

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

**O doente oncológico em programa de quimioterapia:
Projeto de desenvolvimento de competências clínicas
especializadas na área de Enfermagem à
Pessoa em Situação Crónica**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO PROFISSIONAL

**Autor
Rui Manuel Pinto Costa**

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

O DOENTE ONCOLÓGICO EM PROGRAMA DE QUIMIOTERAPIA: PROJETO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS ESPECIALIZADAS NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Orientador(es)

António Carlos Lopes Vilela
Professor Adjunto, Doutor

Luis Miguel Ribeiro Ferreira
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Rui Manuel Pinto Costa

Porto, 2024

RESUMO

A gestão das doenças crónicas, como o cancro, requer um acompanhamento contínuo e abrangente para garantir o sucesso terapêutico e a qualidade de vida dos doentes. No contexto oncológico, o tratamento com recurso à quimioterapia desempenha um papel fundamental, podendo, em alguns casos, ser complementada com outras terapias, tal como o transplante de medula óssea. O tratamento da pessoa com doença oncológica requer cuidados de enfermagem especializados, a quem compete a administração segura dos diversos tipos de tratamento, desempenhando um papel de especial relevo na avaliação contínua dos sintomas e efeitos colaterais, na promoção da adesão ao tratamento, na gestão da dor e na melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias. Neste sentido, os enfermeiros devem estar capacitados para oferecer cuidados de qualidade baseados em evidência científica, contribuindo para melhores resultados clínicos e experiências de saúde mais positivas.

Este relatório apresenta os resultados da aplicação de um projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação crónica, orientado ao doente oncológico em programa de quimioterapia. Foi desenvolvido durante a Unidade Curricular Estágio de natureza profissional, com relatório - Módulo II, que integra o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação crónica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), expondo a aquisição e aprofundamento de competências especializadas, bem como uma reflexão crítica sustentada em referenciais teóricos e práticos adquiridos ao longo de todo este percurso formativo.

O objetivo deste relatório consistiu em mostrar a aquisição de competências especializadas nos cuidados ao doente oncológico em tratamento de quimioterapia, não como uma mera condição de saúde, mas sim, com uma visão integradora e especializada deste tipo de doente em situação crónica, implicando um conjunto de desafios que recaíram, entre outros, nos domínios da autogestão e do autocuidado. A concretização deste objetivo teve como base as competências transversais expressas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro especialista e nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. O método adotado para atingir este grande objetivo passou pela necessidade de definir objetivos mais específicos e, ainda, pelas atividades que os permitiram atingir.

Palavras-chave:

Enfermagem Médico-Cirúrgica; Oncologia; Quimioterapia; Transplante de Medula Óssea

ABSTRACT

The management of chronic diseases, such as cancer, requires continuous and comprehensive monitoring to ensure therapeutic success and patients' quality of life. In the oncological context, treatment using chemotherapy plays a fundamental role and can, in some cases, be complemented with other therapies, such as bone marrow transplantation. The treatment of people with oncological disease requires specialized nursing care, who are responsible for the safe administration of different types of treatment, playing a particularly important role in the continuous assessment of symptoms and side effects, in promoting adherence to treatment, in the management of pain and improving the quality of life of patients and their families. Therefore, nurses must be trained to offer quality care based on scientific evidence, contributing to better clinical results and more positive health experiences.

This report presents the results of the application of a project to develop specialized clinical skills in medical-surgical nursing, in the area of nursing for people with chronic conditions, aimed at cancer patients undergoing a chemotherapy program. It was developed during the Curricular Unit Internship of a professional nature, with report - Module II, which is part of the Master's course in Medical-Surgical Nursing in the area of Nursing for People in Chronic Situations at the Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). One exposes the acquisition and deepening of specialized skills, as well as a critical reflection based on theoretical and practical references acquired throughout this training path.

The objective of this report was to show the acquisition of specialized skills in the care of cancer patients undergoing chemotherapy treatment, not as a mere health condition, but rather, with an integrative and specialized vision of this type of patient in a chronic situation, implying a set of challenges that fell, among others, in the areas of self-management and self-care. The achievement of this objective was based on the transversal competencies expressed in the Regulation of Common Competences of the Specialist Nurse and the specific competencies of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for People in Chronic Situations. The method adopted to achieve this major objective involved the need to define more specific objectives and also the activities that allowed them to be achieved.

Keywords:

Medical-Surgical Nursing; Oncology; Chemotherapy; Bone Marrow Transplant

ABREVIATURAS

AO - Assistente(s) Operacional(ais)

AT - Assistente(s) técnico(s)

CHKS - Comparative Health Knowledge System

CCI - Comissão de Controlo de Infeção

CCIH - Comissão de Controlo de Infeção Hospitalar

CECP - Carcinoma espino-celular da cabeça e pescoço

CTCAE - Common Terminology Criteria for Adverse Events

CVC - Cateter Venoso Central

DECH - Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro

DGS - Direção-Geral da Saúde

DMSO - Dimetilsulfóxido

EAN - Escala de avaliação numérica

EBMT - European Group for Blood and Marrow Transplantation

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

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

GR - Gestão de Risco

GRL - Gestor de Risco Local

HD - Hospital de Dia

HEPA - High efficiency particulate air [filter]

HQS - Health Quality System

HT - Hormonoterapia

HTA - Hipertensão arterial

JACIE - The Joint Accreditation Committee

MM - Mieloma múltiplo

MO - Medula óssea

OE - Ordem dos Enfermeiros

PHP - Progenitores hematopoiéticos periféricos

PNCI-RAM - Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

QT - Quimioterapia

SAL - Serviço de Aquisições e Logística

SC - Subcutânea

SCU - Sangue do cordão umbilical

SIET - Serviço de Instalações, Equipamentos e Transportes) e/ou

SSTGRG - Serviço de Segurança no Trabalho e Gestão de Risco Geral

SST - Segurança e Saúde no Trabalho

STMO - Serviço de Transplantação de Medula Óssea

TANPS - Terapêuticas Antineoplásicas Sistémicas

TCPH - Transplante de Células Progenitoras Hematopoiéticas

TMO - Transplantação de medula óssea

UC - Unidade Curricular

UE - União Europeia

UCQ - Unidade Central de Quimioterapia

OMS - Organização Mundial de Saúde

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	23
3. UM CASO CLÍNICO DE PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM CONTEXTO DE HOSPITAL DE DIA	29
3.1. Enquadramento teórico	29
3.2. Clientes	36
3.3. Medicação	36
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	37
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	40
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	41
3.5. Domínios	42
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	42
3.6. Conceção de Cuidados	51
3.7. Especificação das intervenções	54
3.8. Síntese relativa ao caso	57
4. UM CASO CLÍNICO DE PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM CONTEXTO DE TRANSPLANTAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA	61
4.1. Enquadramento teórico	61
4.2. Clientes	69
4.3. Medicação	69
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	70
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	71
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	73
4.5. Domínios	74
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	74
4.6. Conceção de Cuidados	80
4.7. Especificação das intervenções	88
4.8. Síntese relativa ao caso	90
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	95
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	117
7. BIBLIOGRAFIA	121
ANEXOS	147

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O cancro enquadra-se com toda a propriedade no âmbito das doenças crónicas, sendo que a prestação de cuidados e o acompanhamento das pessoas com esta tipologia de doenças requer especial atenção e competências no âmbito da enfermagem especializada. O uso de diferentes armas e estratégias terapêuticas, que podem ir da quimioterapia (QT) à transplantação de medula óssea (TMO), — entre outras — reforçam a ideia de que a enfermagem especializada pode e deve ter um papel mais significativo na prestação de cuidados diferenciados a esta tipologia de doentes, muito mais heterogénea do que uma visão superficial poderia fazer crer.

Com efeito, a tipologia de doenças englobadas sob o guarda-chuva semântico da palavra “cancro” é nitidamente vasto e diversificado, sendo definido pela Organização Mundial de Saúde como um grupo de doenças caracterizado pelo crescimento descontrolado de células anormais, para além dos limites habituais (OMS, 2018).

Estatisticamente, é uma das principais causas de morte em todo o mundo e estima-se que o número de casos e mortes por todos os tipos de cancro cresça rapidamente à medida que as populações crescem, envelhecem e adotam comportamentos de estilo de vida que aumentam o risco de o desenvolver. Para além do aumento da esperança média de vida, muitos dos fatores de risco associados ao estilo de vida, como sejam o uso do tabaco, o sedentarismo, o excesso de peso e a poluição, continuam a contribuir para manter elevada a incidência e prevalência global da doença oncológica (Torre et al., 2016). Trata-se da segunda causa de morte em todo o mundo, sendo que em 2018 foi responsável por 9,6 milhões de óbitos (Ferley et al., 2020).

Quando observada sob um prisma eurocêntrico, constitui a primeira causa de morte na União Europeia (UE) nos cidadãos abaixo dos 65 anos e a segunda causa de morte em toda a UE, constituindo um fardo emocional e económico muito significativo, com um custo social estimado em 199 mil milhões de euros em 2018 (Hofmarcher et al., 2020). Em 2020, 2,7 milhões de pessoas na UE foram diagnosticadas com cancro e outros 1,3 milhões perderam a vida devido à doença. Sem qualquer tipo de intervenção global, prevê-se que as taxas de mortalidade atribuídas ao cancro aumentem 24% até 2035 (European Commission, 2021).

No caso português, também ocupa o segundo lugar das causas de morte, com uma percentagem de óbitos por tumores malignos de 25%, o que corresponde a 28 960 óbitos, assumindo um impacto crescente, tanto no âmbito da mortalidade como da morbilidade. Em 2019, os tumores malignos eram a segunda causa de mortalidade prevenível, o que não deixa de ser significativo no contexto da estatística sanitária portuguesa (Carneiro & Brito, 2023).

Para além de ser um problema de saúde pública do tempo presente, as projeções mais recentes

preveem que o seu peso na estatística sanitária continue a crescer de forma constante nas duas próximas décadas (Global Burden of Disease, 2019; Sung et al., 2021). Com efeito, a incidência é de tal forma significativa que a sua relação com a morte prematura pode ser considerada um indicador de desenvolvimento económico de um país (Ferlay et al., 2015).

Não é por isso de estranhar que os anos que se seguem prometam um aumento significativo do número de casos e de sobreviventes, bem como de pessoas que terão forçosamente de aprender a viver e a conviver com uma doença que nem sempre é curável, mas que em muitos casos pode ser controlada, tornando-se numa doença de natureza crónica. Esta perspetiva de crescimento exige não só uma abordagem clínica multidisciplinar, mas também uma abordagem política e social concertada que se espraia muito para além do âmbito das estruturas de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2016).

O impacto da doença oncológica centra-se, entre outros aspetos socioeconómicos e emocionais, nos efeitos secundários dos tratamentos e no custo elevado dos tratamentos e dos fármacos, pelo que é compreensível que a gestão do regime terapêutico se destaque como uma das formas de reduzir custos e promover melhores resultados em saúde.

Sendo principalmente uma doença também associada ao envelhecimento, é natural que a tendência crescente da incidência e prevalência se acentue em populações cada vez mais idosas, a que não é alheio o investimento crescente no diagnóstico precoce/rastreio. Apesar do número de diagnósticos ter aumentado em todo o mundo, fruto dos avanços no diagnóstico precoce e tratamento, a doença foi deixando de ter o significado de morte iminente. Com efeito, inclusive tumores sólidos em estágio IV e tumores líquidos em fase avançada já não têm um prognóstico necessariamente sombrio.

Neste âmbito, a enfermagem oncológica tem evoluído para atender as necessidades crescentes impostas pelo aumento da incidência da doença, nomeadamente com o surgimento de tratamentos novos e cada vez mais complexos, que implicam o domínio de funções especializadas, começando na prevenção e pré-diagnóstico, passando pelo tratamento, sobrevivência e pelos cuidados de fim de vida. Com efeito, os enfermeiros estão diretamente envolvidos no cuidado direto e indireto destas pessoas em todos os contextos desta doença (Drury et al., 2023), desempenhando papéis cada vez mais especializados (Charalambous et al., 2018; Miller et al., 2022).

Os avanços entretanto ocorridos no tratamento da doença oncológica ocorreram no contexto de inovações e investimentos significativos em cuidados e terapêuticas nas últimas quatro décadas, com um impacto positivo nas taxas de sobrevivência (Miller et al., 2022; Wild et al., 2020). A inovação, por definição, refere-se a novas intervenções que têm o potencial de impulsionar a mudança (Fuller e Hansen, 2019; Wild et al., 2020), mas a verdade é que muitas das inovações introduzidas no tratamento do cancro e na enfermagem se baseiam em processos e práticas já existentes, com o objetivo de agregar valor aos doentes, profissionais de

saúde e sistemas encarregados de prestar cuidados (Campbell et al., 2020; Fuller e Hansen, 2019).

