão, ansiedade, insónia, sonolência, cefaleias, convulsões, tonturas, tremores, letargia, vertigens, tosse, dor abdominal, diarreia, erupções cutâneas, astenia/fadiga (EMA, 2023b).

#### Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Durante o período de quimioterapia e nos dias seguintes deve: ingerir alimentos variados, incluindo proteínas, hidratos de carbono, gorduras, vitaminas e minerais; ingerir várias refeições diárias (5-6), evitando estar mais do que 3 horas sem comer; evitar não comer

se o apetite diminuir; fazer refeições simples e pouco condimentadas; reduzir os líquidos durante as refeições; optar por bebidas mais nutritivas, tais como sumos de fruta ou batidos, em vez de bebidas pouco calóricas como café, cevada, chá ou bebidas “light”; evitar o consumo de bebidas alcoólicas.

- Durante o período de nadir deve: lavar bem os alimentos; dar preferência a legumes cozinhados (no caso de consumir saladas e ervas aromáticas, deve desinfetá-los); beber e comer apenas laticínios pasteurizados (evitar queijos com fungos ou queijos frescos); dar preferência a frutas de casca, se comer fruta crua; evitar ovos crus ou mal cozidos, carne ou peixe cru ou mal passado; evitar bolos industriais com recheio de creme ou outra comida comercializada; evitar comer restos.
- Durante o período de nadir deve evitar: frutas como morangos, cerejas, uvas, ameixas, pêssegos e outras de casca fina, quando não cozidas (frutas em calda e compotas enlatadas podem ser utilizadas se for em dose única); saladas cruas de alface, tomate, rúcula, espinafres, couve, etc.; ervas aromáticas colocadas depois dos alimentos terem sido cozinhados; frutos secos, como nozes ou amêndoas, e especiarias em pó, como a pimenta e a noz-moscada; produtos de salsicharia, charcutaria e mariscos; queijos de pasta mole; gaspacho e outras sopas frias.
- Em caso de mucosite induzida pela quimioterapia: referir alimentos macios, fáceis de mastigar; optar por comer os alimentos/bebidas frios ou à temperatura ambiente; utilizar uma palhinha para ingerir os líquidos; evitar comida rugosa, dura ou muito seca (batatas fritas, tostas, arroz seco, bolachas de água e sal, nozes, avelãs...); evitar alimentos salgados e pratos muito condimentados (com alho, pimenta, piri-piri, caril, chili, noz moscada); evitar alimentos e bebidas ácidos (pickles ou outros alimentos com vinagre, tomate ou comidas à base do mesmo, ananás, kiwis, citrinos; evitar bebidas alcoólicas.

#### 4.8. Síntese relativa ao caso

Neste subcapítulo encontra-se explanado o processo de enfermagem desenvolvido ao longo dos contactos com a doente. Tem como principal objetivo complementar o processo de decisão, com base nos referenciais teóricos mencionados.

Este caso clínico diz respeito a uma doente com diagnóstico de LNH DGCB, internada para infusão de células CAR-T. Previamente autónoma nas atividades de vida diária. Apresenta labilidade emocional, alternando períodos de riso com períodos de tristeza, que associa ao facto de ter perdido o marido há seis meses e ao facto de estar internada. Iniciou QT de linfodepleção e no primeiro contacto com a doente esta encontrava-se no dia -3 de QT (3º dia que antecede a infusão de células CAR-T). O caso clínico resulta dos seguintes contactos com a doente: dois no dia 14/10/2023; um no dia 15/10/2023; um no dia 17/10/2023; e dois no dia 20/10/2023.

• **Primeiro contacto (14/10/2023)**

No primeiro contacto, incidi a recolha de dados relativamente aos processos corporais. Determinei como focos da minha atenção: Sensações somáticas; Apetite; Sistema respiratório; Digestão; Eliminação intestinal; Pele e mucosas; Termorregulação; Volume de Líquidos; Sono; Conservação de energia; Emoção; Sondas, Drenos e Cateteres; e Sistema cardiovascular. Da recolha de dados nestes domínios surgiram focos de atenção, que determinaram a implementação de intervenções no âmbito do avaliar a evolução:

- Sensações somáticas (sinais de dor);
- Ventilação;
- Integridade dos tecidos;
- Temperatura corporal;
- Sinais de edema;
- Tolerância à atividade;
- Sinais de complicações relacionadas com o cateter central;
- Tensão arterial.

Mediante a recolha de dados nos diferentes contactos com a doente, qualquer um destes focos poderia evoluir para diagnóstico se houvesse uma alteração da condição.

No primeiro contacto, como diagnósticos, surgiram: apetite comprometido, náusea, obstipação, sono comprometido e humor depressivo.

Perante estes diagnósticos, o meu objetivo enquanto enfermeira foi determinar a evolução e delinear intervenções terapêuticas.

No que respeita ao sono, para além de se pretender uma melhoria do padrão de sono, foi importante compreender se a doente tinha conhecimento sobre estratégias para a promoção do mesmo. Pela recolha de dados, constatei que este conhecimento era insuficiente, mas existia, por parte da doente, disponibilidade para a aprendizagem. A doente associava o sentir-se mais triste e nauseada aos dias em que dormia pior. Assim, surgiu o diagnóstico "Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono", sendo que ensinei à doente estratégias de promoção de sono.

Relativamente à náusea, foi importante promover o seu autocontrolo, porém no primeiro contacto a doente referiu não estar disponível para aprender.

• **Segundo contacto (14/10/2023)**

Neste contacto foi possível intervir em relação ao "Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea". Ensinei à doente possíveis estratégias que poderia adotar no internamento e no domicílio para aliviar a náusea; bem como a ensinei a gerir o ambiente físico, o qual tem uma forte influência na náusea.

• **Terceiro contacto (15/10/2023)**

Constatei que a doente já possuía conhecimento sobre as estratégias para a promoção do sono e efetivamente implementou as estratégias sugeridas, pelo que foi possível dar termo a este diagnóstico.

Também já possuía conhecimentos ao nível das estratégias de alívio da náusea, pelo que se deu termo ao diagnóstico "Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea". A doente colocou em prática a técnica de respiração e a gestão do ambiente físico, nomeadamente no que toca à luminosidade e odores.

Do dia 14 para o dia 15, a doente teve um aumento ponderal de 900 gramas, com sinal de godet positivo grau I, bilateralmente, a nível dos pés. Com estes dados foi possível identificar o diagnóstico "Edema". Os principais objetivos foram: determinar a evolução dos sinais de edema, através da evolução desses mesmos sinais, da evolução da ingestão e da evolução da eliminação; e diminuir o edema, recorrendo ao posicionamento para diminuir o edema, à gestão da hidratação e à massagem linfática dos membros inferiores.

• **Quarto contacto (17/10/2023)**

Neste contacto surgiram outros domínios, nomeadamente: função motora fina; condução elétrica cerebral; comunicação verbal; memória; e sensações somáticas, pois neste dia a doente foi submetida à infusão das células CAR-T.

Nenhum destes domínios deu origem a diagnóstico, determinando apenas focos da minha atenção, nomeadamente: destreza manual, crise convulsiva, expressão e compreensão das mensagens, orientação e prurido.

Neste contacto, após a recolha de dados sobre o apetite, percebi que este tinha melhorado, pelo que se deu termo ao diagnóstico "Apetite comprometido".

Também o padrão de eliminação intestinal sofreu alterações. O trânsito intestinal já se encontrava restabelecido, com fezes de características normais.

O humor da doente, neste contacto, encontrava-se ligeiramente melhorado: já não apresentava um discurso de desesperança e pessimismo em relação ao futuro, nem discurso arrastado, com tom de voz baixa. No entanto, mantinha-se triste.

• **Quinto contacto (20/10/2023)**

Neste contacto, tanto o edema como a obstipação ficaram resolvidos, dando-se termos aos diagnósticos.

A doente referiu ter dormido cerca de 8h durante o período noturno e que o sono foi reparador. Esta evolução no padrão de sono justifica o termo do diagnóstico "Sono comprometido".

Relativamente ao humor, esta já não se encontrava triste, mencionando que "o tratamento estava a correr bem" e tinha "esperança no futuro".

Na ausência de intercorrências, a doente tinha a alta programada dentro de uma semana, o que a deixou motivada para a ação relativamente à gestão da sua saúde. Assim, surgiu um novo domínio: autogestão do regime medicamentoso.

Através da recolha de dados, concluí que havia um compromisso ao nível da autogestão do regime medicamentoso, por falta de conhecimentos, surgindo o diagnóstico "Autogestão do regime medicamentoso comprometida". Perante isto, tornou-se necessário capacitar a doente; como esta se encontrava disponível para aprender, surgiu o diagnóstico "Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso". Tendo em conta a medicação que a doente levaria prescrita na alta (aciclovir e levetiracetam), realizei os ensinamentos em relação à administração da medicação, indicações, contraindicações, efeitos secundários e aspetos que poderiam ser relevantes, de forma a capacitar a doente para a autogestão.

#### • **Sexto contacto (20/10/2023)**

Foi importante compreender aquilo que a doente sabia sobre as especificações do regime dietético, identificando-se falta de conhecimento.

Como já foi referido, o doente onco-hematológico não tem de ser submetido a um regime dietético específico, porém, tem de adquirir conhecimento e capacidade que lhe permitam ajustar a dieta mediante os sintomas que possam surgir relacionados com o tratamento, bem como ajustar a dieta no período de nadir. Posto isto, surgiu o diagnóstico "Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético", cujo objetivo foi promover a autogestão deste regime.

Após os vários contactos com a doente, foi perceptível que esta foi adquirindo competências que contribuíram para a sua adaptação à doença e integração de uma nova identidade.

Em contactos posteriores seria importante avaliar a evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético e avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso, de forma a compreender se a doente estava preparada para a autogestão no domicílio; bem como a capacidade para gerir o regime medicamentoso. Outro aspeto indispensável seria avaliar a autoeficácia da doente para gerir o regime medicamentoso e o regime dietético, pois esta poderá interferir com todo o processo de autogestão do regime terapêutico.

Para além disso, num contacto seguinte seria também importante, avaliar o conhecimento da doente relativamente ao regime de isolamento inerente à neutropenia induzida pela QT e, na eventualidade de haver lacunas de conhecimento neste âmbito, intervir a nível da educação de forma a evitar possíveis infeções no período de regresso a casa.

De salientar que todos os ensinios realizados tiveram em consideração a individualidade da doente, sendo o discurso ajustado de forma a permitir uma compreensão total do que estava a ser ensinado. Para além disso, os ensinios realizados alicerçaram-se na informoterapia, ou seja, a transmissão oportuna da informação, com base nos seguintes princípios: informação certa, para a pessoa certa e no momento certo (Magalhães, 2013).



## **5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Atualmente deparamo-nos com a crescente complexidade dos cuidados de enfermagem, implicando que os enfermeiros invistam na aquisição de competências especializadas, procurando assegurar cuidados de excelência.

Como já referido, o EE é o profissional de enfermagem detentor de competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados especializados (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4744).

Conforme mencionado na introdução deste relatório, elaborei um projeto para o desenvolvimento das competências de especialista, cujos objetivos foram definidos de acordo com as competências transversais dos EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica e as competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Assim, o objetivo geral do projeto em questão é: Desenvolver competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica em pessoas e cuidadores a realizar programa de QT. Por sua vez, os objetivos específicos são: Desenvolver capacidades de identificação das necessidades da pessoa e cuidadores; Desenvolver capacidades para a implementação de intervenções especializadas, junto da pessoa e cuidadores; Desenvolver capacidades para a implementação de procedimentos de prevenção e de controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos; Desenvolver capacidades de avaliação dos resultados das intervenções implementadas; Desenvolver capacidades para a gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença; Desenvolver capacidades de gestão dos ambientes onde ocorrem os processos terapêuticos; Desenvolver capacidades para promoção de estratégias de prevenção do risco clínico e não clínico.

Nos subcapítulos que se seguem será realizada uma reflexão crítica das competências desenvolvida, com base no projeto elaborado. Inicialmente serão abordadas as competências comuns do EE e, posteriormente, as competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

## **5.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista**

A competência em enfermagem reporta-se à capacidade para a execução de uma determinada tarefa, sob variáveis condições e em diferentes contextos; entendendo-se como elemento-chave na qualidade e segurança dos cuidados (Costa & Gaspar, 2017). Por sua vez, o domínio de competências corresponde à esfera de atuação, incluindo o “conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Regulamento n.º 140/2019, pp. 4745).