Como é sabido, os enfermeiros desempenham um papel importante, multifacetado e não negligenciável em todo este processo, não se esgotando no cuidado às pessoas e no sucesso imediato dos tratamentos a que são submetidas. Costumam ser o primeiro ponto de contacto das pessoas diagnosticadas com a doença e desempenham um papel fundamental nos cuidados e serviços de tratamento oncológico (Mitema et al., 2019).

Para além disso, assiste-se ao desenvolvimento contínuo de um *corpus* de evidências onde se comprova de forma inequívoca que os cuidados prestados por enfermeiros em contexto oncológico têm um impacto positivo na qualidade dos cuidados e nos resultados obtidos (Campbell et al., 2017; Charalambous et al., 2018; Kelly et al., 2022; Tuominen et al., 2019). Fornecem todo um conjunto de cuidados especializados, incluindo a educação do doente, da família e da comunidade. Outras áreas de intervenção incluem a administração, monitorização e avaliação dos resultados do tratamento; a identificação e gestão de complicações; os cuidados de continuidade e paliativos; e, ainda, a liderança e colaboração em investigação clínica (European Oncology Nursing Society, 2019; Young et al., 2020).

Apesar de todos estes avanços, é sabido que muitos doentes crónicos apresentam várias dificuldades na incorporação das recomendações terapêuticas — sobretudo na sua integração no dia-a-dia — sendo que quanto maior a complexidade do tratamento, menor o nível de adesão (OMS, 2003). Sublinhe-se de novo que os tratamentos oncológicos são cada vez mais complexos e personalizados, e que muitos deles se realizam em regime ambulatorio. Esta transição do ambiente de internamento hospitalar para o ambiente ambulatorio encontra-se expresso no crescimento de serviços como os hospitais de dia, cuja atividade cresceu de forma acentuada nas últimas duas décadas. Trata-se de uma forma conveniente, flexível e menos onerosa de oferecer tratamentos especializados, sem o ónus que habitualmente decorre do processo de internamento. Isto deveu-se essencialmente ao facto de atualmente ser possível gerir melhor os efeitos secundários da QT, permitindo que os tratamentos sejam mais bem tolerados, minimizando ou excluindo a necessidade de recorrer ao internamento (Cusack et al., 2004). No entanto, esta transição acaba por colocar mais desafios no âmbito do autocuidado e da autogestão do regime terapêutico, domínios a que os especialistas em enfermagem médico-cirúrgica devem prestar particular atenção, mais ainda pelo facto de se dirigirem à pessoa em situação crónica. Aquilo que eram tratamentos efetuados em contexto de internamento e alvo de vigilância permanente dos enfermeiros passaram na sua maioria para o ambulatorio. Se neste espaço a vigilância de complicações ou efeitos secundários adversos está assegurada durante o período de administração, o mesmo não se passa no domicílio, onde passará a ser efetuada pelo doente (ou pessoa significativa). E é nesta circunstância que o autocuidado assume particular importância, porque apenas alguém preparado e alertado para as diferentes nuances decorrentes da doença oncológica conseguirá conceber uma gestão adequada de todo

este processo.

E é nestes aspetos que reside a pertinência do desenvolvimento de competências especializadas na área do doente crónico. Sendo que o cancro recai com toda a propriedade no rol das doenças crónicas, e dado o papel que o enfermeiro especialista pode e deve ter no cuidado à pessoa a vivenciar uma doença crónica e na maximização do ambiente terapêutico, é com toda a propriedade que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica se definem como os “(...) cuidados contínuos que podem ser oferecidos em ambiente hospitalar, domiciliar e comunitário, e que incidem sobre a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma.” (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018, p. 19368). Esta ideia é reforçada pelo facto do enfermeiro especialista ter de responder “(...) eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19368).

As competências desenvolvidas no decorrer deste mestrado são as previstas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas suas diferentes áreas de intervenção (Regulamento n.º 140/2019; Regulamento n.º 429/2018).

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se em competências comuns e em competências específicas definidas em regulamentos próprios de cada área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019). O mesmo regulamento também refere que a certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades, que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção. Estas competências desdobram-se em esferas de ação, compreendendo um conjunto de competências com um fio condutor semelhante e um conjunto de elementos agregados, definidos como “Domínios de Competências Comuns do Enfermeiro especialista”. Ainda de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, estes domínios são os da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

É nesta base comum que se integram as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica. O Regulamento n.º 429/2018 define o perfil de competências específicas do Enfermeiro

Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista anteriormente referidas, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas consoante o alvo e contexto de intervenção — entre outras —, na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Estas competências visam prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar destes profissionais especializados (Regulamento n.º 429/2018). Deste modo, são competências específicas do especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

- a) Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- b) Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- c) Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (Regulamento n.º 429/2018).

Aprofundando a esfera de ação para a área da pessoa em situação crónica, o mesmo regulamento afunila ainda mais estas competências, ressaltando duas:

- a) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica;
- b) Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento n.º 429/2018).

Entre as diversas opções terapêuticas disponíveis para o tratamento das diversas tipologias de cancro, o uso generalizado de agentes quimioterápicos endovenosos ou orais tem sido alvo de um incremento exponencial. Na sua maioria, passaram a ser administrados em regime de ambulatório, transformando a qualidade de vida dos utentes e reduzindo os elevados custos com os internamentos. Neste seguimento, uma componente essencial no tratamento do cancro consiste em incentivar os doentes a assumir um papel ativo na prevenção ou na gestão das complicações relacionadas com o seu tratamento ou com o processo de doença (McCorkle et al., 2011).

Apesar disso, a QT continua a apresentar uma série de efeitos secundários adversos, incluindo toxicidade hematológica, gastrointestinal, cardíaca, hepática, pulmonar, neurológica, renal, dermatológica e outros. Estes efeitos colaterais manifestam-se através de sinais e/ou sintomas, tais como: anorexia, diarreia, náuseas/vómitos, dor, obstipação, alopecia, caquexia, desidratação, mucosite, xerostomia, depressão e ansiedade. Muitos deles são temporários e podem ser evitados ou minimizados com tratamentos adequados e estratégias de autocuidado (Coolbrandt et al., 2013; Sahin & Erguney, 2016; Sommariva et al., 2016). Dado que o controlo

desadequado destes efeitos pode levar à interrupção prematura do tratamento ou à redução da dose alvo prescrita, importa dar ênfase às intervenções e estratégias de enfermagem que promovam a autonomia do doente na gestão de sua doença e tratamento, incentivando o desenvolvimento de uma adaptação mais favorável ao longo do processo de transição saúde-doença (Meleis, 2010; Meleis, 2012).

Por outro lado, qualquer tipo de abordagem terapêutica do cancro, mais precisamente os tratamentos prolongados e as terapias sequenciais, geralmente designados por ciclos de QT, tanto podem ter um propósito curativo como o de otimizar o controlo da doença, prevenir ou retardar complicações e prolongar a vida, o que resultou numa população totalmente nova de sobreviventes que se associa ao aumento progressivo das taxas de sobrevivência.

Nestes doentes, ou seja, nos sobreviventes, os cuidados de enfermagem tendem a concentrar-se nas necessidades após a fase aguda do tratamento. No entanto, o âmbito de abordagem pode ser mais alargado, estendendo-se aos doentes sob terapia profilática ou de manutenção, o que reforça ainda mais o conceito do cancro enquanto doença crónica, pelo facto de muitos indivíduos necessitarem de tratamento prolongado ao longo de meses ou anos. Vejam-se, como exemplo, o caso dos doentes sob terapia endócrina prolongada ou daqueles sob inibidores de tirosina quinase. Uma questão fundamental em ambos os casos é a necessidade de identificar e abordar os fatores que contribuem para as dificuldades em manter altos níveis de adesão à terapia prescrita por longos períodos. Sublinhe-se que mais de 25% dos tratamentos oncológicos se realiza com recurso a terapêuticas orais (Bestvina et al., 2014), o que implica a adoção de um conjunto de intervenções para treinar e capacitar o doente a gerir a administração dessa terapêutica, bem como na autogestão dos efeitos secundários e complicações, geralmente relacionadas com a não adesão ao tratamento. Esta falta de adesão pode levar à perda de até um terço das doses de terapêuticas orais prescritas que são necessárias a um tratamento eficaz (Bassan et al., 2014; Puts et al., 2014).

Há ainda o caso dos doentes sob tratamento com novas terapias para a doença avançada ou metastizada que podem ampliar a vida por períodos cada vez mais prolongados (Jacobsen et al., 2017). O surgimento de todo um novo armamentário terapêutico constituído pela imunoterapia ou terapêuticas biológicas dirigidas e diferentes da QT convencional, têm vindo a mudar o cenário nos últimos anos. No entanto, cada doente continua a ser único, existindo diferentes tipos de tumor com o seu próprio comportamento e, acima de tudo, porque se começa a dispor de um conjunto de terapêuticas cada vez mais específico e individualizado, reforçando o pendor de cronicidade dos doentes com cancro (Phillips & Currow, 2010).

À luz desta realidade, nunca foi tão necessário o domínio de competências de enfermagem especializada para atender as necessidades complexas das pessoas afetadas pela doença oncológica. E é aqui onde a enfermagem traça uma parte significativa do seu campo de atuação. Pelo facto dos enfermeiros serem os profissionais de saúde que avaliam os sintomas

relatados pelos doentes, compreendem rapidamente as suas dificuldades e as dos seus cuidadores.

Não parecem restar dúvidas que as pessoas com cancro avançado são atualmente consideradas como tendo uma doença crónica que é efetivamente controlada com terapias de uso prolongado, sendo possível obter resultados e ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem nesta população em rápida expansão (Pituskin et al., 2021).

Foi com base nestas premissas, e no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), que determinámos o objetivo geral de desenvolver competências na área do doente oncológico em programa de QT. Na sequência da definição deste objetivo geral, definimos os objetivos específicos com base nas competências transversais expressas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, nomeadamente:

- 1- Melhorar a capacidade de identificar as necessidades do doente oncológico em programa de QT;
- 2- Melhorar a capacidade de promover intervenções especializadas junto de doentes oncológicos neutropénicos;
- 3- Desenvolver a capacidade de intervir na área dos procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos;
- 4- Desenvolver capacidades para a promoção da autogestão e do autocuidado no doente oncológico em processo de transição;
- 5- Desenvolver a capacidade de intervenção como gestor de risco local;
- 6- Desenvolver conhecimentos sobre a promoção de estratégias de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança nos vários contextos de atuação.

Por forma a atingir estes objetivos seguiu-se um estágio intensivo, que se encontra previsto no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Este curso contempla a realização de dois estágios interligados entre si, mas divididos em dois momentos distintos. Se ao primeiro estágio corresponde a elaboração de um projeto de desenvolvimento profissional de competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica com foco na assistência à pessoa em situação crónica (Unidade Curricular Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo I), ao segundo corresponde a aplicação desse mesmo projeto (Unidade Curricular Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II). Após uma imersão nos contextos da prática clínica especializada, proporcionada no Módulo I, delineou-se um projeto de desenvolvimento

profissional na área da Enfermagem, assente nas competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019) e nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento nº 429/2018).

Por seu turno, o Módulo II prevê a elaboração de um relatório final onde se explanam as atividades relativas ao projeto de desenvolvimento profissional de competências na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica com foco na assistência à pessoa em situação crónica. Esta Unidade Curricular (UC) desenvolveu-se no primeiro semestre do ano letivo 2023/24, sendo indispensável para a atribuição do título de enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Nesse sentido, o presente relatório foi orientado ao desenvolvimento profissional de competências clínicas especializadas no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação crónica.

Os dois períodos de estágio que compõem o Módulo II desenvolveram-se em duas unidades de cuidados direcionadas para o acompanhamento de pessoas em situação crónica, ambas num hospital especializado no tratamento de pessoas com doença oncológica. Totalizou 360 horas, divididas em dois períodos de 180h em cada uma das unidades de cuidados, tendo decorrido entre 18 de setembro de 2023 e 18 de janeiro de 2024, num total de 18 semanas, ocupando cerca de 21h por semana. O primeiro período de estágio decorreu num serviço que funciona como hospital de dia e o segundo num serviço especificamente dedicado à transplantação de medula óssea. Foi neste duplo contexto que nos propusemos a desenvolver e aprofundar competências especializadas, ligadas, por um lado, ao nosso interesse individual e experiência profissional prévia, e, por outro lado, aos objetivos preconizados no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Da aplicação do projeto inicial resultou o desenvolvimento de competências nos cuidados ao doente oncológico em tratamento de QT, apostando-se numa visão integradora e especializada deste tipo de doentes em situação crónica.

No decorrer destes contextos realizámos planos de cuidados voltados para dar resposta aos objetivos específicos e pesquisas da literatura que permitiram melhorar substancialmente o nosso conhecimento, mas também treinar a capacidade de intervir enquanto enfermeiro especialista, sempre com base na melhor evidência disponível. Dos vários planos de cuidados entretanto realizados escolhemos dois, que apresentamos neste relatório, e que pela sua abrangência, singularidade e pertinência, permitiram dar resposta aos nossos objetivos e evoluir em termos de perícia profissional (Benner, 2005).

A escolha da temática não foi aleatória nem de circunstância. Tendo em vista o desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem médico-cirúrgica, na área da enfermagem à pessoa em situação crónica, ponderou-se a escolha de uma temática que fosse pessoal e profissionalmente apelativa. A escolha recaiu sobre o doente

oncológico em programa de QT, por ser um assunto de grande amplitude e que guarda uma evidente relação entre os dois contextos clínicos onde realizámos os Módulos I e II. Em ambos locais se prestam cuidados de saúde a doentes do foro oncológico, onde os regimes de tratamento com base em QT assumem particular relevância. Este facto implica um conjunto de desafios que recaem, entre outros, nos domínios de enfermagem da autogestão e do autocuidado da pessoa com doença oncológica em programa de QT.

Tanto no decorrer dos estágios como na elaboração deste relatório, tratámos sempre de agir de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia da profissão, garantindo que as práticas dos cuidados respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p. 4745). Assegurámo-nos sempre que em nenhuma circunstância seriam identificadas instituições, doentes ou profissionais envolvidos ao longo deste processo.

Não podemos deixar de referir que a motivação e o interesse pela área do doente oncológico advêm de fatores de ordem pessoal. O facto de trabalhar nesta área há mais de 25 anos, explica, em parte, este interesse, igualmente justificado pelo facto de partilhar a ideia de que a enfermagem especializada pode ter um papel mais significativo na prestação de cuidados diferenciados a esta tipologia de doentes.

Este relatório encontra-se estruturado em seis partes. A primeira, corresponde à presente introdução, onde foram apresentadas as referências à temática e o seu enquadramento no contexto do desenvolvimento de competências em âmbito académico. Numa segunda parte apresentamos a caracterização dos contextos clínicos em que decorreram os estágios. Seguem-se a terceira e quarta partes, cada uma delas correspondendo, respetivamente, aos dois casos clínicos que foram trabalhados no decorrer dos períodos de estágio. Para o registo dos casos foi usada a plataforma e4Nursing e para a organização conceptual e tomada de decisão utilizou-se a Ontologia de Enfermagem - Nursing Ontos. Segue-se a quinta parte, onde realizamos uma reflexão acerca dos contributos para o desenvolvimento de competências. A sexta e última parte reúne um conjunto de observações que compõe a síntese final do relatório. Seguem-se, ainda, os anexos que compilam elementos relacionados com o projeto e com as pesquisas entretanto realizadas.

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

A realização dos estágios teve lugar durante o 3º semestre do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, realizado em dois serviços hospitalares: um de hospital de dia e outro de transplantação de medula óssea, ambos localizados num hospital público especializado no tratamento de doentes oncológicos. Este hospital é uma das principais unidades de saúde do país vocacionada para o diagnóstico e tratamento do doente oncológico. Sem prejuízo da liberdade de escolha no acesso à rede nacional de prestação de cuidados de saúde, presta cuidados de saúde a doentes da zona geográfica correspondente a uma das Administrações Regionais de Saúde.

Sendo serviços distintos, tanto o de hospital de dia como o de transplantação de medula óssea apresentam pontos comuns, seja na tipologia de tratamentos que realizam (QT citotóxica) ou nos doentes que tratam, sendo que quase todos os que são tratados no segundo também passaram anteriormente pelo primeiro.

Serviço de Hospital de Dia

O Serviço de Hospital de Dia (HD) é um setor do departamento de Oncologia Médica que se destina à administração de terapêutica médica em regime ambulatorio para o tratamento de doentes oncológicos, abrangendo a totalidade de um dos pisos de um dos edifícios do hospital. Tem como missão o tratamento do doente oncológico, recorrendo a terapêuticas medicamentosas e biológicas, passíveis de serem realizadas com segurança em regime de ambulatorio. Atende uma média de 260 pessoas por dia, oscilando entre as 250 e as 290, podendo chegar às 300 em picos de atividade. O leque de doentes tratados é muito vasto, incluindo praticamente todos os tipos de doença oncológica. Apesar de termos envidado todos os esforços no sentido de obter dados estatísticos concretos, não se encontram disponíveis quaisquer registos que permitam discriminar e analisar de forma precisa as tipologias mais prevalentes.

Este serviço tem também como objetivos o ensino e a formação de profissionais nesta área da oncologia, bem como na investigação clínica, nomeadamente na área dos ensaios clínicos, fármaco-economia e investigação de translação, em colaboração com o Centro de Investigação.

A estrutura física contempla uma sala de tratamento com oito camas (Sala 1), três salas de tratamento com quinze cadeirões (Salas 2, 4 e 5), uma sala de tratamento com dois cadeirões (Sala 6 - Ensaios Precoces), um gabinete médico, dois gabinetes de enfermagem, dois gabinetes para administração de Hormonoterapia (Sala 3), um gabinete de secretariado administrativo, dois cadeirões de apoio (Sala 3) e outras áreas de apoio. Funciona de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 20h00, em dois turnos: 08h00-15h00/13h00-20h00. A principal função deste serviço

consiste na administração de terapêutica médica a doentes em regime ambulatorio, nomeadamente: terapêutica citotóxica, hormonoterapia (HT), modificadores da resposta biológica (anticorpos monoclonais, fatores de crescimento hematopoiético, imunomoduladores), citoprotetores, bifosfonatos, terapêuticas de suporte (componentes sanguíneos, antibioterapia, antieméticos e outros), outros produtos em estudo inseridos em investigação clínica e outros procedimentos (colheita de amostras, manipulação de CVC e outros).

Os recursos humanos incluem quatro médicos, um deles com funções de diretor, dois definidos pela escala de serviço (de oncologia médica) e um de apoio aos ensaios precoces. Conta com quarenta enfermeiros — um deles responsável pelo serviço enquanto Enfermeiro Gestor —, doze assistentes operacionais (AO) — um sob tutela do coordenador central dos assistentes técnicos (AT) —, sete ATs e um farmacêutico que funciona como elo de ligação com a Unidade Central de QT (UCQ).

A equipa de enfermagem é constituída por elementos com diferentes posicionamentos na Carreira de Enfermagem, incluindo dezoito enfermeiros especialistas: oito em enfermagem comunitária, sete em enfermagem médico-cirúrgica, dois em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica e um em enfermagem de saúde materna e obstétrica. Compete ao Enfermeiro Responsável assumir as funções inerentes à categoria de enfermeiro gestor, nomeadamente, ao nível do planeamento e gestão de cuidados de saúde e de recursos humanos e técnicos.

O responsável de turno é geralmente um enfermeiro especialista, ou, na sua falta, um enfermeiro sénior, que substitui a enfermeira gestora na sua ausência. Dada a especificidade deste serviço hospitalar, os enfermeiros envolvidos na gestão e prestação de cuidados têm sob a sua responsabilidade direta um número variável de doentes, de acordo com o plano de trabalho efetuado diariamente pelo Chefe/Responsável de Serviço. As funções são atribuídas por setores.

As salas 1, 2 e 4 são os locais onde se realizam as atividades de leitura do processo clínico (prescrição, análises e consultas); confirmação e identificação do doente por pulseira; avaliação do estado de saúde do doente, e, de acordo com a mesma, solicitação ou não de observação médica; ensino ao doente e família/pessoa significativa; avaliação do estado ponderal e monitorização dos sinais vitais; preparação de terapêutica de suporte; punção do acesso venoso do doente; validação de terapêutica; conferência da terapêutica proveniente da UCQ; administração e vigilância de terapêutica; despiste de intercorrências; registos; colaboração em determinados atos médicos; solicitação de agendamento do ciclo seguinte e respetivo bloco analítico de acordo com protocolo; notificação de risco clínico e geral; separação dos lixos; reposição da medicação do carro de apoio; colaboração na gestão de material e farmácia, tendo em conta os stocks predefinidos; supervisão das funções dos assistentes operacionais; colaboração na gestão e manutenção do material de apoio (cadeirões, máquinas infusoras, carros de apoio e outros equipamentos); articulação com o gabinete de enfermagem no sentido de promover uma gestão eficaz do serviço e colaboração na leitura e organização dos processos clínicos dos doentes agendados para o dia seguinte.

A sala 5 inclui todas as funções descritas para as salas supracitadas, acrescidas da validação de protocolos quimioterápicos que contemplem cisplatino, respeitando os protocolos de administração instituídos para esta terapêutica; vigilância e monitorização da eliminação vesical de acordo com o protocolo instituído e garantindo as normas de segurança para a evicção de contaminação e efetuar a requisição da dieta ao serviço de nutrição.

Existe também um gabinete de HT, uma sala destinada exclusivamente a ensaios precoces e um gabinete de enfermagem onde se procede a uma miríade de funções intrinsecamente ligadas à segurança da administração da QT, assegurando, entre outros aspetos, a garantia do cumprimento das decisões terapêuticas.

Algumas das funções desempenhadas pelos enfermeiros especialistas deste serviço são transversais a toda a instituição: a existência de um elo de ligação que faz a articulação com o Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA), a promoção de auditorias internas sobre higienização das mãos e manipulação de CVC e a gestão de risco local. Através do seu elo de ligação, o GCL-PPCIRA tem a responsabilidade de implementar uma cultura de segurança nas unidades de saúde, de modo que a prevenção e controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) constitua parte integrante das atividades diárias dos profissionais de saúde, contribuindo para a qualidade e prestação de cuidados seguros. O Gestor de Risco Local (GRL) faz a articulação com Serviço Saúde no Trabalho e Gestão de Risco Geral. Serve como canal de divulgação, meio de informação, de participação e consulta, para reforço das competências e qualificações relacionadas com o saber-fazer, o conhecimento das exigências legais e/ ou regulamentares a cumprir pela Instituição, bem como pela criação de uma cultura de prevenção. Promove auditorias internas de segurança sobre o grau de controlo dos riscos e sobre a observância das normas e medidas de prevenção nos locais de trabalho. Também promove a vigilância médica periódica dos profissionais do serviço. Existem ainda dois enfermeiros responsáveis pela receção e acondicionamento dos produtos citotóxicos enviados pela UCQ, ao passo que outros dois são responsáveis pela gestão e manutenção do carro de urgência e do cofre de estupefacientes.

Serviço de Transplantação de Medula Óssea

O Serviço de Transplantação de Medula Óssea (STMO) encontra-se especificamente dedicado à transplantação de células progenitoras hematopoiéticas (TCPH), medula óssea (MO) e sangue do cordão umbilical (SCU), nas suas diferentes modalidades: autóloga e alogénica. Criado na década de 80 do século XX, é uma referência nacional na área da transplantação. Encontra-se acreditado pelo *The Joint Accreditation Committee* (JACIE-FACT) para a transplantação autóloga e alogénica em pacientes adultos e pediátricos, bem como para a colheita e processamento de medula óssea e células progenitoras hematopoiéticas periféricas.

A transplantação de medula óssea é um método de tratamento que oferece uma possibilidade de cura em diversas doenças para as quais não há qualquer outra abordagem eficaz e curativa, sendo utilizada em particular no tratamento de diversas doenças do foro oncológico, sobretudo

tumores líquidos, maioritariamente mielomas, leucemias e linfomas.

Este Serviço efetua cerca de 150 a 160 transplantes por ano, sendo responsável por cerca de 1/3 do total de TPH e 50% dos TPH alogénicos realizados no país. Em 2022 realizou 163 transplantes, dos quais 97 autólogos e 66 alogénicos. Desdobrados por patologias, verificamos que as doenças mais prevalentes que motivaram o transplante, foram: o mieloma múltiplo (62), a leucemia mieloide aguda (17), a leucemia linfóide aguda (14), o linfoma de Hodgkin (13), o linfoma não Hodgkin (12), o síndrome mielodisplásico (7), o neuroblastoma (7) e o tumor de Wilms (2). Os 29 doentes restantes dividem-se por uma grande diversidade de doenças com baixa expressão estatística.

Do ponto de vista das instalações, dispõe de um setor de internamento e outro de ambulatório. O setor de internamento ocupa a totalidade de um dos pisos de um dos edifícios, com um total de 18 quartos individuais de isolamento dispostos em duas alas (par e ímpar). Todos possuem antecâmara, são climatizados com ar condicionado, filtros HEPA e circulação forçada de ar sob pressão positiva. Os quartos da ala par dispõem ainda de fluxo laminar vertical.

Cada uma das alas possui também um vestiário para as visitas e outro para os funcionários, uma sala de trabalho de enfermagem e uma sala de passagem de turno. Na ala ímpar situa-se o gabinete da enfermeira gestora. Na área central, que faz a ligação das duas alas, encontra-se a copa. No corredor de acesso ao serviço existe uma sala de espera, gabinetes médicos e o gabinete do diretor de serviço. Existe também um gabinete destinado ao atendimento de doentes urgentes, fora do horário útil da consulta.

A Consulta / Hospital de Dia relativa ao STMO dispõe de um espaço próprio noutra edifício que funciona de 2ª a 6ª feira das 08h00 horas às 19h00, sendo constituído por quatro consultórios, uma sala de ensino de enfermagem, uma sala de tratamentos, uma sala para procedimentos invasivos, uma sala de trabalho, área administrativa e sala de espera própria.