Segundo consta no Regulamento n.º 140/2019, as competências comuns são partilhadas por todos os profissionais de enfermagem especialistas e evidenciadas a partir da capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e pelo investimento nas áreas da formação, investigação e assessoria.

Os Domínios das Competências Comuns do EE são: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estes domínios são transversais a todos os EE.

### **5.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

A Enfermagem é regulada pelo Código Deontológico do Enfermeiro e pelo Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 2015). O profissional de enfermagem tem direitos e deveres decorrentes da sua prática profissional, sendo responsabilizado por qualquer decisão e prática que realize. Este deve respeitar a vida, a dignidade humana e o bem comum dos doentes e promover uma cultura de cuidados segura e compreensiva.

Durante os estágios priorizei a individualidade de cada doente e familiar, baseando a minha prática na deontologia e ética da profissão. Os princípios da autonomia, da justiça, da beneficência e da não maleficência orientaram a minha prática clínica. Desta forma, prestei cuidados dirigidos para a capacitação do doente, promovendo a sua autonomia. Para além disso, e atendendo ao princípio da justiça, agi de igual forma perante situações idênticas, não descurando a individualidade e especificidade de cada doente. Enquanto futura EE priorizei o direito do doente à autodeterminação e o envolvimento em todo o processo.

Outras questões ético-legais que devem ser consideradas durante a prestação de cuidados são

a privacidade do doente e a confidencialidade dos dados. Considerando as características físicas dos serviços, em ambos os contextos de estágio, nem sempre foi fácil garantir a privacidade do doente e familiar. Por conseguinte, adotei estratégias de forma a minimizar este constrangimento, nomeadamente, correr a cortina ou encaminhar o doente para outra sala. Além disso, utilizei a informação sensível apenas para fins académicos e profissionais, garantindo a confidencialidade dos dados recolhidos.

Paralelamente, garanti que a informação relativa aos cuidados de enfermagem era disponibilizada ao doente e ao familiar da melhor forma e no momento certo, possibilitando uma tomada de decisão informada e consciente. Não obstante, antes de realizar qualquer procedimento expliquei-o ao doente e disponibilizei-me para o esclarecimento de dúvidas, pois mediante a informação prestada, o doente tem o direito de aceitar ou recusar os cuidados.

### **5.1.2. Domínio da Melhoria Continua de Qualidade**

Segundo o Despacho n.º 5613/2015, a qualidade e segurança associada aos sistemas de saúde conduzem à diminuição de riscos evitáveis; à melhoria do acesso aos cuidados; e à inovação, equidade e respeito na prestação dos cuidados. Assim sendo, constituem-se um dever ético. Adicionalmente, segundo o Código Deontológico dos Enfermeiros (2015), o Enfermeiro tem o dever de garantir a excelência do seu exercício. As competências comuns do EE no domínio da melhoria da qualidade são: dinamizar o desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria continua; e garantir um ambiente terapêutico e seguro (Regulamento n.º 140/2019).

A OE (2001) define seis princípios orientadores da qualidade dos cuidados: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e o autocuidado; a readaptação funcional; e a organização dos cuidados. Em concordância com os princípios referidos, reforça-se que a qualidade em saúde se relaciona com a satisfação das necessidades do consumidor; o envolvimento no processo de saúde de todos os membros da organização; a procura constante da melhoria do serviço; e a eficiência do serviço e com experiência do cliente (Pereira, 2021). Por sua vez, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 estabelece como pilares: a cultura de segurança; a liderança e governança; a comunicação; a prevenção e gestão de incidentes de segurança; e a implementação de práticas seguras em ambientes seguros (Lebre *et al.*, 2022).

Durante os estágios, foi-me concedida a oportunidade de desenvolver competências numa

cultura organizacional de melhoria contínua. Procurei corresponder às necessidades de cuidados dos doentes e familiares, respeitando-os como seres biopsicossociais e espirituais, fomentando uma relação terapêutica. Desta forma, envolvi o doente e familiares na cultura de segurança, através da promoção da literacia em saúde.

Outro aspeto trabalhado neste domínio foi a comunicação. Esta define-se como um processo dinâmico, complexo, permanente e inevitável, através do qual dois indivíduos transmitem e recebem informação. Na área da saúde, especialmente na enfermagem, a comunicação é fundamental, pela necessária e constante interação com os doentes e os familiares (Sequeira, 2016). Na comunicação entre o enfermeiro e o doente/familiar, é imprescindível que fique claro o papel inerente a cada uma das pessoas envolvidas no processo. Neste sentido, durante os estágios, apresentei-me e clarifiquei a minha função, assumindo, de imediato a responsabilidade inerente ao papel que desempenho. Segundo Sequeira, Coelho e Gamez (2016, pp. 87), comunicar faz parte das componentes básicas “dos cuidados de saúde, da educação em saúde, da mudança comportamental (...)”, constituindo-se um importante indicador da qualidade dos cuidados. Em concordância com o referido, em todo o processo do cuidar, promovi uma comunicação objetiva e clara, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. O facto de a instituição onde estagiei promover práticas de melhoria da comunicação no processo de transferência de cuidados, facilitou-me o desenvolvimento de competências nesta área. Assim, pude garantir um ambiente terapêutico seguro, no que concerne à transmissão de informação, através da sistematização da mesma, seguindo a técnica ISBAR já mencionada no presente relatório.

Para além do já referido, é importante destacar que, relacionada com a melhoria contínua da qualidade, surge a humanização dos cuidados. Esta traduz-se num valor básico na conquista da excelência dos cuidados, melhorando a qualidade no atendimento do doente e nas condições de trabalho. A humanização foi o ponto de partida para a elaboração da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes e, mais tarde, a Carta dos Direitos do Doente Internado (Morgado, Carvalho & Vilhena, 2018), com o objetivo de atingir a máxima qualidade dos cuidados prestados e garantir a segurança do doente. Posto isto, durante o estágios, prestei cuidados humanizados, tendo por base a empatia, o respeito pela dignidade e individualidade, e colocando o doente no centro da minha atenção.

A humanização dos cuidados é uma área que, também, se pode inserir no domínio acima descrito, uma vez que, humanizar os cuidados vai de encontro ao direito que o doente tem à autonomia e de respeito da sua dignidade e individualidade.

### **5.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados**

Neste domínio, compete ao EE gerir os cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas (Regulamento n.º 140/2019).

O enfermeiro, enquanto gestor de cuidados, tem o dever de planear, organizar, implementar e avaliar os cuidados de enfermagem. Para além disso, tem o poder de delegar funções naqueles que dependem deles funcionalmente, desde que essa pessoa possua a preparação necessária para desempenhar a tarefa, e tendo em consideração o grau de dependência do doente nos cuidados (REPE, 2015). Ao delegar funções o enfermeiro tem o dever de orientar e supervisionar a realização da tarefa, mantendo a responsabilidade pela tarefa desempenhada. Outra característica que se espera de um enfermeiro gestor dos cuidados é a capacidade de tomada de decisão, sendo que este é um processo complexo, que visa dar resposta às necessidades dos doentes (Lourenço *et al.*, 2022).

Refletindo sobre os estágios, posso referir que, no serviço de Onco-Hematologia, uma das tarefas delegada aos assistentes operacionais é a limpeza e preparação das unidades dos doentes na admissão e na alta. Sempre que os EE delegaram esta função, supervisionaram a sua execução, garantindo a qualidade da mesma.

De referir que, durante a gestão dos cuidados, baseei toda a minha prática no processo de enfermagem, identificando e priorizando as necessidades do doente, através da recolha de dados, estabelecendo objetivos, e definindo um plano de cuidados em parceria com o doente. Após implementar as intervenções, avaliei a efetividade das mesmas e, sempre que necessário, ajustei o plano. Documentei todo o processo, conforme estabelecido no processo de enfermagem.

Outra competência que desenvolvi neste âmbito foi a gestão de tempo. A gestão de tempo vai para além do controlo das horas dedicadas aos cuidados. Gerir o tempo implica tomar decisões e definir prioridades. Nos estágios, tive muitas vezes de distinguir aquilo que eram cuidados urgentes, daquilo que eram cuidados importantes, para conseguir dar resposta a todas as necessidades dos doentes.

Quero destacar que ambas as enfermeiras orientadoras marcaram a diferença na prestação de cuidados e na relação com os pares e restante equipa multidisciplinar, fomentando um ambiente positivo e favorável à prestação de cuidados. Foi perceptível para mim a importância que a liderança assume na otimização dos cuidados, especialmente em situações urgentes e emergentes, nas quais se exige uma rápida e eficaz atuação.

#### 5.1.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais

Neste âmbito, o EE deve desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; e basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

A enfermagem é uma área de atuação que implica uma constante procura de atualização de conhecimentos, uma vez que, os conhecimentos que detém na sua base são mutáveis e evoluem ao longo do tempo. O processo de desenvolvimento das aprendizagens dos enfermeiros deve ser contínuo e dinâmico, implicando muito investimento pessoal em formações e procura de evidência científica atualizada.

Na base da atualização de conhecimentos decidi frequentar o presente mestrado, sendo que, quando me inscrevi trabalhava num serviço de medicina oncológica há cerca de um ano e meio e senti que deveria aprofundar conhecimentos na área do doente crónico, na qual o doente oncológico se insere. Em adição, frequentei a Formação Básica de Enfermagem Oncológica, sempre com o intuito de atingir a excelência nos cuidados a esta população.

Para além do mencionado, participei numa formação dinamizada pela instituição onde estagiei, intitulada “Segurança e Saúde no Trabalho com Substâncias Citotóxicas”, pois durante os estágios manipulei várias vezes citotóxicos, que implicam um manuseio preciso e adequado, de forma a garantir a minha segurança e a segurança do doente. Frequentar esta formação, levou-me a refletir sobre aquilo que eram as práticas diárias dos enfermeiros, onde eu me incluo, na manipulação dos citotóxicos. Por vezes, os enfermeiros descumiram determinados procedimentos, nomeadamente na manipulação e administração de citotóxicos, colocando a própria saúde em risco. Assim, justifica-se que apostemos em formações e numa prática baseada na evidência, especialmente quando lidamos diariamente com a vida de terceiros e com procedimentos que facilmente nos colocam em risco, adotando comportamentos seguros.

De facto, quando promovemos uma prática baseada na evidência e dominamos a área em que trabalhamos, prestamos cuidados diferenciados, mas também cuidados seguros, e essa segurança é percebida pelo próprio doente.

Tendo por base este domínio, desenvolvi pesquisas mais aprofundadas, designadamente nas bases de dados MEDLINE, google académico e CINAHL, sobre os temas abordados ao longo deste relatório. Desenvolvi pesquisa essencialmente nos seguintes temas: dados que devem ser recolhidos relativamente à autogestão de sintomas induzidos pela QT; impacto dos sintomas induzidos pela QT na QV e bem-estar; estratégias para a promoção da autogestão dos sintomas induzidos pela QT; fatores dificultadores para a autogestão de sintomas induzidos pela QT; regime terapêutico da pessoa em programa de QT; alterações e incapacidades impostas pelos sintomas induzidos pela QT; e adesão ao regime terapêutico da pessoa em programa de QT. O

conhecimento desenvolvido durante estas pesquisas permitiu-me prestar cuidados alicerçados na melhor evidência científica.

Adicionalmente, investi em momentos de reflexão pessoal e profissional, participando ativamente nas orientações tutoriais e nas reuniões com os orientadores do projeto.

## **5.2. Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica**

A vulnerabilidade da pessoa a viver uma doença crónica, ainda mais se for oncológica, implica que os enfermeiros adquiram competências especializadas para garantir a sua segurança e a excelência dos cuidados prestados. Os cuidados especializados à pessoa em situação crónica envolvem “prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico” (Regulamento n.º 429/2018, pp. 19368). Fazem parte das competências específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica: cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica; e maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica” (Regulamento n.º 429/2018).

Como já referido, debrucei-me sobre um tema específico para o desenvolvimento deste projeto: o cuidado especializado ao doente e cuidadores em programa de QT.

Uma das características mais particulares da QT é a atuação indistinta em células malignas e células saudáveis, envolvendo graus distintos de toxicidade para estas últimas (Freire, 2014). Com a evolução da ciência e da tecnologia, os tratamentos antineoplásicos apresentam-se cada vez mais sensíveis e específicos, contudo, mantêm um grande impacto na vida do doente pelos sintomas de toxicidade subjacentes (Sousa *et al.*, 2020), pelo que a gestão de sinais e sintomas faz parte das boas práticas dos cuidados de enfermagem.