Em termos de recursos humanos, conta com uma equipa multiprofissional permanente, formada por cinco médicos (entre hematologistas e oncologistas), quarenta e três enfermeiros (um deles responsável de serviço com a categoria de enfermeiro gestor), dezoito assistentes operacionais e três assistentes técnicos. A equipa de enfermagem abarca os profissionais do piso de internamento e da consulta externa, incluindo dezanove enfermeiros especialistas: sete em enfermagem médico-cirúrgica, cinco em enfermagem comunitária, três em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, três em enfermagem de reabilitação e um em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

O responsável de turno é geralmente um enfermeiro especialista, ou, na sua ausência, um enfermeiro sénior, que substitui a enfermeira gestora na sua ausência, resolve problemas relacionados com o serviço ou que se reflitam no seu normal funcionamento, desempenhando em concomitância as funções descritas no protocolo do serviço relativo às incumbências de gestão do enfermeiro responsável.

Outras das funções desempenhadas por enfermeiros especialistas, como já tivemos

oportunidade de referir e expor no caso do HD, incluem a existência de um elo de ligação que faz a articulação com o GCL-PPCIRA; a promoção de auditorias internas sobre higienização das mãos e manipulação de CVC e a gestão de risco local. Em cada turno, um dos enfermeiros é responsável pela gestão e manutenção do carro de urgência e do cofre de estupefacientes.

3. UM CASO CLÍNICO DE PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM CONTEXTO DE HOSPITAL DE DIA

Homem de 62 anos, com diagnóstico de carcinoma espinocelular ulcerado da língua. Encontra-se em programa de quimioterapia neoadjuvante em contexto de Hospital de Dia.

3.1. Enquadramento teórico

Relativamente ao presente quadro clínico, em dezembro de 2022 apresentou queixas de odinofagia discreta, que não valorizou, tendo posteriormente recorrido a consulta médica por agravamento da sintomatologia. Em abril de 2023 foi diagnosticado com carcinoma espinocelular ulcerado da língua. A lesão ulcero-vegetante encontra-se, à data de planeamento de cuidados, descrita como tendo 3,6 cm de diâmetro e ocupa os 2/3 posteriores da língua. Foi proposto para iniciar quimioterapia neoadjuvante no Hospital de Dia, num total de 4 ciclos do esquema composto por: docetaxel, cisplatina e fluouracilo.

Apresenta antecedentes relevantes, tais como: hiperlipidemia; hábitos tabágicos anteriores e desde os 21 anos de 25 cigarros/dia, que passou a cinco cigarros/dia desde o momento do diagnóstico, referindo que não se encontra motivado para agendar consulta de cessação tabágica; hábitos alcoólicos anteriores (aproximadamente 400 ml de vinho e 660 ml de cerveja por dia) que na atualidade, refere não ingerir.

É casado e coabita com a esposa em habitação social. Trabalhou no ramo da construção civil como trolha, mas atualmente encontra-se desempregado, auferindo o subsídio de desemprego.

Carcinoma espinocelular da língua

Definição e epidemiologia

O cancro da cabeça e pescoço é a 6ª neoplasia mais comum no mundo, com maior incidência nos países em desenvolvimento (Alfouzan, 2019; Qian & Schoenfeld, 2021) e incluem cancros da cavidade oral, faringe, laringe, seios paranasais, cavidade nasal e glândulas salivares (Tumban, 2019). No total, 90% destes casos são carcinomas espinocelulares de cabeça e pescoço (CECP) (Cheng et al., 2021; Zhou et al., 2021). Este tipo de carcinoma deriva do epitélio escamoso do trato aéreo-digestivo superior, afetando diferentes áreas anatómicas, como sejam

a cavidade oral, a orofaringe, a laringe e a hipofaringe (Horton et al., 2019; Saddawi-Konefka et al., 2021; Zhou et al., 2021). À semelhança de outras neoplasias da cavidade oral, ocorre mais frequentemente em indivíduos entre os 45-50 anos e a partir da sexta década de vida. No entanto, presentemente têm sido documentados numerosos casos deste tipo, em indivíduos mais jovens (Mangold et al., 2016).

A incidência de carcinoma móvel da língua está a diminuir em alguns países devido à diminuição da exposição a fatores de risco, mas está a aumentar em pessoas mais jovens. No contexto mundial, a proporção de prevalência de carcinoma espinocelular da língua entre homens e mulheres (2 para 1) tem vindo a diminuir, com um visível aumento de novos casos desta neoplasia entre o sexo feminino a partir do final da década de 80 (Curado et al., 2009; Tadbi et al., 2009). Segundo Neville e Day (2002), tal situação é explicada devido ao facto das mulheres passarem a associar, mais abundantemente, os hábitos etílicos aos hábitos tabágicos. As doentes que apresentam carcinoma espinocelular da língua são predominantemente caucasianas e com idade superior a 55 anos (Filho et al., 2003; Girod et al., 2009).

Etiologia

Os principais fatores de risco associados ao desenvolvimento do cancro da cabeça e pescoço são o consumo de tabaco, álcool e a infeção crónica pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) (Alfouzan, 2019; Johnson et al., 2020; Alsaahfi et al., 2019; Sun et al., 2022), tendo-se assistido nos últimos anos a um aumento da sua incidência, especialmente em mulheres, devido ao aumento do tabagismo, do consumo de álcool e de uma maior taxa de infeções pelo HPV (Tumban, 2019). Outros fatores de risco intrínsecos incluem imunossupressão, inflamação crónica, infeção por HIV, líquen plano oral, deficiências em ferro, traumatismos (próteses ou cúspides traumatizantes) e alimentos a temperaturas extremamente elevadas (Rhodus et al., 2014; Scully & Bagan, 2009). Aproximadamente 75% de todos os casos estão associados ao consumo de tabaco e álcool, induzindo mutações no gene da proteína tumoral p53 (TP53), interferindo na síntese do ADN e nos seus mecanismos de reparação, potenciando a proliferação, a angiogénese e a migração de células tumorais (Alfouzan, 2019). Mais de 80% destes doentes apresentam mutações no TP53, levado a uma redução na sobrevida global, resistência à terapia e aumento da taxa de reincidência (Alsaahfi et al., 2019). No entanto, recentemente tem aumentado a incidência de carcinoma espinocelular da cabeça e pescoço associado à infeção por HPV, especialmente em idades jovens (Julian et al., 2021). A infeção por Epstein-Barr (EBV) também pode desencadear cancro na nasofaringe devido à codificação de proteínas latentes de membrana, como as proteínas latentes de membrana 1 e 2 (LMP1 e LMP2), contribuindo para a progressão do CECP (Si et al., 2017; Jain et al., 2016). Quando diagnosticados, mais da metade dos doentes já estão em estadios avançados (III ou IV) e 10% dos doentes já desenvolveram metástases (Sun et al., 2022; Cohen et al., 2019).

Fisiopatologia

O carcinoma espinocelular da cavidade oral é um tumor maligno que ocorre na epiderme ou células de órgãos anexos da cavidade oral, sendo o tipo histológico mais comum de carcinoma móvel de língua (Matsuo et al., 2022; Sridharan et al., 2017). Trata-se do tipo de carcinoma mais frequente da cavidade oral, representando 90% dos tumores malignos orais (Sridharan et al., 2017). Tem a forma de couve-flor, pode produzir necrose e abscesso dos tecidos afetados, causar úlceras e produzir odor fétido com origem na boca. Em estádios mais avançados, as células cancerígenas podem invadir camadas profundas da pele e originar metástases à distância, que prejudicam seriamente a saúde física e mental dos doentes (Tahmasebi et al., 2020; Zhang et al., 2020). Os carcinomas espinocelulares da língua envolvem vários subtipos que apresentam características patológicas e comportamentos biológicos distintos. Alguns dos nove subtipos conhecidos são relativamente raros, sendo que o subtipo patológico influencia a decisão do tratamento. A morfologia, o padrão de invasão, a reação desmoplásica, a invasão linfovascular e a invasão perineural, podem ser preditivos de prognóstico (Matsuo et al., 2022).

Ocorre geralmente no bordo lateral posterior da língua e na sua face ventral. Segundo Zini et al. (2010), no que diz respeito à distribuição desta neoplasia na língua, 75% dos casos localizam-se nos bordos laterais posteriores da língua, 20% nos bordos laterais anteriores e face ventral e cerca de 5% ocorrem na face dorsal da língua. Os bordos laterais da língua, juntamente com o pavimento da boca, correspondem aos dois locais de maior risco para a carcinogénese, o que pode ser explicado por dois motivos: qualquer agente carcinogénico mistura-se com a saliva que é depositada no pavimento da boca e que fica em contacto constante com a língua; e estas localizações são cobertas por uma mucosa fina, não queratinizada. A queratina funciona como uma barreira protetora, que uma vez ausente, torna estes locais mais vulneráveis à ação do agente carcinogénico (Okubo et al., 2017; Toh et al., 2019).

Clinicamente, esta neoplasia pode apresentar-se sob diversas formas: massas exofíticas, lesões endofíticas, leucoplásicas, eritroplásicas ou eritroleucoplásicas. Uma lesão exofítica exhibe, habitualmente, uma superfície irregular, de cor vermelha ou branca, resultante do crescimento de uma lesão ulcerada, dando origem a massas exofíticas de aspeto exuberante. A lesão endofítica apresenta-se com uma área central caracterizada por uma depressão, de forma irregular, ulcerada e envolvida por uma mucosa branca ou vermelha com bordos elevados (Bell et al., 2007). Os exemplos de carcinomas espinocelulares leucoplásicos, eritroplásicos e eritroleucoplásicos correspondem aos casos mais precoces em que ainda não se produziu nem uma massa exofítica nem ulcerada, sendo por isso, estes exemplos de neoplasias consequentes das lesões pré-malignas correspondentes (Grajewski & Groneberg, 2009). O prognóstico geral do carcinoma espinocelular da cavidade oral é pior do que o da pele. A apresentação clínica destes tumores é altamente variável, pelo que se devem tomar como suspeitas todas as lesões orais sugestivas, realizar biópsia no início do curso da doença e repetir biópsias em doenças inflamatórias orais refratárias. Pode aparecer como uma massa exofítica ou úlcera endofítica e

endurecida. As pistas para o diagnóstico incluem lesões de longa data, pápulas irregulares e ulceradas, nódulos e placas que se estendem acima do epitélio normal. O soalho da boca é a segunda localização mais comum, enquanto a superfície dorsal da língua raramente é atingido (Siegel et al., 2011).

Numa fase inicial, este carcinoma apresenta-se maioritariamente sob a forma de lesões pré-malignas, nomeadamente uma subtil mancha branca, vermelha ou uma conjugação de ambas. É geralmente assintomático, de aspeto subtil, não alarmante, sendo que o doente apenas refere a presença de uma úlcera que não cura. Os doentes podem apresentar dor ou sensação de queimadura na língua (Mangold et al., 2016).

A lesão pré-maligna corresponde a uma condição em que o doente apresenta maior predisposição para desenvolver uma neoplasia. O carcinoma espinocelular é frequentemente precedido de alterações na mucosa oral, clinicamente detetáveis e com características histopatológicas de malignidade. As lesões pré-malignas apresentam-se na sua maioria como lesões brancas (leucoplasias), vermelhas (eritroplasias) ou uma combinação de ambas (eritroleucoplasias). Numa fase avançada começa a surgir a sintomatologia, nomeadamente: dor, hemorragia, perda dentária, disfagia, odinofagia, desenvolvimento de adenopatias palpáveis e invasão óssea (Grajewski & Groneberg, 2009).

Tratamento

A terapia multimodal clássica continua a ser o padrão de tratamento, com excisão cirúrgica, quimioterapia ou radiação. Se bem que a cirurgia é o tratamento padrão do cancro de língua avançado, as estratégias ideais são discutidas caso a caso e os doentes geralmente são alvo de tratamento individualizado, tendo em atenção o estadiamento da doença e o estado geral do doente. Por essa razão os regimes de tratamento incluem não apenas cirurgia, mas também a braquiterapia e irradiação externa, bem como a quimioterapia neoadjuvante baseada em taxanos. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as modalidades de tratamento, mas deve-se ter em mente que a preservação de órgãos desempenha um papel importante na qualidade de vida. No entanto, uma vez que o grau de recidiva é elevado, especialmente em estágios avançados do tumor, a combinação de diferentes abordagens terapêuticas aumenta a probabilidade de controlo tumoral, sendo que é necessário manter a monitorização da doença a longo prazo (Hauswald et al., 2013).

A quimioterapia para o tratamento do carcinoma espinocelular da língua pode ser potencialmente curativa em fases precoces da doença. A quimioterapia de indução sistémica (ou neoadjuvante pré-operatória) com regimes à base de taxanos, desempenha um papel importante no tratamento bem-sucedido. Visa reduzir o tamanho do tumor, o risco cirúrgico, a possibilidade de recidiva local e de metástases à distância. Este tipo de tratamento também

aumenta a possibilidade de preservação do órgão. Este plano de tratamento leva a melhores resultados funcionais, permitindo uma cirurgia poupadora da função da língua e mandíbula, evitando a radioterapia pós-operatória, sem sacrificar o controle da doença e a sobrevida (Sturgis et al., 2005).

Vários estudos compararam o antigo protocolo de Cisplatina e Flouracilo (5-FU) com o regime de TPF contendo Taxano (Docetaxel). Com base nos resultados publicados, a resposta terapêutica e a sobrevida global foram maiores no regime à base de taxano (Posner et al., 2007; Remenar et al., 2006; Forastiere et al., 2013). A resposta é geralmente favorável e a quimioterapia de indução não aumenta a morbidade perioperatória. Existem, contudo, relatos sobre toxicidade (Billan et al., 2013) e questões de qualidade de vida do protocolo TPF (Crombie et al., 2014; Himmel et al., 2013). O esquema TPF é reconhecidamente emetizante e requer o uso de terapêutica profilática prévia (Uchiyama et al., 2012). Existem esquemas modificados de TPF usados para diminuir os eventos adversos (Oertel et al., 2012). Outro debate sobre a quimioterapia de indução são as respostas destinadas a ajudar na escolha do próximo tratamento, geralmente escolhendo entre radioterapia e cirurgia. Por exemplo, em tumores de orofaringe e laringe, 50-80% de taxa de resposta clínica à quimioterapia de indução continua a ser um ponto de corte aceitável para a escolha da radioterapia como próximo tratamento local (Haddad et al., 2013). Caso contrário, a cirurgia seria preferível (Posner et al., 2009).

Com efeito, o tratamento padrão dos tumores da cavidade oral nos estágios III e IV ainda é a cirurgia. No entanto, no caso de tumores avançados que requerem resseção completa da língua ou faringe, os tratamentos que permitem a preservação de órgãos, como quimioterapia inicial e/ou quimiorradioterapia, devem ser considerados. Por outro lado, 30-40% dos doentes com comprometimento da cadeia linfática nos estágios II ou III vão desenvolver metástases à distância, mais cedo ou mais tarde. Portanto, a maneira de prevenir o crescimento de micrometástases é, na verdade, a quimioterapia. Outra razão para iniciar o tratamento pela quimioterapia é que o novo regime de quimioterapia TPF apresenta efeitos colaterais mínimos, sendo possível eliminar rapidamente a sintomatologia local e os problemas associados à alteração da mastigação e/ou deglutição (Remenar et al., 2006; Billan et al., 2013).

Sobrevida

Apesar dos avanços no diagnóstico e tratamento, a sobrevida a longo prazo dos pacientes não melhorou. As estatísticas indicam que apenas metade dos doentes com carcinoma espinocelular da cavidade oral recuperam totalmente, enquanto na maioria deles ocorre metastização local ou à distância nos primeiros dois anos, apesar da cirurgia inicial e radioterapia (Oliver et al., 2007).

Embora a cirurgia seja a terapia principal, a maioria dos doentes no estágio IV com

envolvimento do osso cortical, músculos profundos da língua, etc., apresenta complicações graves. A quimiorradioterapia adjuvante também está associada a mucosite aguda, disfagia, náuseas, vômitos, rouquidão, dermatite e complicações a longo prazo, como estenose esofágica, hipotireoidismo, osteorradionecrose, xerostomia e fibrose subcutânea (Cmelak et al., 2013). A quimioterapia de indução reduz a taxa de metastização de 38% para 14% nos estádios III e IV do carcinoma espinocelular da cavidade oral (Furness et al., 2011), enquanto a quimiorradioterapia apenas diminui a taxa de recidiva local e não parece ter qualquer impacto na metastização à distância (Ma et al., 2012).

O tratamento do cancro da cabeça e pescoço obriga a tratamentos agressivos que implicam o recurso a sessões de quimio e/ou radioterapia, isoladas ou em concomitância. Estes tratamentos são a causa direta de uma multiplicidade de toxicidades com implicações significativas na vida do doente, exigindo um processo de adaptação a uma série de mudanças pluridimensionais.

O autocuidado da pessoa com doença oncológica em regime de tratamento com quimioterapia

Qualquer tipo de abordagem terapêutica do cancro, mais precisamente os tratamentos prolongados e as terapias sequenciais, geralmente designados por ciclos de QT, tanto podem ter um propósito curativo como o de otimizar o controlo da doença, prevenir ou retardar complicações e prolongar a vida, o que resulta numa população totalmente nova de doentes oncológicos que se associa ao aumento progressivo das taxas de sobrevida. A QT continua a apresentar uma série de efeitos secundários adversos, incluindo toxicidade hematológica, gastrointestinal, cardíaca, hepática, pulmonar, neurológica, renal, dermatológica e outros. Estes efeitos colaterais também incluem anorexia, diarreia, náuseas/vômitos, dor, obstipação, alopecia, caquexia, desidratação, mucosite, xerostomia, depressão e ansiedade. Muitos deles são temporários e podem ser evitados ou minimizados com tratamentos adequados e estratégias de autocuidado (Coolbrandt et al., 2013; Sahin & Erguney, 2016; Sommariva et al., 2016). Dado que o controlo desadequado destes efeitos pode levar à interrupção prematura do tratamento ou à redução da dose alvo prescrita, importa dar ênfase às intervenções e estratégias de enfermagem que promovam a autonomia do doente na gestão de sua doença e tratamento, incentivando o desenvolvimento de uma adaptação mais favorável ao longo do processo de transição saúde-doença (Meleis 2010; Meleis 2012).

A prática da enfermagem especializada no âmbito da abordagem da quimioterapia implica a necessidade de promover o autocuidado da pessoa doente, com o objetivo de melhorar a sua resposta aos processos de vida, saúde e doença. Neste âmbito, o papel do enfermeiro destaca-se enquanto educador e promotor do autocuidado, fazendo uso de intervenções que vão incidir sobre a transmissão de conhecimentos sobre o tratamento, validação dos conhecimentos já existentes, no controlo sintomático, na monitorização de conhecimentos sobre o tratamento, no reforço de ensinamentos sobre o tratamento abordando os ganhos relacionados com o desempenho

de atividades de autocuidado, na promoção de atividades de autocuidado e respetiva avaliação, no encaminhamento para outros profissionais, caso se justifique, e no suporte emocional (Machado, 2017).

O enfermeiro e o doente necessitam de se orientar para os efeitos secundários crónicos, transitórios agudos e subagudos relacionados com os agentes quimioterápicos. Genericamente, a QT utilizada no tratamento dos cancros da cabeça e pescoço (incluindo a cavidade oral) podem provocar mucosite, infeção, imunossupressão, perda de peso, desidratação, desequilíbrios eletrolíticos, náuseas, vómitos e diarreia. A história prévia também é importante, uma vez que doenças cardíacas subjacentes, hipertensão e diabetes podem limitar a tolerância à quimioterapia. Um dos aspetos mais importantes dos cuidados de enfermagem é educar e incentivar o doente para a importância das consultas médicas e de enfermagem. A resposta à terapêutica e à deteção precoce de toxicidades, efeitos secundários ou novas lesões só podem ser identificadas se o doente mantiver as visitas. Os doentes podem sentir-se tentados a adiar ou anular o tratamento até se sentirem mais fortes, com melhor estado geral e ganharem peso. O enfermeiro deve explicar o objetivo, razão e efeitos secundários potenciais e a necessidade do doente respeitar a realização de exames analíticos semanais para avaliar efeitos secundários da QT. A deteção precoce dos efeitos secundários relacionados com a quimioterapia pode facilitar o conforto do doente e a segurança do tratamento. O registo das toxicidades e os efeitos secundários é crítico, porque os ciclos de tratamento seguintes são determinados e calculados com base na tolerância do doente ao tratamento. Por outro lado, é importante determinar o nível de educação do doente, necessidades educacionais, instrução e capacidade de aprender e compreender. Os efeitos tóxicos relacionados com a quimioterapia podem ameaçar a vida dos doentes que são incapazes de compreender e gerir os efeitos secundários (Penaforte, 2023).

Mas o papel do enfermeiro não se resume à vigilância dos efeitos imediatos da quimioterapia. Com efeito, a adoção de estratégias educativas por parte dos enfermeiros é bem mais lato, sendo uma intervenção autónoma de enfermagem com evidência relativamente à melhoria de resultados de saúde das pessoas sujeitas a condições de cronicidade (WHO, 2003). Trata-se de um método comprovadamente facilitador na promoção e responsabilização da adesão ao regime terapêutico e é também reconhecido como um dos domínios essenciais na administração segura de tratamentos antineoplásicos pela American Society of Clinical Oncology e Oncology Nursing Society (Neuss et al., 2016).

Neste caso particular, as estratégias educacionais dos enfermeiros passam pela gestão dos sintomas e suporte do doente, através de práticas promotoras de autocuidado, sendo que a educação assume um papel preponderante no processo de desenvolvimento de habilidades promotoras de autocuidado (Wilson et al., 2013). A avaliação de enfermagem prévia ao tratamento de quimioterapia consiste na mobilização de conhecimentos técnico-científicos baseada na colheita de dados, através da consulta do processo clínico, entrevista e observação

do indivíduo. Tem como objetivo determinar os diagnósticos de enfermagem que viabilizam as condições para a administração do protocolo de quimioterapia prescrito (Mohile et al., 2018; Neuss et al., 2017).

Os doentes com cancro da cavidade oral submetidos a combinações de quimioterapia que incorporam platinos ou os seus derivados devem ser avaliados relativamente a eventuais sinais e sintomas de desidratação e desequilíbrios de fluídos e eletrólitos. Estes agentes são potencialmente nefrotóxicos e a intervenção de enfermagem será no sentido de educar o doente a manter-se adequadamente hidratado, proporcionando orientações escritas para avaliar a hidratação e deve saber quando comunicar ao enfermeiro quando for incapaz de se manter hidratado. O enfermeiro deve fornecer informação sobre fontes alternativas de fluídos (gelados, gelo e batidos). O controlo dos sintomas, como sejam as náuseas, os vómitos e outros, dependem do agente quimioterapêutico administrado e da resposta do doente ao tratamento.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 62 anos | Masculino

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-10-06 08:00:00	Ácido acetilsalicílico 100 mg 1X dia (07h30)	
2023-10-06 08:00:00	Omeprazol 20 mg 1 X dia (07h30)	
2023-10-06 08:00:00	Sinvastatina 40 mg 1X dia (21h00)	
2023-10-06 08:00:00	Soro fisiológico 0,9% 1000 ml EV + KCl 10 mEq + MgSo4 10 ml (hidratação prévia da QT (08H45)	
2023-10-06 08:00:00	Fosaprepitant 150 mg EV + NaCl 0,9% 100ml EV (12h00)	
2023-10-06 08:00:00	Dexametasona 12 mg EV (13h00)	
2023-10-06 08:00:00	Furosemida 20 mg EV (SOS)	

Início	Medicação	Fim
2023-10-06 08:00:00	Docetaxel 125 MG (75 MG/m ²) + NaCl 0,9% 250 ml (13h00 - Perfusão de uma hora)	
2023-10-06 08:00:00	Cisplatina 125 MG (75 MG/m ²)+NaCl 0.9% 1000 ml (14h00 - Perfusão de duas horas)	
2023-10-06 08:00:00	Fluouracilo 1150 MG (750 MG/m ²) (17h00 - Perfusão de 120 horas)	
2023-10-06 08:00:00	G-CSF 360 mcg SC (22h00)	
2023-10-06 08:00:00	Fentanil 50 ug apósito transdérmico (72/72h)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O uso de terapias anti-neoplásicas sistémicas (TANPS) no tratamento do cancro aumentou significativamente, estimulado por novos conhecimentos sobre a biologia dos tumores, a análise genómica tumoral e a análise genética do indivíduo, permitindo direcionar as terapêuticas para as características específicas das células tumorais nas diferentes abordagens do tratamento da doença oncológica. São utilizadas numa perspetiva de tratamento da doença, do aumento da sobrevida e da melhoria da qualidade de vida da pessoa (Penaforte, 2023). Trata-se de um conjunto de fármacos utilizados, isoladamente ou em combinação, com objetivo curativo ou paliativo, dependendo do tipo de tumor, da extensão da doença e da condição física da pessoa. Estas terapêuticas, enquanto modalidades de tratamento sistémico, contrastam com a cirurgia e a radioterapia, por estes serem tratamentos mais localizados. São modalidades de TANPS a quimioterapia, a hormonoterapia, a terapêutica-alvo e a imunoterapia (WHO, 2020).

De toda a medicação, ressalvo aquela relativa ao ciclo de quimioterapia. Neste caso, trata-se de QT combinada com doxetacel, cisplatina e fluouracilo, preparada em farmácia hospitalar e pronta a infundir:

Docetaxel 125 MG EV (75 MG/m²) + NaCl 0,9% 250 ml (13h00 - Perfusão de uma hora)

Trata-se de um citotóxico que interfere com a tubulina S, definindo-se como agente antineoplásico, da família dos taxanos, com ação anti-mitótica.