Como se percebe, o tratamento quimioterápico pode afetar a pessoa em diversas dimensões, nomeadamente, física, psicológica, social e emocional. Todas as alterações vivenciadas pelo doente submetido a programa de QT podem afetar a QV, as expectativas futuras e a autogestão do regime terapêutico, implicando mudanças no projeto de saúde (Parreira, 2014), o que justifica um acompanhamento especializado por parte da equipa de enfermagem.

Nos subcapítulos que se seguem realizo uma reflexão crítica das competências específicas na área supracitada e como as desenvolvi durante os estágios, tendo por base o projeto de

desenvolvimento de competências elaborado no Módulo I do mestrado.

### **5.2.1. Desenvolver capacidades de identificação das necessidades da pessoa e cuidadores**

A avaliação das necessidades da pessoa é um momento fundamental na cultura de cuidados centrada no doente (Magalhães *et al.*, 2020). Partindo deste ponto, e alicerçado numa das atividades por mim propostas para alcançar este objetivo, desenvolvi pesquisa de evidência científica, com recurso às bases de dados Google Académico e PubMed, relativamente aos dados que o enfermeiro deve recolher sobre as necessidades dos doentes no processo de autogestão dos sintomas induzidos pela QT, bem como o impacto que esses mesmos sintomas têm na QV e bem-estar dos doentes e familiares.

A pessoa submetida a QT poderá experienciar sintomas e, por isso, deve estar preparada para a sua autogestão, especialmente na atualidade, em que se assiste a uma transição da realização da QT em contexto de internamento, para a realização da QT em regime de ambulatório. Por conseguinte, o doente poderá experienciar os sintomas no domicílio (Rafael *et al.*, 2021). A literatura aponta que para o doente poder autogerir os sintomas induzidos pela QT tem de possuir habilidades e conhecimentos (Silva, 2019), nomeadamente no que concerne à identificação precoce dos sintomas, bem como à automonitorização da sua intensidade e a sua evolução ao longo do tempo. Segundo Magalhães e colaboradores (2019), o doente oncológico precisa de desenvolver a capacidade de tomada de decisão no que concerne à mudança de comportamentos subjacente à transição de um estado de saúde para um estado de doença. Defendem, ainda, a importância de se identificarem as barreiras à autogestão dos sintomas, bem como as experiências e vivências dos doentes.

Magalhães e colaboradores (2020), atribuem uma grande importância à recolha de dados sobre o significado que o doente atribui à doença e ao tratamento, na medida que estes influenciam fortemente a forma como o doente vai autogerir os sintomas associados à QT e a QV. Cabe ao EE recolher dados com o objetivo de compreender se o doente está empoderado nesse sentido ou se necessita de intervenção, tornando-o um parceiro ativo dos cuidados.

De facto, a QV é um conceito multidimensional, que se relaciona com a doença crónica. Define-se pelo estado de satisfação decorrente do potencial do indivíduo e resulta de uma combinação de aspetos objetivos e subjetivos, nomeadamente: bem-estar físico, bem-estar material, bem-estar social e bem-estar emocional. Esta pode ter interferência em aspetos relacionados com a saúde física e mental (Ruidiaz-Gómez & Cacante-Caballero, 2021).

Neste sentido, os sintomas induzidos pela QT podem ter forte impacto na QV dos doentes,

interferindo com as suas expectativas futuras. A avaliação da QV dos doentes submetidos a programa de QT é importante, pois permitirá ao EE planejar as suas intervenções minimizando os sintomas experienciados (Silveira *et al.*, 2021). Os dados que surgem da avaliação da QV nestes doentes podem ajudar a delinear estratégias que visem a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e os doentes, a tomada de decisão partilhada e a promoção de saúde (Moreira *et al.*, 2021).

Moreira e colaboradores (2021), concluíram que os sintomas induzidos pela QT, como as náuseas, os vômitos e a diarreia, podem ter um impacto negativo na QV dos doentes oncológicos. Porém, apesar da deterioração física provocada pelos sintomas, a QT em si tem um efeito positivo no bem-estar emocional de alguns doentes, já que a consideram a sua “única opção de sobrevivência” e por atribuírem à QT um significado de cura.

Durante o processo de transição saúde-doença vivenciado pelo doente oncológico em programa de QT, existem fatores que poderão influenciar positiva ou negativamente o curso dessa mesma transição, a autogestão da doença e do regime terapêutico (Bastos, 2013). Tal como evidenciado na Teoria das Transições, o significado é um desses fatores. De acordo com a forma como os significados são entendidos podem interferir com a resposta ao diagnóstico e ao tratamento e influenciar a QV e a própria autogestão dos sintomas associados à QT (Magalhães *et al.*, 2020), podendo constituir-se como fatores facilitadores ou inibidores da transição (Brito, 2012).

Durante os estágios de natureza profissional esforcei-me por compreender como é que os significados atribuídos à doença, ao tratamento, à autogestão do regime terapêutico e à autogestão dos sintomas induzidos pela QT podem influenciar o processo de transição. Em primeira instância, observei as enfermeiras orientadoras na recolha dos dados nessa área e, posteriormente, procurei eu recolher esses dados, o que permitiu aumentar a minha experiência e confiança nesse sentido.

Para além disso, foram criados momentos de discussão sobre a recolha de dados dos significados, com as enfermeiras orientadoras, e concluiu-se que, pela subjetividade que lhe está inerente, esta tarefa não é fácil e não há uma forma sistematizada de o fazer. De destacar que, ficou claro para mim, que se um doente que experiencia um determinado sintoma atribui um significado de desvalorização à autogestão desse mesmo sintoma, tornar-se-á difícil que este se envolva na autogestão. Assim, é necessário numa primeira fase desmistificar e alterar esse significado para que, mais tarde, se possa empoderar e capacitar.

No seguimento do que foi referido, considere importante a elaboração de um guia orientador para a recolha de dados centrada na autogestão dos sintomas (ANEXO 1), baseado na evidência científica mais recente. Após a validação do guia com as enfermeiras tutoras e os professores orientadores, treinei a recolha de dados centrada na autogestão dos sintomas com base no mesmo. Concluí que a sua utilização permite uma recolha de dados mais sistematizada e

orientada e, conseqüentemente, planejar os cuidados e orientar as intervenções de uma forma mais profícua.

### **5.2.2. Desenvolver capacidades para a implementação de intervenções especializadas, junto da pessoa e cuidadores**

Para o desenvolvimento da competência supracitada considerei indispensável realizar uma pesquisa da evidência científica disponível sobre as estratégias que os EE devem implementar para a promoção da autogestão dos sintomas induzidos pela QT, através das bases de dados MEDLINE, google académico e CINAHL, utilizando como palavras-chave "estratégias", "promoção da autogestão" e "sintomas induzidos pela QT", tal como previamente delineado no projeto.

Antes de mais, destaca-se que estratégias eficazes para a promoção da autogestão podem melhorar os resultados a curto e longo prazo relacionados com a QV do doente e reduzir os custos em saúde (Linder et al., 2017). Para Prutipinyo, Maikeow e Sirichotiratana (2012), educar é uma das estratégias que promove a autogestão e faz parte das principais intervenções autónomas do enfermeiro. Esta educação deve basear-se na informoterapia e, enquanto especialista, o enfermeiro deve ser criativo o suficiente para encontrar uma estratégia de educação que cativa e motive o doente para a autogestão. Segundo Shi e colaboradores (2023), outras das estratégias que podem ser utilizadas na promoção da autogestão são orientar e aconselhar. O EE deve educar o doente oncológico explicando de uma forma breve e adequada a fisiopatologia dos sintomas, de maneira que estes possam compreendê-los e aceitá-los. Esta abordagem é essencial para impulsionar a autogestão dos sintomas induzidos pela QT (Magalhães et al., 2020).

Atualmente, tem-se apostado muito nas novas tecnologias como estratégia educacional dos doentes. Temos ao dispor sistemas de tecnologia e-Health e m-health. As tecnologias e-Health dizem respeito a redes de comunicação e informação, que visam melhorar a gestão da informação dos processos clínicos e dos cuidados ao doente e otimizar os custos em saúde (Lumini, Fernandes & Sousa, 2021); por outras palavras, a tecnologia e-Health propõe-se a estabelecer um novo tipo de relacionamento entre os doentes e os profissionais de saúde, baseando-se na partilha de informação e decisões (Amorim, 2014). Por sua vez, a m-Health, também conhecida por saúde móvel, corresponde à utilização de dispositivos móveis para incrementar comportamentos de saúde e promover cuidados de saúde personalizados, resultando numa melhoria da qualidade dos mesmos (Duque, 2017; Shi et al., 2022).

Nesta ótica, em Portugal, surgiu o projeto "iGestSaúde: Aplicativo de autogestão da doença crónica", no módulo QT. Este projeto está inscrito no NursID, do CINTESIS@RISE, e foi desenvolvido por Santos e colaboradores, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, em parceria com a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa, com o objetivo de criar uma aplicação para *smartphone* que suporta a autogestão da doença crónica, compreendendo orientações terapêuticas de suporte à autogestão dos sintomas (Sousa *et al.* 2020).

Durante os estágios, reuni com uma das enfermeiras responsável pela implementação do projeto no hospital onde estagiei, com o objetivo de compreender o funcionamento da aplicação. É uma aplicação com bastante interesse na medida em que permite um contacto rápido e de proximidade entre o doente oncológico e o enfermeiro de referência, permitindo uma intervenção rápida e ajustada e, ainda, fomenta o sentido de autogestão do doente, fazendo com que esteja atento a questões indispensáveis no que diz respeito aos sintomas induzidos pela QT. Apesar de não poder utilizar a aplicação desenvolvida no projeto supracitado, enquanto futura EE, tive oportunidade de ensinar o doente sobre os seus sintomas e sobre a autogestão dos mesmos, através de uma intervenção individualizada. Numa primeira instância quis compreender se os doentes estavam a experienciar algum sintoma; na presença deste, foi importante perceber que conhecimento o doente tinha sobre o mesmo e as competências para a autogestão que possuía. Desta forma, implementei intervenções especializadas para a capacitação do doente. Porém, é de destacar que a autogestão dos sintomas induzidos pela QT pode ser um processo complexo e stressante e, por isso, durante todos os contactos com os doentes, valorizei o seu potencial e disponibilizei estratégias para que estes se tornassem *expert* na autogestão, caminhando para a mestria.

Como já foi referido neste relatório, a autoeficácia encontra-se relacionada com a autogestão e é extremamente complexo trabalhá-la se o doente não tiver conhecimento e capacidade para a autogestão. Assim, numa primeira instância, incidi as minhas intervenções no âmbito dos conhecimentos e capacidades nesta área e, posteriormente, na autoeficácia.

Considerarei importante estudar quais são os principais obstáculos para a autogestão dos sintomas induzidos pela QT, sendo estes: os próprios sintomas, pela interferência na condição física e/ou emocional; a sensação de perda de controlo da vida; a incerteza do futuro (Magalhães *et al.*, 2020); a ausência de uma rede de suporte social; a ausência de informação; o desconhecimento da sua situação; e as dificuldades financeiras (Magalhães, 2020). Tendo como exemplo o segundo caso clínico desenvolvido no presente relatório, foi evidente que a náusea interferiu com a disponibilidade da doente para aprender estratégias de promoção da autogestão, pelo que, inicialmente a minha intervenção se baseou no controlo da náusea e, posteriormente, na capacitação da doente para a autogestão.

Para além do mencionado, uma das atividades que desenvolvi para a aquisição desta competência foi a elaboração de planos de cuidados alicerçados na adaptação à transição

vivenciada pelo doente, fundamentando as intervenções na melhor evidência científica disponível.

### **5.2.3. Desenvolver capacidades para a gestão dos processos terapêuticos em resposta à transição e adaptação à doença**

Como já tem vindo a ser referido ao longo do relatório, os sintomas induzidos pela QT podem interferir com a capacidade funcional do doente e com a sua QV. Assim, os doentes que experimentam sintomas induzidos pela QT podem ver reduzida a possibilidade de conseguir um emprego ou retomar o emprego antigo. De uma forma abrangente, os sintomas podem afetar o desenvolvimento dos papéis pessoais e profissionais, comprometendo a qualidade e a organização das atividades quotidianas, laborais e familiares. A fadiga sentida pelo doente pode conduzir à diminuição das atividades de autocuidado e da autoestima (Pedroso *et al.*, 2021). Para além disso, as náuseas e vómitos e a diminuição do apetite podem levar ao risco nutricional do doente.

Quando um doente inicia o programa de QT encontra-se num processo de transição, podendo apresentar um défice de conhecimentos relativamente à mesma e não estar capacitado para a autogestão.

Neste sentido, durante este processo, as intervenções especializadas de enfermagem estão direcionadas para a capacitação do doente para: a prevenção de complicações, o desenvolvimento de competências de autocuidado e a autogestão do regime terapêutico (Ferreira, 2015).

Acresce, ainda, o facto de o regime terapêutico dos doentes em programa de QT ser complexo, sendo a adesão ao mesmo imprescindível para que se evidenciem resultados efetivos em saúde (Oliveira *et al.*, 2023).

De facto, é difícil falar do regime terapêutico sem abordar a adesão. Esta pode ser definida como o grau de correspondência entre as recomendações dos profissionais de saúde e o comportamento do doente no que respeita ao regime terapêutico.

São diversos os fatores que podem influenciar a adesão ao regime terapêutico: fatores económicos, sociais e culturais; fatores relacionados com os serviços e os profissionais de saúde; fatores relacionados com a doença de base e comorbilidades; fatores relacionados com o tratamento; e fatores relacionados com o próprio doente (Dias *et al.*, 2011).

A adesão e a autogestão foram alvo da minha atenção na prática clínica, levando-me a delinear planos de cuidados alicerçados nestes focos e promovendo comportamentos que conduzissem a uma transição saudável.

Em ambos os casos clínicos desenvolvidos neste relatório as doentes tinham necessidades em relação à gestão do regime terapêutico, nomeadamente, o medicamentoso e o dietético. Assim, recolhi dados para aferir os conhecimentos e capacidades nestas áreas e, posteriormente, dirigi a minha intervenção para a capacitação de ambas. De salientar que, pela evolução percebida no

comportamento das doentes, principalmente no que diz respeito à aquisição de novas competências, concluí que estavam a vivenciar um processo de transição saudável.

#### **5.2.4. Desenvolver capacidades de avaliação dos resultados das intervenções implementadas**

Para podermos avaliar o resultado das intervenções implementadas e, conseqüentemente, ganhos em saúde, recorreremos a indicadores em saúde. Estes são unidades de medida utilizados com o objetivo de avaliar a assistência em saúde (Ferreira, 2015).

Donabedian (2003) criou um modelo que contempla três tipos de indicadores: os de estrutura, os de processo e os de resultado. Neste modelo, os indicadores de estrutura dizem respeito às condições necessárias para os cuidados (área física, recursos humanos, recursos materiais e financeiros, sistemas de informação e condições organizacionais); os de processo, incluem o reconhecimento de problemas, os métodos de diagnóstico e os cuidados prestados; por fim, os de resultado abarcam as conseqüências dos cuidados prestados, ou da sua falta, considerando mudanças comportamentais e de conhecimento e a satisfação do doente e do profissional. Por outras palavras, os indicadores de resultado são aqueles que permitem perceber se o diagnóstico identificado se mantém ou não; e se o doente terminou o processo de transição ou não (Santos *et al.*, 2023). Considerando-se o referido, para a enfermagem é fundamental criarem-se indicadores sensíveis às intervenções autónomas da profissão.

Tendo em consideração o foco autogestão do regime terapêutico, podemos elaborar os seguintes indicadores: ganhos em conhecimento/capacidade para gerir o regime dietético; ganhos em conhecimento/capacidade para gerir o regime medicamentoso; ganhos em conhecimento/capacidade para gerir o regime de exercício, entre outros.

Durante a minha prática nos estágios profissionais elaborei, essencialmente, indicadores de resultado de forma a, posteriormente, avaliar a eficácia das intervenções implementadas e a qualidade dos cuidados prestados. Alguns dos indicadores de resultado que considerei, tendo por base a Teoria das Transições (Meleis, 2010), foram a mestria e a integração fluída da identidade. Em relação à mestria, tentei compreender se o doente tinha desenvolvido novas competências para gerir a sua situação atual; por sua vez, no que diz respeito à integração fluída da identidade, identifiquei se a pessoa reformulou a sua identidade, incorporando a eventual mudança de papéis.

### **5.2.5. Desenvolver capacidades para a implementação de procedimentos de prevenção e de controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência a antimicrobianos**

Para atingir este objetivo consultei as diretrizes locais e nacionais de Prevenção, Intervenção e Controlo de Infeção e Resistência a Antimicrobianos.

Destaca-se que os ambientes seguros e o controlo de infeção só serão possíveis se todos os profissionais de saúde adotarem comportamentos orientados para isso. Neste sentido, em 2013, foi criado o Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), tendo sido atualizado a última vez em 2017. Este programa objetiva reduzir os consumos de antimicrobianos, diminuindo a emergência de resistências a antibióticos; e reduzir a transmissão e incidência da infeção, promovendo boas práticas de prevenção e controlo de infeção (DGS, 2017).

Paralelamente, surgiram as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), que são medidas basilares para o controlo das infeções associadas aos cuidados de saúde. A DGS (2013), na sua Norma de PBCI, definiu dez itens: colocação de doentes; higiene das mãos; etiqueta respiratória; utilização de equipamento de proteção individual; descontaminação do equipamento clínico; controlo ambiental; manuseamento segura da roupa; recolha segura de resíduos; práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e exposição a agentes microbianos no local de trabalho.

As infeções associadas aos cuidados de saúde constituem uma ameaça para os doentes oncológicos que, por norma, se encontram imunodeprimidos e, conseqüentemente com um risco acrescido de infeção.

Em ambos os locais de estágios verifiquei a existência de normas precisas para a prevenção e controlo de infeção e para a diminuição das resistências aos antimicrobianos.

Durante os estágios de natureza profissional, desenvolvi e treinei a minha capacidade de implementar ensinamentos rigorosos aos doentes e familiares, de forma a evitar infeções, que motivam novos internamentos ou aumentam o tempo de internamento. Para além disso, observei as enfermeiras orientadoras na execução de procedimentos de manipulação do CVC, constatando o cumprimento minucioso do "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção Relacionada com o Cateter Vascular Central".

Conforme previsto no planeamento do projeto, reuni com os elos de ligação ao Grupo Coordenador Local Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, discutindo as suas funções e área de atuação. Estas reuniões constituíram-se como uma mais-valia relativamente ao meu processo de aquisição de competências. Tanto no Hospital de Dia de Adultos, como no serviço de Onco-hematologia, existe este elo de ligação,

que tem como funções a sensibilização dos pares para as questões de prevenção e controlo da infeção; a participação na elaboração das normas para o respetivo serviço; a identificação de problemas de estrutura, de processo e/ou de resultado e informar o grupo; a proposta de investigação nos serviços; a colaboração na recolha de dados e nas auditorias; a certificação de que os cuidados prestados são os adequados no que diz respeito à prevenção da infeção; a colaboração com o grupo na identificação das necessidades formativas do serviço; e a participação e dinamização de formações sobre prevenção e controlo de infeção (IPO, 2014).

Quero evidenciar que teria sido uma oportunidade importante de aprendizagem observar os elos de ligação durante as auditorias à manipulação e manutenção do CVC, conforme estava estipulado no planeamento do projeto. Contudo, não foi possível, pois durante o tempo de estágio não houve estas auditorias.

### **5.2.6. Desenvolver capacidades de gestão dos ambientes onde ocorrem os processos terapêuticos**

Com o intuito de prestar cuidados de qualidade, o enfermeiro deve direcionar a sua atenção com base nas necessidades dos doentes, tendo em consideração o ambiente em que desenvolve os cuidados (Moreira *et al.*, 2023). O EE é responsável pela gestão de ambientes terapêuticos.

A par do domínio da Melhoria Contínua de Qualidade, inserido nas competências comuns do EE, um dos objetivos específicos do projeto foi o desenvolvimento de competências na gestão do ambiente onde ocorrem os processos terapêuticos.

Os ambientes seguros para os processos terapêuticos enquadrados no PNSD 2021-2026, no quinto pilar ("Práticas seguras em ambientes seguros"), assumem um papel importante na segurança do doente. Posto isto, durante os estágios, pautei a minha intervenção com base nas metas nacionais e internacionais de segurança, nomeadamente: a identificação correta do doente; a melhoria da comunicação; a redução do risco de infeções associadas aos cuidados de saúde; e a redução do risco de danos ao doente, decorrentes de quedas (Pereira *et al.*, 2023). Neste sentido, esforcei-me por manter uma comunicação aberta, por fazer uma reflexão contínua das minhas práticas e por garantir uma intervenção transparente e justa. Para além disso, garanti a identificação inequívoca do doente, confirmando a existência de pulseira identificativa e os dados que nela constavam com o doente, de forma a minimizar erros.

Enquanto futura EE, foi importante saber quais os riscos e incidentes mais comuns na instituição

onde estagiei, o quais têm influência nos processos terapêuticos. Estes são: riscos relacionados com o comportamento dos colaboradores, como por exemplo a incorreta/não utilização dos EPI's durante a manipulação dos citostáticos; riscos relacionados com a segurança, tal como o derramamento de citostáticos e equipamento defeituoso, inadequado ou suscetível de provocar lesões, perturbações funcionais ou doenças; riscos ambientais e relacionados com a higiene, nomeadamente, a temperatura inadequada das instalações; e riscos relacionados com a ergonomia, tais como, sobrecarga física de trabalho. Outra situação de risco fortemente notificada são as disfunções a nível informático.

Outro aspeto sobre o qual refleti foi a carência de profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, sendo que esta se pode associar a diferentes variáveis. Contudo, é inquestionável que para a gestão de ambientes de prática seguros é imprescindível o número suficiente de profissionais. Segundo a OMS (2019), até 2030, irão faltar cerca de 18 milhões de profissionais de saúde.

Os ambientes de prática saudáveis são mais atrativos para os profissionais e conferem uma maior segurança ao doente; em contrapartida, os ambientes inseguros podem estar relacionados com a carência de enfermeiros referida e podem colocar em causa a saúde do doente. É importante garantir recursos e condições de trabalho para os profissionais de saúde para que, conseqüentemente, estes possam gerir o ambiente garantindo cuidados seguros e de excelência.

### **5.2.7. Desenvolver capacidades para promoção de estratégias de prevenção do risco clínico e não clínico**

Na instituição de saúde onde estagiei existe uma política de gestão de risco bem enraizada, com o objetivo de promover a segurança e a saúde de todos os profissionais, doentes e visitantes.

Tal como delineado no projeto de aquisição de competências fui consultar as *guidelines* locais sobre a gestão de risco. A Equipa de gestão de risco é composta por um gestor de risco geral, que desenvolve as suas atividades em parceria com a Comissão de Controlo de Infeções, o Serviço de Instalações Equipamentos e Transportes, a Gestão Hoteleira e outras Comissões ou Serviços que intervenham diretamente ou indiretamente na gestão de riscos hospitalares; por um gestor de risco clínico; e gestores de risco locais, distribuídos por cada serviço.

Espera-se que o EE identifique e avalie os riscos clínicos e não clínicos, sendo que os riscos clínicos estão associados à prestação de cuidados pelos profissionais de saúde, podendo causar danos ou lesões aos doentes (Neiva, 2021); e, por sua vez, os riscos não clínicos relacionam-se

com as condições ambientais, instalações e práticas não clínicas (Tavares *et al.*, 2019).

O quarto pilar do PNSD 2021-2026, encontra-se orientado para a prevenção e para a gestão de incidentes, bem como para a importância da notificação destes mesmos incidentes. Nesta linha, na instituição onde estagiei, o gabinete de risco fomenta uma cultura de identificação de incidentes e apela aos profissionais de saúde que notifiquem os eventos ou quase eventos que possam ocorrer ou ocorram nos serviços, com o objetivo de melhorar a assistência aos doentes. Neste âmbito, e sempre com o objetivo de atingir a qualidade máxima nos cuidados, no serviço de Onco-Hematologia, assisti à preocupação por parte da equipa de enfermagem na avaliação do risco de desenvolvimento de úlcera de pressão de cada doente, a cada 48h, de forma a adaptar o plano de cuidados e adequar as intervenções.

Para além disso, explorei o sistema de notificações de risco. Este sistema visa garantir a segurança dos doentes e visitantes da instituição e dos profissionais de saúde e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade dos cuidados. Podem ser notificadas várias situações, que vão desde os incidentes/acidentes com as infraestruturas e recursos materiais, até aos incidentes/acidentes relacionados com os profissionais, doentes e familiares.