Em associação com a cisplatina e 5-fluorouracilo está indicado no tratamento de indução de doentes com carcinoma espinocelular (epidermoide) de cabeça e pescoço localmente avançado.

As reações adversas mais frequentes com docetaxel em monoterapia são: neutropenia, anemia, alopecia, náuseas, vômitos, estomatite, diarreia e astenia. A intensidade dos efeitos adversos do docetaxel pode ser aumentada quando é administrado em associação com outros agentes quimioterápicos.

Está contraindicado em caso de reações de hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, em doentes com contagens basais de neutrófilos <1.500 células/mm³ e

doentes com afeção hepática grave.

O uso do Docetaxel implica um conjunto de precauções e vigilâncias. Os doentes devem receber pré-medicação com antieméticos e hidratação apropriada (antes e após a administração). Devem também fazer profilaxia antibiótica para prevenir infeções de natureza neutropénica. Devem ser vigiados cuidadosamente quanto a reações de hipersensibilidade, em especial durante a primeira e segunda perfusões. Poderão ocorrer reações de hipersensibilidade alguns minutos após o início da perfusão de docetaxel, devendo, portanto, estar disponíveis recursos para o tratamento de hipotensão e broncospasmo. Caso ocorram reações de hipersensibilidade graves, tais como hipotensão grave, broncospasmo ou erupção/eritema generalizado, deverá interromper-se imediatamente a administração de docetaxel, instituindo-se terapêutica adequada. O docetaxel não deverá ser novamente administrado a doentes que desenvolveram reações de hipersensibilidade graves. As reações no local de perfusão são geralmente ligeiras e consistem em hiperpigmentação, inflamação, rubor ou secura da pele, flebite ou extravasamento e engorgitação venosa. Pode ocorrer retenção de líquidos com tradução em edema periférico, e, menos frequentemente, efusão pleural, efusão pericárdica, ascite e aumento de peso (Índice Nacional Terapêutico, 2023).

Cisplatina 125 MG EV (75 MG/m²)+NaCl 0.9% 1000 ml (14h00 - Perfusão de duas horas)

É um agente antineoplásico, citostático, inibidor da replicação e transcrição do DNA.

Está indicado numa grande variedade de doenças oncológicas em estado local avançado ou metastático, em associação com outros fármacos anti-neoplásicos.

A cisplatina provoca em quase todos os doentes náuseas e vômitos, anorexia, perda do paladar, dor abdominal e diarreia que começam geralmente 1 a 4 horas após o tratamento, podendo persistir durante uma semana. Provoca também elevação das transaminases hepáticas (AST/ALT) e fosfatase alcalina, notificadas em aproximadamente 60% dos doentes; proteinúria e hematúria notificadas em aproximadamente 50% dos doentes e dispneia notificada em 10-40% dos doentes (incidência mais elevada nos doentes com cancro do pulmão). Também estão documentadas erupções cutâneas alérgicas em aproximadamente 25% dos doentes e associadas a prurido em 10% dos doentes.

Está contraindicado em caso de hipersensibilidade à substância activa ou a qualquer um dos excipientes e em caso de aleitamento. Requer vigilância apertada, dado que após a administração de cisplatina podem ocorrer reações anafiláticas, caracterizadas por edema facial, broncoconstrição, taquicardia e hipotensão (Índice Nacional Terapêutico, 2023).

Fluouracilo 1150 MG EV (750 MG/m²) (17h00 - Perfusão de 120 horas)

É um antineoplásico pertencente à classe de fármacos análogos das pirimidinas, que são antimetabolitos antineoplásicos.

Pode ser utilizado em monoterapia ou em associação com outros agentes em diferentes regimes terapêuticos, possuindo um grande espectro de atividade contra tumores sólidos (do trato gastrointestinal, mama, cabeça e pescoço entre outros). Inclui-se no tratamento do carcinoma pavimentocelular inoperável, localmente avançado da cabeça e pescoço, em doentes não tratados anteriormente, bem como no tratamento do carcinoma pavimentocelular inoperável, localmente recorrente ou metastático da cabeça e pescoço.

As reações adversas observadas com maior frequência durante o tempo de duração da perfusão incluem diarreia, náuseas e vômitos. Foram também relatados episódios de desidratação, geralmente associados à diarreia e/ou vômitos e anorexia. Efeitos secundários gastrointestinais, tais como estomatite (os sintomas incluem dor, eritema ou ulceração da cavidade oral ou disfagia), mucosite, diarreia, úlceras gastrointestinais, proctite, esofagite, hemorragia do trato gastrointestinal ou hemorragia em qualquer local, são sinais de que o tratamento deve ser interrompido. A alopecia pode manifestar-se num número substancial de casos, particularmente em indivíduos do sexo feminino.

Está contraindicado em caso de hipersensibilidade conhecida ao Fluorouracilo, depressão da medula óssea resultante de radioterapia ou de tratamento com outros agentes antineoplásicos, alterações graves dos valores da hemoglobina ou plaquetas, estomatites, ulcerações da boca e do trato gastrointestinal, diarreia severa, disfunções hepáticas e/ou renais graves, doenças infecciosas graves e astenia acentuada. A vacinação deve ser evitada durante a terapêutica com 5- fluorouracilo.

Os doentes com deficiência da dihidropirimidina desidrogenase (DPD) estão em risco acrescido de toxicidade relacionada com as fluoropirimidinas, incluindo, por exemplo, estomatite, diarreia, inflamação das mucosas, neutropenia e neurotoxicidade. Ocorre, geralmente, durante o primeiro ciclo do tratamento ou após um aumento da dose. Estes doentes não podem ser tratados com Fluouracilo (Índice Nacional Terapêutico, 2023).

Outra medicação significativa inclui fatores estimulante de colónias de granulócitos (G-CSF) em seringas pré-carregadas:

G-CSF 360 mcg SC (22h00)

O G-CSF humano é uma glicoproteína que regula a produção e a libertação de neutrófilos funcionais da medula óssea. Faz parte dos factores estimulantes da hematopoiese.

Está indicado na redução da duração da neutropenia e da incidência da neutropenia febril em doentes tratados com quimioterapia citotóxica estabelecida para doença maligna (com exceção da leucemia mielóide crónica e das síndromes mielodisplásicas), bem como na redução da duração da neutropenia em doentes sob terapêutica mieloablativa seguida de transplante de medula óssea que se considerem estar sob um risco acrescido de desenvolver neutropenia grave prolongada.

As reações adversas mais frequentes consubstanciam-se em níveis elevados de algumas enzimas hepáticas ou sanguíneas, níveis elevados de uricemia, náuseas, vômitos, toracalgia, cefaleias, tosse, odinofagia, obstipação, perda de apetite, diarreia, mucosite oral, alopecia, erupção cutânea, fadiga e astenia.

O seu uso está contraindicado em caso de hipersensibilidade ao G-CSF (Índice Nacional Terapêutico, 2023).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Cateter central

06-10-2023 08:00 - Localização do cateter central

06-10-2023 08:00 - Veia subclávia Direita(o)

06-10-2023 08:00 - Características do dispositivo: CVC totalmente implantado (IMPLANTOFIX).

06-10-2023 08:00 - Ausência de dor.

06-10-2023 08:00 - Ausência de calor.

06-10-2023 08:00 - Ausência de rubor.

06-10-2023 08:00 - Ausência de tumefação.

06-10-2023 08:00 - Ausência de exsudado.

06-10-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter

06-10-2023 08:00 - Otimizar cateter central [1 X Turno]

06-10-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter central [Contínuo]

27-10-2024 15:00 - Substância administrada pelo cateter central: soro.

27-10-2024 15:00 - Quantidade administrada pelo cateter central: 1000 ml.

06-10-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [Contínuo]

27-10-2024 15:00 - Localização do cateter central

27-10-2024 15:00 - Veia subclávia Direita(o)

27-10-2024 15:00 - Ausência de dor.

27-10-2024 15:00 - Ausência de calor.

27-10-2024 15:00 - Ausência de rubor.

27-10-2024 15:00 - Ausência de tumefação.

27-10-2024 15:00 - Ausência de exsudado.

06-10-2023 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

06-10-2023 08:00 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

06-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do cateter central: facilitador.

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

Sondas, Drenos e Cateteres (Cateter Venoso Central)

O acesso confiável e seguro a uma veia central por um longo período, seja para a administração de quimioterapia e/ou colheita de amostras de sangue, é de grande importância na prática oncológica moderna. O cateter totalmente implantado de inserção central (IMPLANTOFIX) é usado para fornecer tratamento sistémico por meio de uma veia central, sendo muito comum no contexto hospitalar oncológico e em especial num Hospital de Dia. Permite administrar grandes volumes de medicação endovenosa, de soluções hiperosmolares e a administração segura de quimioterapia, mas também fazer colheitas de sangue, que geralmente são realizadas com muita frequência em doentes oncológicos (Taxbro et al., 2019; Moss et al., 2021).

Apesar dos benefícios destes cateteres, mais de 15% dos pacientes terão uma complicação relacionada ao cateter, pelo que o papel dos enfermeiros é fundamental para os prevenir e mitigar (Smith & Nolan, 2013). Refira-se que a infeção relacionada com os cateteres venosos centrais leva ao aumento da mortalidade e do tempo de internamento nos primeiros 6 meses após a sua colocação (Rodrigues et al., 2015).

É responsabilidade do enfermeiro manipular e manter o cateter venoso central (CVC) funcional e sem complicações. Para isso é importante não só vigiar sinais inflamatórios e executar a abordagem protocolada do local de inserção, mas também otimizá-lo com soro fisiológico para despistar a existência de infiltração, extravasamento ou obstrução (Jarding & Flynn, 2021). As diretrizes internacionais recomendam o uso de técnica pulsátil (Infusion Nurses

Society, 2011; Royal College of Nursing, 2016), estando recomendada a salinização do cateter com 10 ml de SF com técnica "push-pause" (Martinez et al., 2018).

Tradicionalmente, a lavagem com heparina tem sido a solução de lavagem mais comum usada para manter a patência do CVC (De Oliveira et al., 2020), mas estudos recentes em populações adultas sugeriram que a lavagem dos CVCs com solução salina normal pode ser tão eficaz quanto a lavagem com heparina (Infusion Nurses Society, 2021; Martinez et al., 2018). Uma revisão sistemática e metanálise descobriu que a lavagem de CVCs com heparina em pacientes adultos não tem efeitos mais favoráveis do que a lavagem com solução salina normal (Sharma et al., 2019). Outra revisão sistemática e metanálise reforçou a ideia que a heparina não é superior à solução salina normal (Zhong et al., 2017). Além disso, vários estudos relataram que a lavagem com solução salina normal não afeta significativamente a segurança dos CVCs em comparação com a lavagem com heparina na população adulta (López-Briz et al., 2018).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
06-10-2023 08:00	Sensações somáticas	
06-10-2023 08:00	Apetite	
06-10-2023 08:00	Mastigação	
06-10-2023 08:00	Digestão	
06-10-2023 08:00	Pele e mucosas	
06-10-2023 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
06-10-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	

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

Os domínios de atenção selecionados estão relacionados com o quadro teórico anteriormente apresentado. Assim, neste sub-capítulo, a pertinência de cada um deles será justificada relativamente aos cuidados de enfermagem planeados. O utente foi acompanhado em dois momentos, compreendendo duas sessões de QT que decorreram com três semanas de intervalo entre si. No primeiro momento de contacto foram selecionados os domínios que descrevemos a seguir.

Sensações somáticas

A dor é um dos sintomas mais avassaladores da doença oncológica e o controlo da dor num número crescente de pessoas que vivem com cancro representa um desafio. Grande parte desses doentes apresenta dor associada ou secundária à doença ou ao tratamento, impedindo a reabilitação e impactando significativamente na qualidade de vida. A gestão dessa dor apresenta um desafio considerável (Magee et al., 2019). De acordo com uma metanálise de Van den Beuken-van Everdingen et al. (2007), a prevalência de dor oncológica varia de 43 a 63% em todos os estadios da doença, 59% (média) em doentes em tratamento para cancro, até 70% naqueles com doença avançada ou terminal e 33% em sobreviventes. Por outro lado, “A abordagem das pessoas com dor é possível e deve ser baseada na melhor evidência científica, no sentido de prevenir e controlar a dor, melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional.” (Portugal, 2017, p. 4). As recomendações da DGS vão no sentido de que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, adotem estratégias de prevenção e controlo da dor na conceção de cuidados, perspetivando o bem-estar dos indivíduos, a redução da morbilidade e a prática de cuidados de saúde humanizados. Ao mesmo tempo, um outro princípio baseia-se no direito do indivíduo ao controlo adequado da dor, evitando sensações desagradáveis desnecessárias e a diminuição da morbilidade consequente da dor (Portugal, 2017).