Após a análise da notificação por parte do Gabinete de Gestão de Risco, são implementadas estratégias de melhoria contínua minimizando ou eliminando o incidente. Verifiquei, durante o estágio no serviço de Onco-Hematologia, que os profissionais notificam, maioritariamente, as quedas dos doentes e as úlceras de pressão. Fazendo uma reflexão retrospectiva, uma das situações de onde poderia emergir uma possível notificação no Hospital de Dia prende-se com a administração de medicação. Neste serviço há uma alta rotatividade de doentes, muitos profissionais de saúde a trabalhar ao mesmo tempo, num ritmo extremamente acelerado que, em última instância, pode levar a um erro medicamentoso.

Destaco, ainda, que durante o manuseio e administração de medicação citostática o profissional de saúde não está livre de risco. São várias as vias de exposição: inalatória, tópica e oral. Na via inalatória a exposição pode ocorrer por inalação de gotículas, partículas ou vapores produzidos pelos aerossóis; ou inalação do pó de comprimidos. Na via tópica temos o contacto com superfícies contaminadas; ou derramamentos acidentais durante o manuseio do citotóxico. Pela via oral, temos a ingestão de alimentos acidentalmente contaminados (Cordeiro, 2019). Assim, durante o contacto com citotóxicos os profissionais devem recorrer às precauções básicas de segurança. Tal com já mencionei, durante a minha prática profissional, manuseio e administro QT e o único equipamento de proteção individual que utilizava eram as luvas; após refletir sobre as vias de exposição passei a utilizar os EPI's necessários: luvas, máscara, bata, óculos e cobertura de cabelo.

Relacionado com o controlo ambiental e recolha segura de resíduos, no Hospital de Dia, assisti à implementação de arcas de refrigeração para deposição dos resíduos resultantes da administração de QT, como estratégia de prevenção de risco não clínico, diminuindo o risco da

exposição a aerossóis. Considero que esta estratégia deveria ser implementada também no serviço de Onco-Hematologia, pois também se administra QT.

Nos dois locais de estágios constatei a existência de um kit de derramamento de citostáticos; bem como árvores de atuação sobre o derramamento e extravasamento de QT, de consulta fácil e rápida, tendo em conta o citostático em causa. De destacar que os assistentes operacionais têm formação sobre como atuar nestas situações, ministradas por enfermeiros.

## 6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

O presente relatório descreve, de forma crítico-reflexiva, o meu percurso no desenvolvimento de competências no contexto da Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Cuidar do doente oncológico exige que os enfermeiros desenvolvam competências especializadas, de forma a garantir cuidados holísticos, humanizados e de excelência. O enfermeiro deve intervir de forma a promover estilos de vida saudáveis e processos de adaptação à doença e, particularmente, ao regime terapêutico.

O desenvolvimento de competências especializadas é um processo complexo, que requer a integração de conhecimentos e habilidades. As competências especializadas estão associadas ao conhecimento mais aprofundado das situações e forma de atuação perante elas e são adquiridas e desenvolvidas através da prática contínua em contexto real. Desta forma, os estágios de natureza profissional contribuíram de uma forma significativa para o atingimento dos objetivos delineados e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das competências. As oportunidades que tive durante os estágios foram, seguramente, enriquecedoras, exigindo uma constante aquisição e/ou atualização de conhecimentos e mobilização para a prática clínica.

Não obstante, a formação especializada permite uma melhor compreensão da complexidade da doença crónica e das necessidades individuais dos doentes, potenciando uma melhoria significativa na gestão dos sintomas, no suporte emocional dos doentes e na eficácia dos tratamentos, contribuindo para a qualidade de vida dos doentes e para uma experiência de transição saudável. Acresce que o conhecimento e competências especializadas concorrem para uma relação de confiança entre os doentes e os profissionais, favorecendo ambientes terapêuticos seguros e eficientes e contribuindo para uma enfermagem mais significativa e centrada na pessoa.

A conceção de cuidados do doente oncológico constitui uma área complexa no exercício da profissão de enfermagem, pelas particularidades da doença e dos tratamentos, abrangendo diversas dimensões. Atualmente, com o avanço da tecnologia e das opções terapêuticas é possível o doente oncológico realizar QT em contexto de ambulatório ou domicílio, o que leva a que o doente experiencie os sintomas no domicílio, passando a ter um papel ativo e participativo na gestão dos mesmos. Conseqüentemente, cabe ao EE capacitar o doente para a gestão de sintomas, da doença e do regime terapêutico, fomentando uma transição saudável e contribuindo positivamente para a QV do doente.

A elaboração de casos clínicos foi essencial para a promoção do pensamento crítico-reflexivo e

da aprendizagem baseada na evidência, como foco na prestação de cuidados de enfermagem especializados e de qualidade; e permitiu um processo de tomada de decisão responsável e baseada na melhor evidência científica.

Destaco que tanto o objetivo geral como os objetivos específicos deste projeto integram a pessoa em programa de quimioterapia e o seu cuidador. Porém, pelo período pandémico que atravessamos, os serviços tiveram necessidade de se reajustarem e adaptaram o seu regime de visitas. Principalmente pelas restrições de visitas criadas não tive oportunidade de contactar com os familiares dos casos clínicos desenvolvidos.

Aquando da elaboração do projeto inicial, no Módulo I, foi realizada a análise SWOT, de forma a identificar os fatores que poderiam influenciar de forma negativa ou positiva a implementação do mesmo. Os fatores negativos foram: o tempo disponível; a inexperiência na implementação de projetos; a conciliação do curso com a vida pessoal e profissional; e a fadiga mental e física. De forma a contornar estas dificuldades foi necessária uma gestão minuciosa do tempo disponível, sendo necessário reajustar a calendarização definida inicialmente. Em contrapartida, os fatores positivos foram: a motivação para o desenvolvimento de competências; a experiência profissional em oncologia; o interesse pela área oncológica; a proatividade; a persistência; a responsabilidade; a orientação por profissionais especialistas experientes; a disponibilidade da equipa multidisciplinar; o facto de os ensinamentos clínicos decorrerem na mesma instituição do exercício profissional; e o facto de os estágios serem realizados num hospital de referência.

O percurso traçado, apesar de ter contribuído de forma marcante para o autodesenvolvimento pessoal e profissional, foi árduo. Senti algumas dificuldades, que apesar de não afetarem o sucesso das atividades e o resultado final, tornaram caminho mais penoso, principalmente na gestão do tempo. É extremamente difícil conciliar a vida de estudante, com a vida profissional e a vida pessoal.

Quero salientar que a disponibilidade e orientação dos professores e das enfermeiras de referência foi essencial para a clarificação de ideias, troca de experiências significativas e esclarecimento de questões. Foram uma mais-valia para a conclusão deste percurso.

Enquanto futura enfermeira especialista, considero ter desenvolvido competências especializadas de conceção de cuidados, baseadas na melhor evidência e nas responsabilidades éticas e deontológicas da profissão, visando a promoção de cuidados de excelência. Para além disso, desenvolvi uma consciência profissional promotora de intervenções que assentam na análise crítica, na compreensão e na sistematização de processos complexos. Tornei-me mais capaz na maximização do ambiente terapêutico do doente crónico, incidindo na prevenção da doença, na promoção de estilos de vida saudáveis, na promoção de processos de adaptação e adesão ao regime terapêutico, capacitando o doente para a vivência da doença crónica e reajustamento do seu projeto de saúde.

Fazendo uma reflexão retrospectiva, apesar da exigência do percurso, considero ter alcançado os objetivos propostos e, conseqüentemente, adquirido as competências especializadas neste domínio.

Termino esta etapa com a sensação de dever cumprido, porém consciente de que o aprofundamento das competências adquiridas e do desenvolvimento de novo conhecimento será uma necessidade constante ao longo do meu percurso profissional, pois a enfermagem exige uma constante atualização.



## 7. BIBLIOGRAFIA

Almeida, F. & Rosa, D. (2018). Adjuvant Dose-Dense Chemotherapy for Breast Cancer: Available Evidence and Recent Updates. *BreastCare*, 13(6), 447-4532. <https://doi.org/10.1159/000488026>

American Cancer Society (2020). *Nausea and Vomiting*. American Cancer Society. <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/9546.00.pdf>

American Society of Clinical Oncology. (2021). *Breast Cancer*. [https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco\\_answers\\_guide\\_breast.pdf](https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/asco_answers_guide_breast.pdf)

Amorim, M. (2014). *Nomenclaturas e Ontologias: Plataformas de eHealth e mHealth* (Dissertação de Mestrado, Escola de Engenharia, Universidade do Minho). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/1822/34149>

Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia (2023). *Manual - LNH. Tudo sobre o Linfoma não-Hodgkin*. Associação Brasileira de Linfoma e Leucemia.

Aybar, D. O., Kılıç, S. P., & Çinkır, H. Y. (2020). The effect of breathing exercise on nausea, vomiting and functional status in breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Complementary therapies in clinical practice*, 40, 101213. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2020.101213>

Bannerman, C. (2018). *Fluid Balance Monitoring*. Brighton and Sussex University Hospitals.

Barreto, M. (2020). *Cuidar da pessoa adulta com doença oncológica e sua família: construção de um programa de intervenção psicoeducativo* (Tese de Doutoramento, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10451/49996>

Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica: Uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/11990>.

Batista, J. (2016). *Adaptação à doença crónica: O caso das doenças auto-imunes* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/88103/2/168724.pdf>

Baumann, A. (2007). *Ambientes favoráveis à prática: condições de trabalho = cuidados de qualidade*. Conselho Internacional de Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit\\_DIE\\_2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2007.pdf)

Bonassa, E. (2005). Administração dos Antineoplásicos. In E. Bonassa & T. Santana, *Enfermagem em Terapêutica Oncológica* (capítulo 3). Atheneu.

Brito, A. (2012). *A reconstrução da autonomia após um evento gerador de dependência no autocuidado: Uma teoria explicativa* (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/12617>

Cairo, H. (2020). *A prevalência da insónia numa população de doentes oncológicos e a sua relação com a ansiedade e a depressão* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/53970/1/12783\\_Tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/53970/1/12783_Tese.pdf)

Carqueja, E. (2022). Aspectos psicoemocionais de doentes com doença oncológica avançada. In Galvão, A., Pereira, A., Magalhães, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Bastos, C., Santos, C., Carqueja, E., Pinto, E., Pereira, F., Silva, F., Castro, F., Baptista, G., Antas, J., Perestrelo, J., Freitas, J., Bermejo, J., Calheiros, J., Ribeiro, J., ... Miguel, S., *Cuidar em oncologia: reflexões para a prática clínica* (capítulo 10). Euromédice.

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

Clemmons, A., Gandhi, A., Clarke, A., Jimenez, S., Le, T. & Ajebo, G. (2021). Premedications for Cancer Therapies: A Primer for the Hematology/Oncology Provider. *Journal of the advanced practitioner in oncology*, 12(8), 810-832. <https://doi.org/10.6004/jadpro.2021.12.8.4>

Coelho, R., Panobianco, M., Guimarães, P., Maftum, M., Santos, P. & Kalinke, L., (2017). Tratamento quimioterápico adjuvante e neoadjuvante e as implicações na qualidade de vida mulheres com câncer de mama. *Revista de Enfermagem UFPE*, 11(suplem. 11), 4732-4740. <https://periodicos.ufpe.br/revistas/index.php/revistaenfermagem/article/view/231216>

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

Costa, A. & Gaspar, P. (2017). Perfil de competências do enfermeiro no serviço de urgência. In Dixe, M., Sousa, P. & Gaspar, P., *Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em*

*situação crítica*. Instituto Politécnico de Leiria. <http://hdl.handle.net/10400.8/2880>

Costa, R., (2021). *Manual de Avaliação e Prescrição do Exercício em Doentes com Cancro da Mama* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, Instituto Politécnico de Leiria). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.8/7167>

Custódio, C., Goulart, C., Reis, P., Silveira, R., Santos, B., Silva, k., Vasques, C. (2019). Acessos Vasculares em Oncologia. In M. Santos, T. Correa, L. Faria, G. Siqueira, p. Reis & R. Pinheiro, *Diretrizes Oncológicas 2* (Capítulo 40). Editora Científica.

Cuthbert, C. A., Farragher, J. F., Hemmelgarn, B. R., Ding, Q., McKinnon, G. P., & Cheung, W. Y. (2019). Self-management interventions for cancer survivors: A systematic review and evaluation of intervention content and theories. *Psycho-oncology*, 28(11), 2119–2140. <https://doi.org/10.1002/pon.5215>

Dekker, J., Karchoud, J., Braamse, A. M. J., Buiting, H., Konings, I. R. H. M., van Linde, M. E., Schuurhuizen, C. S. E. W., Sprangers, M. A. G., Beekman, A. T. F., & Verheul, H. M. W. (2020). Clinical management of emotions in patients with cancer: introducing the approach "emotional support and case finding". *Translational behavioral medicine*, 10(6), 1399–1405. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa115>

Despacho n.º 5613/2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República: 2.ª série, n.º 102*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>

Di-Santo, M., Takemoto, D., Nascimento, R., Nascimento, A., Siqueira, É., Duarte, C., Jovino, M. & Kalil, J. (2017). Cateteres venosos centrais de inserção periférica: alternativa ou primeira escolha em acesso vascular?. *Jornal Vascular Brasileiro*, 16(2), 104-112. 10.1590/1677-5449.011516.

Dias, A., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A. & Castro, S. (2011). Adesão ao regime Terapêutico na Doença Crónica: Revisão da Literatura. *Millenium*, 40(16), 201-219. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8228>

Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma 029/2012: Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Norma 022/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central*. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_022\\_2015\\_atualizada\\_29\\_08\\_2022-prev\\_inf\\_cvc.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf)

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

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22532/1/Programa%20de%20Prevenção%20e%20Controlo%20de%20Infeções%20e%20de%20Resistência%20aos%20Antimicrobianos%202017.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2017a). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. [https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://pns.dgs.pt/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf)

Domingues, B., Cardoso, F., Araújo, J., Frade, I., Ferreira, M., Costa, S., Amorim, P., Banha, P., Ponte, S., Pedro, S. & Silva, S. (2020). *Noções básicas de oncologia para jovens enfermeiros. Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa*. <https://www.aeop.pt/ficheiros/NocoosBasicasOncologia.pdf>

Donabedian, A. (2003). *Formulating criteria and standards: An introduction to quality assurance in health care*. Oxford University.

Duque, C. (2017). *Iniciativas mHealth em Portugal* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Técnico, Universidade Aberta). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.2/6621>

Encarnação, M. (2014). *O suporte do Enfermeiro na Autogestão da Doença Oncológica: Uma Revisão Sistemática da Literatura* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/9488>

Erickson, J., Kamke-Jordan, A., Lancaster, I., Palou-Torres, A., Esch, M., Gonzalez, A., Charlson, J. & Bingen, K. (2023). Medication self-management behaviors of adolescents and young adults with cancer. *Supportive care in cancer*, 31(7), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s00520-023-07863-8>

Eurofarma. (sem data). *Filgrastim*. <https://eurofarma.com.br/produtos/bulas/patient/pt/bula-fiprima.pdf>

European Medicines Agency (2023). *Resumo das características do medicamento: tisagenlecleucel*.

European Medicines Agency (2023b). *Resumo das características do medicamento: levetiracetam*.

European Medicines Agency (2024). *Resumo das características do medicamento: filgrastim*.

Fabi, A., Bhargava, R., Fatigoni, S., Guglielmo, M., Horneber, M., Roila, F., Weis, J., Jordan, K., Ripamonti, C. I., & ESMO Guidelines Committee. (2020). Cancer-related fatigue: ESMO Clinical

Practice Guidelines for diagnosis and treatment. *Annals of oncology*, 31(6), 713–723. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.016>

Fernandes, A. (2020). *Literacia em Saúde na Doença Crónica: Adesão à Terapêutica e Utilização de Serviços de Saúde* (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10362/108679>

Ferreira, A., Félix, A., Raposo, C., Ribeiro, C., Barata, E., Barreira, E., Morais, I., Santos, J., Gomes, S. & Mesquita, T. (2023). *(Sobre)viver após o cancro: Guia de apoio. Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa*. [https://www.aeop.pt/ficheiros/SobreViverCancro\\_A5\\_26fev2024.pdf](https://www.aeop.pt/ficheiros/SobreViverCancro_A5_26fev2024.pdf)

Ferreira, E. (2017). *Qualidade de vida e doença oncológica-Validação de dois questionários de avaliação da qualidade de vida do doente oncológico* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/109166>

Ferreira, F. & Gomes, S. (2017). Neutropenia – papel do enfermeiro. *Revista Evidências*, Suplem. 3, 25-27. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19361/1/SKMBT\\_C55017111316071.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19361/1/SKMBT_C55017111316071.pdf)

Ferreira, L. (2015). *Terapêuticas de Enfermagem Promotoras da Adaptação em Mulheres com Cancro da Mama* (Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/35894>

Ferreira, L., Santos, C. & Bulcão, E., (2012). Emoções Face ao Diagnóstico de Doença Oncológica. *Onco.News*, 20, 20-27. <https://onco.news/index.php/journal/article/view/185/191>

Ferreira, P. (2016). *Avaliação do Apetite em Pacientes com Câncer Gastrointestinal usando uma Escala Visual Analógica: Estudo Piloto*. (Trabalho de conclusão de graduação, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/183714>

Fonseca, A. (2020). *Células T CAR e Novas Abordagens Terapêuticas: terapia combinada com vírus oncolíticos e células NK* (Relatório de Estágio do Mestrado Integrado, Faculdade de Farmácia, Universidade de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10316/93072>

Freire, I. (2014). *Terapêutica Adjuvante da Quimioterapia* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade do Algarve). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.1/8129>

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

Goes, M. (2011). *Acolhimento de enfermagem na unidade de quimioterapia* (Trabalho apresentado para obtenção do título de especialista, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Beja). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/586>

Gonçalves, C. (2019). *Instrumentos de avaliação de sintomas (obstipação, diarreia e vómitos) em cuidados paliativos* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.14/32318>

Gonçalves, M. & Luís Capelas, M. (2016). Anorexia-caquexia, nutrição e qualidade de vida no doente com cancro em cuidados paliativos. *Onco.News*, (32), 8-16. <https://onco.news/index.php/journal/article/view/98>

Gonçalves, O. (2019). *Promoção da Autogestão do Regime Terapêutico em Pessoa com Doença Cardiovascular: Construção de um Procedimento de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2163>

Goodman, R. A., Posner, S. F., Huang, E. S., Parekh, A. K., & Koh, H. K. (2013). Defining and measuring chronic conditions: imperatives for research, policy, program, and practice. *Preventing chronic disease*, 10, E66. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120239>

Gralla, R., Roila, F., Tonato, M. & Herrstedt, J. (2011). *Diretrizes em antieméticos MASCC/ESMO 2011*. Multinational Association of Supportive Care in Cancer. [https://mascc.memberclicks.net/assets/documents/MASCC\\_Guidelines\\_Portuguese.ppt](https://mascc.memberclicks.net/assets/documents/MASCC_Guidelines_Portuguese.ppt)

Gupta, A., Abbasi, B. & Gupta, S. (2019). Management of Chemotherapy Induced Neutropenia – an Unmet Clinical Need. *American Journal of Biomedical Science & Research*, 4(5), 313-318. DOI: 10.34297/AJBSR.2019.04.000823

Hansen B. (2021). *Fluid Overload*. *Frontiers in veterinary science*, 8, 668688. <https://doi.org/10.3389/fvets.2021.668688>

Harbeck, N., Penault-Llorca, F., Cortes, J., Gnant, M., Houssami, P., Ruddy, K., Tsang, J. & Cardoso, F. (2019). Breast Cancer. *Disease primers*, 5(1), 66. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0111-2>

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

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

Hür, E., ÖziGik, M., Ural, C., Yildiz, G., MaLden, K., Köse, S., Köktürk, F., Büyükuysal, Ç.,

Yildirim,E., Süleymanlar, G., AteG, K. & Duman, S. (2014). Hypervolemia for Hypertension Pathophysiology: A Population-Based Study. *BioMed Research International*, 2014, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/895401>

Infarmed (2019a). *Resumo das características do medicamento: fludarabina.*

Infarmed (2019b). *Resumo das características do medicamento: metoclopramida.*

Infarmed (2019c). *Resumo das características do medicamento: aciclovir.*

Infarmed (2020). *Resumo das características do medicamento: cloreto de sódio.*

Infarmed (2021a). *Resumo das características do medicamento: ciclofosfamida.*

Infarmed (2021b). *Resumo das características do medicamento: levetiracetam.*

Infarmed (2022a). *Resumo das características do medicamento: ondansetrom.*

Infarmed (2022b). *Resumo das características do medicamento: clemastina.*

Infarmed (2022c). *Resumo das características do medicamento: bromazepam.*

Infarmed (2022d). *Resumo das características do medicamento: macrogol.*

Infarmed (2023a). *Resumo das características do medicamento: esomeprazol.*

Infarmed (2023b). *Resumo das características do medicamento: enoxaparina.*

Infarmed (2023c). *Resumo das características do medicamento: dexametasona.*

Infarmed (2023d). *Resumo das características do medicamento: fosaprepitant.*

Infarmed (2024). *Resumo das características do medicamento: doxorrubicina.*

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

Koh, J. & Kim, M., (2019). Introduction of a New Staging System of Breast Cancer for Radiologists: An Emphasis on the Prognostic Stage. *Korean Journal of Radiology*, 20(1), 69-82. <https://doi.org/10.3348/kjr.2018.0231>.

Kolak, A., Kamińska, M., Wysokińska, E., Surdyka, D., Kieszko, D., Pakieła, M., & Burdan, F. (2017). The problem of fatigue in patients suffering from neoplastic disease. *Contemporary*

*oncology*, 21(2), 131-135. <https://doi.org/10.5114/wo.2017.68621>

Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliviera, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramps, S. & Fonseca, V. (2022). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção-Geral da Saúde. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República. (2015). *Diário da República: 1.ª série, n.º 181*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Lima, S. (2011). *Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente* (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10362/9417>

Linder, L., Erickson, J., Stegenga, K., Macpherson, C., Wawrynski, S., Wilson, C. & Ameringer, S. (2017). Symptom self-management strategies reported by adolescents and young adults with cancer receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*, 25(12), 3793-3806. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3811-8>

Locke, F. & Mullane, E. (2018). Chimeric Antigen Receptor (CAR) T-Cell Therapy - Facts. *Leukemia & Lymphoma Society*, 25, 1-9. <https://cinj.org/sites/cinj/files/documents/CAR-T-Cell-Therapy-FACT-Sheet-LLS-document.pdf>

Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M. & Gouveia, M. (2022). A Tomada de Decisão na Gestão de Cuidados em Enfermagem: Uma Revisão Narrativa da Literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Łukasiewicz, S., Czezelewski, M., Forma, A., Baj, J., Sitarz R. & Stanisławek, A. (2021). Breast Cancer—Epidemiology, Risk Factors, Classification, Prognostic Markers, and Current Treatment Strategies— An Updated Review. *Cancers*, 13(17), 2-30. <https://doi.org/10.3390/cancers13174287>

Lumini, M., Fernandes, C. & Sousa, M. (2021). Recursos tecnológicos como estratégias para o autocuidado. In Escola Superior de Enfermagem do Porto, *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/39415>

Luz, F. (2016). *Ensaios Clínicos: Evolução Regulamentar* (Candidatura ao Título de Especialista, Ordem dos Farmacêuticos). Repositório Científico de Acesso Aberto. [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/Colegios\\_de\\_Especialidade/Titulo\\_Especialidade/Especialidade\\_AR/Especialistas\\_Anteriores/2016/2016\\_Filipa\\_Augusto\\_Guerreiro\\_Quintela\\_da\\_Luz.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/editor2/Colegios_de_Especialidade/Titulo_Especialidade/Especialidade_AR/Especialistas_Anteriores/2016/2016_Filipa_Augusto_Guerreiro_Quintela_da_Luz.pdf)

Machado, P., Morgado, M., Mendes, J., Roque, A. & Eva, L. (2021). *Manual de exercício físico para pessoas com cancro*. Politécnico de Leiria.

Magalhães, B. (2020). *Autogestão dos sintomas associados ao tratamento da quimioterapia na pessoa com doença oncológica* (Tese de Doutoramento, Universidad de Jaén) Repositório Científico de Acesso Aberto. [https://www.researchgate.net/publication/343099741\\_AUTOGESTAO\\_DOS\\_SINTOMAS\\_ASSOCIADOS\\_AO\\_TRATAMENTO\\_DE\\_QUIMIOTERAPIA\\_NA\\_PESSOA\\_COM\\_DOENCA\\_ONCOLOGICA#fullTextFileContent](https://www.researchgate.net/publication/343099741_AUTOGESTAO_DOS_SINTOMAS_ASSOCIADOS_AO_TRATAMENTO_DE_QUIMIOTERAPIA_NA_PESSOA_COM_DOENCA_ONCOLOGICA#fullTextFileContent)

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

Magalhães, B. (2022b). Conceitos centrais no âmbito da gestão da doença oncológica e das complicações associadas à sua abordagem. In Galvão, A., Pereira, A., Magalhães, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Bastos, C., Santos, C., Carqueja, E., Pinto, E., Pereira, F., Silva, F., Castro, F., Baptista, G., Antas, J., Perestrelo, J., Freitas, J., Bermejo, J., Calheiros, J., Ribeiro, J., ... Miguel, S., *Cuidar em oncologia: reflexões para a prática clínica* (capítulo 4). Euromédice.