Está recomendado o uso de escalas de avaliação da dor, sendo que neste caso optámos por uma Escala de Avaliação Numérica (EAN). A EAN pode ser usada em todos os tipos de dor, não necessita de qualquer instrumento físico, é sensível ao efeito de memória e pode ser aplicada todas as pessoas com idade igual ou superior a 6 anos, desde que saibam contar com noção de grandeza numérica. A sua utilização encontra-se descrita na Circular Normativa n.º 9/DGCG, 2003 (Portugal, 2003).

Sendo que a dor associada à mucosite oral constitui um dos principais problemas associados à QT, importa implementar estratégias não farmacológicas de controlo da dor. A crioterapia é um método convencional acessível, que, associado a um protocolo de cuidados orais, parece ter resultados positivos na prevenção e redução da severidade da mucosite oral (MO). O efeito da crioterapia na prevenção das lesões da MO ocorre devido à vasoconstrição local, que reduz o fluxo sanguíneo, e, conseqüentemente, diminui o pico de concentração sanguínea de citostático nas células da mucosa oral (Majithia et al., 2020). A crioterapia continua a ser uma estratégia recomendada, em especial no caso da dor associada à mucosite oral (Peterson et al., 2013), sendo que a evidência disponível confirma a recomendação de prevenção da MO com crioterapia oral em doentes que fizeram bolus de 5-fluorouracil para tratamento de tumores sólidos (Correa et al., 2020). Em perfusões de QT prolongadas, o doente pode manter a crioterapia enquanto tolerar, sendo recomendadas pausas até 20 minutos (Petersen et al., 2013).

Apetite

O cancro e o seu tratamento podem afetar o estado nutricional do doente de várias maneiras. Para além de estarem sujeitos a efeitos metabólicos, os doentes ficam emocionalmente afetados perante as dificuldades no consumo nutricional. Uma vez que comer é uma função corporal básica e frequentemente uma atividade social, a incapacidade ou dificuldade em comer podem representar um profundo impacto físico e psicológico. O desequilíbrio entre o catabolismo e o anabolismo no cancro pode levar a distúrbios metabólicos, levando, entre outros, a perda involuntária de peso. De facto, regista-se perda de peso em metade dos doentes na altura do diagnóstico e em 2/3 dos doentes com cancro avançado. Também afeta negativamente a capacidade da tolerância ao tratamento e tem-se associado a menor sobrevivência e qualidade de vida. Nestes doentes a desnutrição é altamente prevalente, sendo um preditor de morbidade, mortalidade, resposta ao tratamento e toxicidade. As alterações do paladar e do olfato são comuns e podem contribuir para a desnutrição. Estas alterações podem ocorrer antes do tratamento como após o tratamento, seja quimioterapia, radioterapia ou cirurgia (Spotten et al., 2017).

A avaliação do estado nutricional e do apetite são componentes básicos dos cuidados de enfermagem oncológica. O cancro pode afetar o metabolismo dos componentes nutritivos necessários à vida: hidratos de carbono, proteínas, ácidos gordos, vitaminas, minerais e eletrólitos. Uma alteração no metabolismo destes componentes afeta o estado nutricional de um indivíduo, ou seja, o grau de nutrição necessário que se alcança pelo consumo. Por outro lado, a síndrome da anorexia, caquexia do cancro avançado, é uma resposta complexa do organismo à presença do tumor. O processo pode ser exacerbado por respostas psicológicas: ansiedade devido ao cancro, possível progressão da doença, depressão, fenómenos antecipatórios e aversões conhecidas aos alimentos (Otto, 2001).

Por outro lado, a quimioterapia pode produzir efeitos secundários que prejudicam o estado nutricional do doente: provoca deficiências nutritivas ao promover a anorexia, estomatite, alterações do paladar e distúrbios do trato alimentar. A carência de vitaminas B1, B2, K, niacina e ácido fólico também pode resultar da quimioterapia. As alterações do paladar, tais como a aversão a carnes vermelhas, são comuns em produtos à base de platina. Contudo, os alimentos frios com pouco aroma e os alimentos suaves são geralmente bem tolerados. Normalmente, as aplicações tópicas de analgésicos minimizam o desconforto da estomatite (Otto, 2001).

Mastigação

Os doentes com tumores da cavidade oral apresentam dificuldade e/ou desconforto na mastigação. A presença de uma neoformação pode causar dificuldades na mastigação, sendo que os doentes com cancro da área da cabeça e pescoço, cancros da cavidade oral ou

esofágicos, podem registrar dificuldades em abrir a boca, mastigar e engolir, bem como apresentar alterações do peristaltismo. Observou-se que os doentes com tumores da cabeça e pescoço que foram tratados com radioterapia ou quimiorradioterapia apresentavam ulceração da mucosa oral e, portanto, uma capacidade prejudicada de consumir alimentos duros (Chen, 2019).

Os problemas nutricionais comuns a estes doentes dizem respeito não só à estratégia terapêutica utilizada, mas também à alteração funcional e fisiológica do ato de mastigar, devido ao envolvimento tumoral das estruturas bucais e em especial da língua. É importante uma avaliação de enfermagem acerca da capacidade de mastigação e deglutição para identificar e antecipar problemas relacionados com a capacidade do doente em manter o peso e a hidratação. Por essa razão importa avaliar a história dietética (incluindo consumo de bebidas alcoólicas), tipo e consistência dos alimentos a que se habituou e avaliar o peso. Estes dados permitem aconselhar o doente acerca das melhores estratégias a adotar, incluindo a adaptação da consistência dos alimentos (dieta mole, pastosa ou líquida) e a frequência da ingestão alimentar (Otto, 2001).

Digestão

Outros efeitos secundários comuns da quimioterapia são as náuseas e os vômitos (Uchiyama et al., 2012). A gravidade dos sintomas e o seu efeito no estado nutricional variam de doente para doente, mas a utilização de anti-eméticos e as medidas dietéticas podem ajudar. Os anti-eméticos mais recentes reduziram significativamente os efeitos agudos de náuseas e vômitos (Cmelac et al., 2013).

As náuseas e vômitos podem ter componentes psicogénicos, podendo ocorrer antes mesmo do tratamento. O odor, a visão e até mesmo o ato de pensar em alimentos podem produzir emese em alguns doentes. O relaxamento e a terapêutica de diversão constituem alternativas. Podem ocorrer aversões a alimentos específicos como resultado da associação destes a náuseas e vômitos. Uma das intervenções possíveis é o uso de alimentos e bebidas pouco frequentes, que são intencionalmente introduzidos antes do período de tratamento para bloquear a formação da aversão a outros alimentos favoritos (Otto, 2001).

Pele e mucosas

A QT de indução sistémica (ou neoadjuvante pré-operatória) com regimes à base de taxanos, desempenha um papel importante no tratamento bem-sucedido em doentes com carcinoma epinocelular da cavidade oral (Sturgis et al., 2005). No entanto, a gestão dos efeitos colaterais da QT em doentes oncológicos continua a ser importante porque pode afetar a tolerância e a

continuidade do tratamento, além de diminuir a qualidade de vida dos doentes. Os principais efeitos adversos imediatos consistem em náuseas, vômitos e alterações do foro gastrointestinal, geralmente diarreia (Iki & Urabe, 2000), mas existem muitos outros, como sejam aqueles que afetam a pele e os tegumentos. As toxicidades cutâneas associadas aos medicamentos citotóxicos clássicos e à terapia hormonal incluem a pele seca, bem como alterações nos cabelos e nas unhas. Estes eventos cutâneos adversos parecem estar relacionados com a disfunção da barreira cutânea, razão pela qual a adesão a uma rotina de cuidados da pele com produtos adequados pode reduzir o agravamento das reações cutâneas e também tratar algumas delas (com o desaparecimento dos sinais cutâneos em 9% dos doentes) (Lüftner et al., 2018; Bensadoun et al., 2013).

Entre as complicações mais frequentes e incapacitantes resultantes da quimioterapia encontra-se a mucosite oral (MO). Consiste numa inflamação dolorosa, acompanhada de eritema e/ou ulceração da mucosa oral. Os doentes com MO apresentam lesões epiteliais inflamadas da boca que progridem para formar ulcerações dolorosas com hemorragia submucosa e infeção. Ocorre em quase todos os doentes que realizam tratamentos de radioterapia na região da cabeça e pescoço e em 20% a 80% daqueles submetidos a quimioterapia, causando odinofagia, disfagia, compromisso da fala e dor persistente na cavidade oral. Daqui resultam consequências significativas no estado nutricional e na condição física destes doentes, podendo, conseqüentemente, afetar a sua saúde mental e qualidade de vida (Ertekin et al., 2004; Mehdipour et al., 2011; Nipp et al., 2017; Rambod et al., 2018). A MO torna dolorosos os atos de comer, beber e falar, resultando em sofrimento, perda de peso e declínio da saúde. Esses sintomas ocorrem em até 40% dos doentes entre 5 a 10 dias após o início da QT, e em quase todos os doentes dentro de 1 a 2 semanas após o início da radioterapia para o cancro da cabeça e pescoço. A mucosite oral pode ser grave o suficiente para interromper o tratamento e reduzir as taxas de sobrevivência (Bolton, 2021).

O epitélio de revestimento da cavidade oral é formado por células de rápida divisão celular, muito sensíveis à ação de drogas citotóxicas e/ou radioterapia. A intensidade destes efeitos depende de fatores como o tipo de citostáticos administrados, o estadio da doença oncológica, a idade e o estado geral do doente, os hábitos de higiene oral, nos quais se inclui a avaliação por estomatologia, entre outros. Os tratamentos oncológicos alteram a flora basal na mucosa oral e intestinal, que potenciam a ulceração e a diarreia. Além disso as bactérias estimulam a resposta inflamatória, e, em consequência, a MO (Isozaki & Brant, 2022). As manifestações da MO podem evoluir de um grau ligeiro até um grau severo e incapacitante. No seu estadio inicial, apresenta-se como um eritema da mucosa, que pode ser acompanhado por uma sensação de ardor, semelhante às queimaduras alimentares. Em alguns doentes a mucosite pode evoluir para estadios mais severos que se caracterizam pelo aparecimento de lesões ulceradas. O desenvolvimento destas úlceras é acompanhado de um agravamento da dor e incapacidade de tolerar a alimentação oral. Os primeiros sinais de MO habitualmente ocorrem 3 a 4 dias após o

início da QT e tendem a aumentar de intensidade 3 a 5 dias mais tarde, persistindo por mais 3 a 5 dias (Sonis, 2012).

Nos casos em que a MO grave se encontra instalada, pode ser necessário recorrer a nutrição entérica ou parentérica e fazer uso de analgésicos sistêmicos. O uso destas estratégias advém do risco elevado de infecções sistêmicas decorrentes da interrupção da barreira da mucosa oral, podendo resultar em internamentos não programados e/ou mais prolongados, bem como na limitação dos esquemas terapêuticos (Hong et al., 2019; Carvalho et al., 2018). Apesar da sua alta incidência, não existe um tratamento único para a mucosite oral, tendo-se realizado diversos esforços para desenvolver terapias de suporte com o propósito de reduzir a dor associada (Cirillo et al., 2015). A ausência de uniformidade de protocolos na gestão da mucosite relacionada com a quimioterapia e a percepção da sua eficácia pelos enfermeiros, também tem obstado à sua implementação de maneira uniforme (Gündogdu et al., 2022).

Nos últimos anos, vários estudos examinaram a prevalência da mucosite oral em doentes submetidos a quimioterapia e tentaram identificar uma forma de a tratar (Cabrera-Jaime, 2018; Mehdipour et al., 2011; Rambod et al., 2018). Contudo, existem poucos ensaios clínicos na literatura que comprovem a eficácia de qualquer tipo de tratamento ou método de prevenção. Os resultados de uma revisão sistemática da literatura de 2019 mostraram que a laserterapia, a crioterapia, a higiene bucal profissional, alguns agentes antimicrobianos, a geleia real, as pastilhas de *L. brevis* e a suplementação de zinco e Benzidamina são os melhores métodos de tratamento e/ou prevenção da mucosite oral (Daugélaitė et al., 2019). Outra revisão sistemática identificou 19 procedimentos de enfermagem realizados com o propósito de mitigar os efeitos da mucosite que incluíam o uso de elixires bucais, como sejam chás, suplementos, aplicações de óleos e diferentes tipos de cubos de gelo para chupar, além de solução de linhaça, própolis e leite de égua (Steinmann et al., 2021). Nesta revisão sistemática da literatura, entre os 329 ensaios clínicos randomizados e meta-análises apenas 12 deles cumpriam os critérios de inclusão: camomila (n=3), calêndula (n=1) e sálvia (n=1), própolis (n=2) e sugar cubos de gelo (crioterapia; n=5). O própolis e a crioterapia mostram a melhor evidência experimental de eficácia na mucosite oral (Steinmann et al., 2021). As evidências atuais apoiam o uso de alguns procedimentos de enfermagem (por exemplo, própolis para mucosite de grau 2 e 3) para melhorar a mucosite oral durante terapias contra o cancro, mas continuam a faltar diretrizes gerais de prática clínica para o tratamento de suporte da mucosite, bem como de mais pesquisas interdisciplinares nesta área (Steinman et al., 2021). Mais recentemente, o uso de elixires bucais com cloreto de zinco e bicarbonato de sódio no início da quimioterapia mostraram-se eficazes no tratamento e redução da gravidade da mucosite oral, bem como na melhoria da qualidade de vida destes doentes (Mohammadi et al., 2022). Refira-se que as estratégias de tratamento e prevenção têm investido mais sobre os mediadores próinflamatórios, as interleucinas e a modulação da resposta inflamatória do hospedeiro ao tratamento oncológico (Isozaki & Brant 2022).