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

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

Malek, R. & Soufi, S. (2023). *Pulmonary edema*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557611/>

Marinheiro, B. (2019). *Terapia celular CAR -T*. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Farmácia, Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10451/49779>

Martins, T. & Brito, A. (2021). Autocuidado: uma abordagem com futuro nos contextos de saúde. In Escola Superior de Enfermagem do Porto, *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/39415>

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

Mello, A. (2022). *A Qualidade de Vida nas mulheres com cancro da mama - a influência a Imagem Corporal Positiva, Stress e Sentido de Vida* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/145347>

Miller W. L. (2016). Fluid Volume Overload and Congestion in Heart Failure: Time to Reconsider Pathophysiology and How Volume Is Assessed. *Circulation. Heart failure*, 9(8), e002922. <https://doi.org/10.1161/CIRCHEARTFAILURE.115.002922>

Molassiotis, A., Yung, H., Yam, B., Chan, F. & Mok, T. (2002). The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: a randomised controlled trial. *Support Care Cancer*, 10, 237-246. <https://doi.org/10.1007/s00520-001-0329-9>

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

Moreira, P., Castro, S. & Ventura-Silva, J. (2023). Os enfermeiros e os ambientes de prática de enfermagem. In Perondi, A., Ferreira, A., Faria, A. Andrade, A., Cavadas, B., Vendruscolo, C., Fernandes, C., Moreira, C., Fassarella, C., Vales, C., Sousa, C., Costa, D., Forte, E., Melo, E., Pereira, E., Maciel, E., Pinto, E., Freitas, E., Menegon, F., ... Coimbra, V., Ambientes de prática de enfermagem positivos (capítulo 22). Lidel.

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

Mota, J. (2006). *Classificação de fototipos de pele: análise fotoacústica versus análise clínica*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento, Universidade do Vale do Paraíba). Repositório Científico de [http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailObraForm.do?select\\_action=&co\\_obra=121491](http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetailObraForm.do?select_action=&co_obra=121491)

Neiva, C. (2021). *A gestão do risco clínico e do risco não clínico no serviço de urgência da unidade de Faro do Centro Hospitalar Universitário do Algarve: a segurança do doente no processo contínuo de melhoria* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia, Universidade do Algarve). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.1/18713>

Neto, A., Pereira, J., Saboya, R., Beitler, B., Pracchia, L., Dulley, F. & Chamone, D. (2006). Estratificação do Risco em Linfoma Difuso de Grandes Células B. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 28(4), 296-300.

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

Oliveira, A. (2019). *Intervenções de Enfermagem na Promoção da Alimentação à Pessoa Submetida a Quimioterapia* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/29907>

Oliveira, L., Cruz, J., Rockenbach, M. & Dobrachinski, L. (2021). Aspectos clínicos e histopatológicos dos linfomas Hodking e não Hodking: uma revisão sistemática. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 15808-15815. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-280>

Oliveira, T., Pessoa, G., Almeida, A. & Geral, A. (2023). Ação Profissional dos Enfermeiros do HDO-CHUC. *Onco.News*, 16, 22. [https://www.aeop.pt/ficheiros/ON46\\_Suplemento.pdf](https://www.aeop.pt/ficheiros/ON46_Suplemento.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivo*. Ordem dos Enfermeiros. <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 da saúde*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE\\_Indicadores-VF-Out2007.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VF-Out2007.pdf)

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems*. Organização Mundial da Saúde. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506793>

Organização Mundial da Saúde. (2019). *Patient Safety*. <https://www.who.int/news-room/fact--sheets/details/patient-safety>.

Palmeirinha, C. (2019). *Transição da Pessoa com Doença Oncológica Avançada de Oncologia para Cuidados Paliativos: O Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde. Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus. Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/491>

Parreira, S. (2014). *Doente Oncológico Submetido a Terapêutica Oral Antineoplásica: Intervenções de Enfermagem* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/16367>

Pedroso, A., Antonelli, G., Outi, M., Marques, M., Fréz, A. & Binda, A. (2021). Health and disability in patients undergoing treatment with chemotherapy. *Revista Fisioterapia & Pesquisa*, 8(4), 435-442. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/21003828042021>

Peixoto, T. (2015). *Autogestão da fadiga nos sobreviventes de cancro* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/11661>

Pereira, J., (2021). *Definição e Validação de um Painel de Indicadores Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem: Estudo no Contexto de uma Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital do Grande Porto* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/36085>

Pereira, M. (2012). *A Promoção do Autocuidado na Pessoa em Processo de Transição* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=WTKOhr>

Pereira, S., Fassarella, C., Resende, H., Leite, P. & Ribeiro, O. (2023). Os ambientes de prática de enfermagem e segurança do doente. In Perondi, A., Ferreira, A., Faria, A. Andrade, A., Cavadas, B., Vendruscolo, C., Fernandes, C., Moreira, C., Fassarella, C., Vales, C., Sousa, C., Costa, D., Forte, E., Melo, E., Pereira, E., Maciel, E., Pinto, E., Freitas, E., Menegon, F., ... Coimbra, V., *Ambientes de prática de enfermagem positivos* (capítulo 2). Lidel.

Perestrelo, J. (2022). Gestão do stresse, ansiedade e depressão em contexto oncológico. In Galvão, A., Pereira, A., Magalhães, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Bastos, C., Santos, C., Carqueja, E., Pinto, E., Pereira, F., Silva, F., Castro, F., Baptista, G., Antas, J., Perestrelo, J., Freitas, J., Bermejo, J., Calheiros, J., Ribeiro, J., ... Miguel, S., *Cuidar em oncologia: reflexões para a prática clínica* (capítulo 11). Euromédice.

Pinto, A., Pereira, N., Andrade, J., Sarmiento, A. & Santos, L. (2018). Protocolo de Preveção de Infecções Relacionadas com o Tratamento de Neoplasias Hematológicas. *Acta Médica Portuguesa*, 31(6), 347-361. <https://doi.org/10.20344/amp.10035>

Pinto, L. (2020). *Tromboembolismo venoso e venoso e cancro* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.6/10741>

Pinto, R. (2019). *Hemorragia potencialmente fatal: Avaliação do risco hemorrágico e reversão da anticoagulação*. 2nd Gescat Symposium. [https://gescat.pt/wp-content/uploads/2019/10/5\\_Ricardo-Pinto.pdf](https://gescat.pt/wp-content/uploads/2019/10/5_Ricardo-Pinto.pdf)

Prutipinyo, C., Maikew, K., & Sirichotiratana, N. (2012). Self-care behaviours of chemotherapy patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(6), S30-S37.

Queiroga, H. M., Ferraz, M. N., Gama, R. S., Oliveira, M. V., & Souza, C. L. (2017). Avaliação de náusea e êmese em pacientes sob quimioterapia em uma Unidade de Alta Complexidade Saúde de Vitória da Conquista/BA. *Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde Brazilian Journal of Health Research*, 19(4), 126-132. <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/19812>

Rafael, M., Magalhães, B., Sousa, C., Fernandes, C. & Santos, C. (2021). iGestSAúde: Revisão Integrativa sobre a Autogestão de Sintomas Decorrentes do Tratamento de Quimioterapia. *Onco.news*, 42, 45-55. 1 <https://doi.org/10.31877/on.2021.42.06>

Raimundo, A. (2014). *A Dor no Doente Oncológico* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.1/8083>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República: 2.ª série, n.º 26*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

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

Ribeiro, O., Viera, M., Cunha, M., Dias, A. & Martins, R. (2016). Gestão do Tempo no Planeamento dos Cuidados de Enfermagem. *Servir*, 59(4), 7-11. <https://doi.org/10.48492/servir024.24023>

Roumelioti, M., Glew, R., Khitan, Z., Rondon-Berrios, H., Argyropoulos, C., Malhotra, D., Raj, D., Agaba, E., Rohrscheib, M., Murata, G., Shapiro, J., & Tzamaloukas, A. (2018). Fluid balance concepts in medicine: Principles and practice. *World journal of nephrology*, 7(1), 1-28. <https://doi.org/10.5527/wjn.v7.i1.1>

Ruidiaz-Gómez, K. & Cacante-Caballero, J. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista Ciencia y Cuidado*, 18(3), 86-99. [10.22463/17949831.2539](https://doi.org/10.22463/17949831.2539).

Saad, E., Hoff, P., Canelós, R., Katz, A., Novis, Y., Pietrocola, M., Hamerschlal, N., Tabacof, J., Gansl, R. & Simon, S. (2002). Critérios Comuns de Toxicidade do Instituto Nacional de Câncer dos Estados Unidos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(1), 63- 96. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2002v48n1.2266>

Salveti, M., Machado, C., Donato, C., & Silva, A. (2018). Prevalência de Sintomas e Qualidade de Vida de Pacientes com Câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0287>

Santos, A., Santos, C., Girão, M., Lopes, C., Claro, I., Gonçalves, S., Silva, S. & Barreira, E. (2022). Acesso Venoso Central de Inserção Periférica: manipulação e otimização. *Onco.News*, 44, 6-11. <https://onco.news/index.php/journal/article/view/2>

Santos, C. (2003). *Representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida no doente oncológico e família* (Tese de Doutoramento, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/22948>

Santos, C. & Lima, L. (2022). Autogestão na doença oncológica: contributos para as intervenções

de enfermagem. In Galvão, A., Pereira, A., Magalhães, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Bastos, C., Santos, C., Carqueja, E., Pinto, E., Pereira, F., Silva, F., Castro, F., Baptista, G., Antas, J., Perestrelo, J., Freitas, J., Bermejo, J., Calheiros, J., Ribeiro, J., ... Miguel, S., *Cuidar em oncologia: reflexões para a prática clínica* (capítulo 9). Euromédice.

Santos, J., Menegon, F., Freitas, E., Costa, D. & Gasparino, R. (2023). Os ambientes de prática profissional de enfermagem e a qualidade em saúde. In Perondi, A., Ferreira, A., Faria, A., Andrade, A., Cavadas, B., Vendruscolo, C., Fernandes, C., Moreira, C., Fassarella, C., Vales, C., Sousa, C., Costa, D., Forte, E., Melo, E., Pereira, E., Maciel, E., Pinto, E., Freitas, E., Menegon, F., ... Coimbra, V., *Ambientes de prática de enfermagem positivos* (capítulo 1). Lidel.

Santos, M. (2019). *iGestSaúde: Caminhando Rumo a uma Melhor Autogestão de Sintomas Associados à Doença Oncológica* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/28023>

Santos, M., Conceição, A., Ferretti-Rebustini, R., Ciol, M., Heithkemper, M. & Cruz, D. (2018). Non-pharmacological interventions for sleep and quality of life: a randomized pilot study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 1-12. <https://orcid.org/0000-0002-7940-6673>

Santos, S. (2021). *Perceção do Cancro da Mama e Comportamentos Preventivos Entre Portuguesas e Brasileiras com Ausência da Doença* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/41532>

Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: a central concept in nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127. Doi: 10.1111/j.1547-5069.1994.tb00929.x

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

Shi, N., Wong, A. K. C., Wong, F. K. Y., & Sha, L. (2023). Mobile Health Application-Based Interventions to Improve Self-management of Chemotherapy-Related Symptoms Among People with Breast Cancer Who Are Undergoing Chemotherapy: A Systematic Review. *The oncologist*, 28(4), 175-182. <https://doi.org/10.1093/oncolo/oyac267>

Shi, N., Wong, A., Wong, F., Zhang, N., Lai, X. & Gan, L. (2022). A Nurse-Led mHealth Self-Management Program (mChemotherapy) for Breast Cancer Patient Undergoing Chemotherapy: Study Protocol of a Randomized Controlled Pilot Study. *Cancer Control*, 29, 2-11. <https://doi.org/10.1177/10732748221115469>

Siegel, R., Miller, K. & Jemal, A. (2015). Cancer statistics, 2015. *A Cancer Journal for Clinicians*, 65, 5-29. <https://doi.org/10.3322/caac.21254>

Silva, C., Sousa, F., Lima, J., Pinto, M., Brito, M. & Cruz, I. (2017). Living with an ileostomy: a case study on the transition process. *Revista de Enfermagem Referência, IV(14)*, 111-120. <http://hdl.handle.net/10400.26/36228>

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

Silva, F. & Magalhães, B. (2022). A complexidade da gestão dos sintomas associados aos tratamentos em oncologia e o contributo dos recursos tecnológicos. In Galvão, A., Pereira, A., Magalhães, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Bastos, C., Santos, C., Carqueja, E., Pinto, E., Pereira, F., Silva, F., Castro, F., Baptista, G., Antas, J., Perestrelo, J., Freitas, J., Bermejo, J., Calheiros, J., Ribeiro, J., ... Miguel, S., *Cuidar em oncologia: reflexões para a prática clínica* (capítulo 23). Euromédice.

Silva, R., Ferreira, L. & Pereira, P. (2018). Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Mulher ao Cancro da Mama. *Onco.News, 36*, 26-35. <https://onco.news/index.php/journal/article/view/74>

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

Sociedade Portuguesa de Oncologia. (2020). *Manual de Oncologia SPO: Abordagem e tratamento do cancro da mama*. edit.on.lab. [https://www.sponcologia.pt/download/manual\\_oncologia\\_spo.pdf](https://www.sponcologia.pt/download/manual_oncologia_spo.pdf)

Sociedade Portuguesa de Senologia (2017, outubro 7-8). *IX Consenso nacional de cancro da mama. XVII Jornadas De Senologia, Luso*. [https://www.spsenologia.pt/images/pdf/Consenso\\_9.pdf](https://www.spsenologia.pt/images/pdf/Consenso_9.pdf)

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

Sousa, M., Vilar, A., Sousa, C. & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. In Escola Superior de Enfermagem do Porto, *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/39415>

Tavares, A., Soares, E., André, S., Barreiros, C., Pité-Madeira, C., Sá, R., & Haddad, I. (2019). Gestão de risco não clínico. In Bridi, A., Alves, A., Teles, A., Tavares, A., Fontes, B., Pité-Madeira,

C., Barreiras, C., Corrêa, C., Santos, E., Pina, E., Soares, E., Ferreira, E., Haddad, I., Castro, I., Tavares, J., Pontes, J., Pinto, L., Reis, L., Zambon, L., ... Shcolnik, W., *Segurança do Paciente: conhecendo os riscos nas instituições de saúde* (capítulo 15). Fiocruz.

Tavares, J. (2018). *O Papel da Proteína APOBEC3 no Cancro da Mama* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10400.26/22247>

Tavares, P. (2020). *Fatores Determinantes na Transição para Cuidados Paliativos: Perspetiva do Perito em Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/129207>

Távora, C., Silva, J., Alves, M., Fonseca, T., & Paiva, T. P. (2022). Tratamento da Insónia no Doente Idoso Hospitalizado. *Medicina Interna*, 29(3), 215-220. <https://doi.org/10.24950/rspm.458>

Teixeira, R. J., Machado, J. C., Faria, S., Remondes-Costa, S., Brandão, T., Branco, M., Moreira, S., & Pereira, M. G. (2019). Brief emotional screening in oncology: Specificity and sensitivity of the emotion thermometers in the Portuguese cancer population. *Palliative & supportive care*, 18(1), 39-46. <https://doi.org/10.1017/S1478951519000208>

Vallerand, A., Sanoski, C. & Deglin, J. (2016). *Guia farmacológico para enfermeiros*. Lusodidacta.

Vasques, C. (2019). Cateter Totalmente Implantado em Oncologia. In M. Santos, T. Correa, L. Faria, G. Siqueira, P. Reis & T. Pinheiro, *Diretrizes Oncológicas 2* (capítulo 40.2, pp. 653-663). Editora Científica.

Ventura-Silva, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295.

Warrington, L., Absolom, K., Holch, P., Gibson, A., Clayton, B., & Velikova, G. (2019). Online tool for monitoring adverse events in patients with cancer during treatment (eRAPID): field testing in a clinical setting. *BMJ open*, 9(1), e025185. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025185>

Yoo, H., Ahn, S., Kim, S., Kim, W. & Han, O. (2005). Efficacy of progressive muscle relaxation training and guided imagery in reducing chemotherapy side effects in patients with breast cancer and in improving their quality of life. *Support Care Cancer*, 13, 826-833. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0806-7>

Zerati, A. E., Wolosker, N., de Luccia, N., & Puech-Leão, P. (2017). Cateteres venosos totalmente implantáveis: histórico, técnica de implante e complicações. *Jornal vascular brasileiro*, 16(2), 128-139. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.008216>

## **8. ANEXOS**



## **Anexo I**



## RECOLHA DE DADOS CENTRADA NA AUTOGESTÃO DOS SINTOMAS INDUZIDOS PELA QUIMIOTERAPIA

Sintomas mais frequente induzidos pela quimioterapia: alopecia, alterações cutâneas (Rash máculo-papular e Síndrome palmo-plantar), alterações na sexualidade (Diminuição da líbido; Disfunção eréctil; Dispareunia), anorexia, ansiedade, dor, diarreia, dispneia, distúrbios urinários (infecções urinárias, retenção urinária, incontinência urinária), fadiga, insónia, obstipação, mucosite e náuseas ou vômitos (Magalhães, 2020).

Todas as questões devem ser individualizadas e adaptadas ao doente.

<b>ALOPÉCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tem perda de cabelo?</li><li>- Em que quantidade?</li><li>- O que fez quando sentiu que estava a perder cabelo?</li><li>- As estratégias que adota para diminuir a perda de cabelo são eficazes?</li><li>- As estratégias que adota para minimizar as consequências da perda de cabelo são eficazes?</li></ul>
<b>ALTERAÇÕES CUTÂNEAS</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tem alterações na pele/unhas?</li><li>- Adota estratégias para aliviar/resolver as alterações na pele/unhas?</li><li>- Essas estratégias são eficazes?</li></ul>
<b>ALTERAÇÕES DA SEXUALIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Sentiu alterações na sexualidade? Quais?</li><li>- Toma medicação para as alterações da sexualidade? Qual?</li><li>- A medicação que toma é eficaz?</li><li>- Adota estratégias para aliviar/resolver as alterações da sexualidade? Quais?</li><li>- Essas estratégias são eficazes?</li></ul>
<b>ANOREXIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Teve diminuição do apetite nos últimos meses?</li><li>- Quantas refeições faz por dia?</li><li>- Num dia normal, o que costuma comer? E nas últimas 24h, o que comeu?</li><li>- Como classifica o apetite numa escala de 0 a 10, em que 0 é o máximo apetite que já teve e 10 o mínimo apetite que já teve?</li><li>- Teve perda de peso no último mês?</li><li>- Toma medicação para aumentar o apetite? Qual?</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A medicação que toma é eficaz?</li> <li>- Adota estratégias para aliviar/resolver a diminuição do apetite? Quais?</li> <li>- Essas estratégias são eficazes?</li> </ul>
<b>ANSIEDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem-se sentido ansioso?</li> <li>- Com que número classifica a sua ansiedade numa escala de 0 a 10, em que 0 é sem ansiedade e 10 a ansiedade máxima que já sentiu?</li> <li>- Num momento de ansiedade, o que sente?</li> <li>- Sente que a ansiedade interfere com o seu dia-a-dia?</li> <li>- Toma medicação para a ansiedade? Qual?</li> <li>- A medicação que toma é eficaz?</li> <li>- Adota alguma estratégia para aliviar/resolver a ansiedade?</li> <li>- Essas estratégias são eficazes?</li> </ul>
<b>DOR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem dor?</li> <li>- Como classifica a sua dor numa escala de 0 a 10, em que 0 é sem dor e 10 é a dor máxima que já sentiu?</li> <li>- Como descreve a sua dor? Qual a duração da dor? A dor irradia?</li> <li>- Associada a dor a alguma atividade específica?</li> <li>- A dor interfere com o seu dia-a-dia?</li> <li>- Toma medicação para a dor? Qual?</li> <li>- A medicação que toma é eficaz?</li> <li>- Adota estratégias para aliviar/resolver a dor? Quais?</li> <li>- Essas estratégias são eficazes?</li> </ul>
<b>DIARREIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem diarreia?</li> <li>- Como classifica a sua diarreia numa escala de 0 a 10, em que 0 é sem diarreia e 10 é a pior diarreia que já teve?</li> <li>- Tem algum sinal/sintoma associado, como febre, sensação de sede aumentada/boca seca/diminuição urinária, dor abdominal?</li> <li>- A diarreia interfere com o seu dia-a-dia?</li> <li>- Faz medicação para a diarreia? Qual?</li> <li>- A medicação que toma é eficaz?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adota estratégias para aliviar/resolver a diarreia? Quais</li> <li>- Essas estratégias são eficazes?</li> </ul>
<b>OBSTIPAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem obstipação?</li> <li>- Como classifica a sua obstipação numa escala de 0 a 10, em que 0 é sem obstipação e 10 é a pior obstipação que já teve?</li> <li>- Tem algum sinal/sintoma associado, como dor abdominal, náuseas e/ou vômitos?</li> <li>- A obstipação interfere com o seu dia-a-dia?</li> <li>- Faz medicação para obstipação? Qual?</li> <li>- A medicação que toma é eficaz?</li> <li>- Adota estratégias para aliviar/resolver a obstipação? Quais?</li> <li>- Essas estratégias são eficazes?</li> </ul>
<b>DISPNEIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem falta de ar?</li> <li>- Como classifica a falta de ar numa escala de 0 a 10, em que 0 é sem falta de ar e 10 é a falta de ar máxima que já sentiu?</li> <li>- Quando costuma sentir falta de ar?</li> <li>- Associa a falta de ar a alguma atividade específica?</li> <li>- Nos momentos em que tem falta de ar, a sua respiração fica ruidosa? Sente dor no peito?</li> <li>- Sente que a falta de ar interfere com o seu dia-a-dia?</li> <li>- Toma medicação quando sente falta de ar? Qual? Como? Recorre a oxigenoterapia?</li> <li>- A medicação que toma é eficaz?</li> <li>- Adota estratégias para alívio da falta de ar? Quais?</li> <li>- Essas estratégias são eficazes?</li> </ul>
<b>DISTÚRBIOS URINÁRIOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem algum sintoma urinário? Qual?</li> <li>- Toma medicação para os sintomas urinários? Qual?</li> <li>- A medicação que toma é eficaz?</li> <li>- Adota estratégias para alívio dos distúrbios urinários? Quais?</li> <li>- Essas estratégias são eficazes?</li> </ul>
<b>FADIGA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem-se sentido cansado?</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como classifica o cansaço numa escala de 0 a 10, em que 0 é sem cansaço e 10 é o máximo cansaço que já sentiu?</li> <li>- Quando costuma sentir-se mais cansado?</li> <li>- Associa o cansaço a alguma atividade específica?</li> <li>- Sente que o cansaço interfere com o seu dia-a-dia?</li> <li>- Adota estratégias para aliviar/resolver o cansaço? Quais?</li> <li>- Essas estratégias são eficazes?</li> </ul>
<b>INSÓNIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Teve alterações do sono em 3 ou mais noites na última semana?</li> <li>- Toma medicação para as alterações do sono? Qual?</li> <li>- A medicação que toma é eficaz?</li> <li>- Adota estratégias para aliviar/resolver as alterações de sono? Quais?</li> <li>- Essas estratégias são eficazes?</li> </ul>
<b>MUCOSITE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem lesões na boca?</li> <li>- Como classifica as lesões na sua boca numa escala de 0 a 10, em que 0 é sem lesões e 10 as piores lesões que já teve?</li> <li>- Tem algum sinal/sintoma associado, como sangramento, vermelhidão/placa esbranquiçada, boca seca, dor?</li> <li>- As lesões que tem na boca interferem com a ingestão de alimentos/líquidos?</li> <li>- Toma medicação para as lesões na boca? Qual?</li> <li>- A medicação que toma é eficaz?</li> <li>- Adota estratégias para aliviar/resolver as lesões na boca? Quais?</li> <li>- Essas estratégias são eficazes?</li> </ul>
<b>NÁUSEA/VÓMITO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tem náuseas/vómitos?</li> <li>- Como classifica a gravidade das suas náuseas/vómitos numa escala de 0 a 10, em que 0 é sem náuseas/vómitos e 10 é a pior náusea/vómito que já teve?</li> <li>- Tem algum sinal/sintoma associado intolerância alimentar, desidratação, boca seca, aumento da sensação de sede, dor de cabeça, dor abdominal?</li> <li>- Faz medicação para as náuseas/vómitos? Qual?</li> <li>- A medicação é eficaz?</li> <li>- Adota estratégias para aliviar/resolver as náuseas/vómitos? Quais?</li> <li>- As estratégias são eficazes?</li> </ul>