É por tudo isto que os cuidados orais devem ser reconhecidos como uma componente crítica dos cuidados ao doente submetido a quimioterapia, exigindo uma abordagem multidisciplinar como a chave para o sucesso dos cuidados (Elad et al., 2015). A evidência aponta também para a importância de uma abordagem sistemática, baseada na educação e na promoção de cuidados de higiene oral e para a necessidade da existência de políticas e protocolos específicos nas instituições de saúde que orientem os profissionais (Botti et al., 2014).

Neste sentido, os cuidados de enfermagem devem englobar uma correta avaliação, planeamento e execução/supervisão dos cuidados de higiene oral, minimizando assim a severidade e duração das complicações que afetam a cavidade oral e contribuindo significativamente para o sucesso dos tratamentos e melhoria da qualidade de vida do doente. Não podendo ainda ser evitada, deve-se minorar a intensidade da MO mediante a utilização de protocolos de higiene oral adequados, prevenindo infeções, aliviando a dor e o desconforto (Carvalho et al., 2018), sendo pertinente a utilização de uma escala que permita avaliar o grau de mucosite e instituir o tratamento mais adequado.

Autogestão do regime medicamentoso

O autocuidado, enquanto condicionalismo pessoal, é uma área de relevo para a prática de enfermagem, uma vez que a postura do indivíduo relativamente ao seu autocuidado acaba por ter um papel relevante no sucesso da gestão do regime terapêutico, e por conseguinte, no sucesso do tratamento a que se encontra sujeito. A forma como o doente gere a doença crónica e o respetivo regime terapêutico implica a necessidade de integrar ou reformular comportamentos de autocuidado (Rodrigues, 2019). No caso do doente oncológico, a questão da autogestão do regime terapêutico é particularmente sensível, pelo facto de assistirmos a uma transição cada vez mais rápida para tratamentos oncológicos realizados em regime de ambatório, cujo sucesso implica muitas vezes uma adesão total a terapêutica que é realizada em contexto domiciliário, seja pré ou pós tratamento em ambatório. Por outro lado, a literatura refere que muitos dos doentes crónicos, incluindo os do foro oncológico, apresentam dificuldades em incorporar as recomendações terapêuticas no seu dia-a-dia, referindo que o nível de adesão diminui na proporção inversa da complexidade do tratamento (WHO, 2003).

A gestão dos efeitos colaterais da quimioterapia em doentes oncológicos continua a ser importante porque pode afetar a tolerância e a continuidade do tratamento, além de diminuir a qualidade de vida dos dentes. Os principais efeitos imediatos da quimioterapia consistem em náuseas, vômitos e alterações do foro gastrointestinal, geralmente diarreia. No caso da quimioterapia utilizada para tratamento de doentes oncológicos da cabeça-pescoço, também está associada a mucosite aguda, disfagia, rouquidão, dermatite e complicações a longo prazo, como estenose esofágica, hipotireoidismo, osteorradionecrose, xerostomia e fibrose subcutânea (Cmelak et al., 2013). As principais alterações cutâneas podem incluir hiperpigmentação,

fragilidade e *secura* da pele. (Pamungkas et al., 2017). Apesar da quimioterapia e dos protocolos combinados de rádio e quimioterapia terem melhorado o prognóstico e a sobrevida a longo prazo de muitos doentes oncológicos, continuam a estar associadas a uma série de reações cutâneas adversas, o que acontece quer a terapia seja mono ou poliquimioterapia clássica, agentes hormonais ou terapias direcionadas mais recentes. Estas toxicidades cutâneas não são apenas frequentes, mas também altamente visíveis na face, braços e/ou parte superior do tronco (Balagula et al., 2011; Skolarus et al., 2013). Com efeito, as toxicidades cutâneas associadas aos medicamentos citotóxicos clássicos e à terapia hormonal incluem a pele seca, bem como alterações nos cabelos e nas unhas. Antimetabólitos como a capecitabina e 5-fluorouracil podem causar síndrome mão-pé, caracterizada por eritema, inchaço, bolhas, ulceração e descamação nas palmas das mãos e plantas dos pés, associada a parestesia, dor e prurido (Fabbrocini et al., 2012). Os agentes alquilantes estão associados à alopecia, hiperpigmentação e dermatite por radiação de memória. Os agentes antimitóticos, incluindo alcalóides da vinca e taxanos, causam alterações nas unhas, erupção cutânea maculopapular, eritema e alopecia. Além disso, modificadores de DNA como a bleomicina e os inibidores de topoisomerase, podem causar eritema, paroníquia, alopecia, hiperpigmentação e esclerose cutânea (Heidary et al., 2008).

O esquema de doxetaxel+cisplatina+5-Fluorouracilo(5-FU) também é reconhecidamente emetizante (Uchiyama et al., 2012), pelo que o doente deve ser informado por forma a poder reconhecer os efeitos secundários, solicitar apoio do enfermeiro e não desistir do tratamento. A quimioterapia também pode provocar alterações cutâneas, incluindo hiperpigmentação, fragilidade e *secura* da pele. Por outro lado, o esquema doxetaxel+cisplatina+fluorouracilo provoca neutropenia, o que pode levar à interrupção do tratamento.

Por seu turno, o G-CSF é uma glicoproteína de administração SC que é utilizada como terapia de suporte para prevenir ou tratar a neutropenia associada à quimioterapia em doentes com doença oncológica, estimulando a produção de granulócitos (Mouchemore & Anderson, 2021). A gestão desta terapêutica antineoplásica sistémica (TANPS) em contexto domiciliário recai sobre os enfermeiros; neste caso, do G-CSF e da perfusão de 5-FU, este último com recurso a uma bomba elastomérica descartável. Esta bomba de infusão é um dispositivo descartável para administração de TANPS por tempo prolongado (superior a 24 horas) e no domicílio. Este dispositivo oferece autonomia e comodidade à pessoa nas suas atividades diárias, sendo da responsabilidade do enfermeiro informar, instruir e treinar a pessoa e a família/cuidador relativamente ao uso deste equipamento (Penaforte, 2023). O utente deve ser ensinado a manter o controlador do fluxo da bomba elastomérica em contacto com a pele, a evitar o contacto do equipamento com água e fontes de calor externas por períodos prolongados. Deve ser igualmente ensinado a observar a área do cateter e reportar sinais de alerta à equipa de saúde, manter a bomba de infusão numa posição inferior ao local de inserção do cateter (p. ex., no leito, manter a bomba de infusão junto ao tronco da pessoa) e a observar diariamente a

progressão da administração do fármaco através das marcas de graduação do reservatório (vigiar a cada 4-6 horas) (Penaforte, 2023, p. 25).

Os doentes com cancro da cavidade oral submetidos a combinações de quimioterapia que incorporam platinos ou os seus derivados devem ser avaliados relativamente a eventuais sinais e sintomas de desidratação e desequilíbrios de fluidos e eletrólitos. Estes agentes são potencialmente nefrotóxicos e a intervenção de enfermagem será no sentido de educar o doente a manter-se adequadamente hidratado, proporcionando orientações escritas para avaliar a hidratação. O doente deve saber quando comunicar ao enfermeiro quando for incapaz de se manter hidratado. O enfermeiro deve fornecer informação sobre fontes alternativas de fluidos (gelados, gelo e batidos). O controlo dos sintomas, tais como náuseas, vómitos e outros, dependem do agente quimioterapêutico administrado e da resposta do doente ao tratamento.

Todos os doentes com cancro da cavidade oral tratados com esquemas de quimioterapia que incluem platinos ou seus derivados devem ser alvo de especial atenção, monitorizando sinais de desidratação e desequilíbrios de fluidos e eletrólitos. Dada o seu elevado potencial nefrotóxico, os enfermeiros devem prestar especial atenção ao ensino destes doentes, enfatizando a importância de manter uma boa hidratação e sugerindo fontes alternativas de fluidos, como gelados, gelo e batidos. Como já tivemos oportunidade de referir, a gestão adequada de sintomas como as náuseas e os vómitos depende da QT utilizada e da resposta do doente ao tratamento. Para além disto, assiste-se cada vez mais ao uso de terapêutica oral e/ou subcutânea em tratamentos de longa duração, onde sobressai a importância de uma boa autogestão do regime medicamentoso.

Sondas, drenos e cateteres (Cateter Venoso Central)

O CVC totalmente implantado é utilizado para administrar tratamento sistémico através de uma veia central, sendo amplamente empregue no ambiente hospitalar oncológico, especialmente em um Hospital de Dia. mau grado os reconhecidos benefícios destes cateteres, mais de 15% dos doentes terão uma complicação relacionada com o CVC, pelo que o papel dos enfermeiros é fundamental para os prevenir e mitigar (Smith & Nolan, 2013).

As infeções da corrente sanguínea associadas ao cateter central podem ocorrer em qualquer momento. Uma vez colocado o cateter central, os cuidados e a manutenção baseados em evidência são da responsabilidade do enfermeiro. Garantir a manutenção e cuidados adequados deste dispositivo faz parte da prática de enfermagem e as intervenções podem reduzir significativamente o risco de infeção. O passo mais importante que o enfermeiro pode tomar para ajudar a prevenir infeções da corrente sanguínea associadas a cateteres centrais é realizar a higiene adequada das mãos antes da sua manipulação. Outras intervenções concentram-se na gestão do tratamento da ferida cirúrgica (se for esse o caso), práticas de higiene do utente,

manipulação de sistemas de infusão endovenosa, colheita de sangue e gestão de oclusões do cateter. É responsabilidade do enfermeiro manipular e manter o cateter venoso central funcionando e sem complicações. Para isso é importante não só vigiar sinais inflamatórios e executar a abordagem protocolada do local de inserção, mas também otimizá-lo com soro fisiológico para despistar a existência de infiltração, extravasamento ou obstrução (Jarding & Flynn, 2021).

No decorrer da apresentação deste caso, optámos por registar os dados relativos às intervenções do tipo "avaliar", visto tratar-se de um registo que pretende dar uma visão do acompanhamento do caso, de forma académica, e não propriamente como se se tratasse de um sistema concreto de informação em saúde. Por forma a não estender o volume deste relatório para além do razoável e evitar a repetição de dados iguais, optou-se por registar "por defeito", ou seja, entende-se que a avaliação programada foi sempre realizada no horário planeado, mas apenas foi registada quando existiu alguma alteração ao parâmetro registado anteriormente, ou então no final da interação com o doente - neste último caso para permitir a visualização dos resultados obtidos com os cuidados de enfermagem em cada diagnóstico.

3.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Sem manifestação de dor.

06-10-2023 08:00 - Determinar sinais de dor

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [1 X Turno]

27-10-2024 17:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Dor

06-10-2023 08:00 - Localização da dor

06-10-2023 08:00 - Cavidade oral

06-10-2023 08:00 - Intensidade da dor - sem dor.

06-10-2023 08:00 - Determinar evolução da dor

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [1 X Turno]

27-10-2024 17:00 - Localização da dor

27-10-2024 17:00 - Cavidade oral

27-10-2024 17:00 - Intensidade da dor - sem dor.

06-10-2023 08:00 - Diminuir dor

06-10-2023 08:00 - Gerir analgesia [SOS]

06-10-2023 08:00 - Aplicar frio [5 minutos antes e até 30 minutos após o término da perfusão]

Apetite

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.

06-10-2023 08:00 - Apetite diminuído.

06-10-2023 08:00 - Paladar conservado.

06-10-2023 08:00 - Apetite comprometido

06-10-2023 08:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [SOS]

06-10-2023 08:00 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [SOS]

06-10-2023 08:00 - Determinar evolução da ingestão de alimentos às refeições

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições [Às refeições]

06-10-2023 08:00 - Melhorar apetite

06-10-2023 08:00 - Planear dieta [Turno da manhã]

06-10-2023 08:00 - Promover autogestão: regime dietético

06-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

06-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

06-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

06-10-2023 08:00 - Ensinar sobre regime dietético [Turno da manhã]

06-10-2023 08:00 - Ensinar sobre suplementos nutricionais aconselhados face ao compromisso do apetite [Turno da manhã]

Mastigação

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais.

06-10-2023 08:00 - Simetria do ciclo mastigatório

06-10-2023 08:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório assimétrico.

06-10-2023 08:00 - Duração do ciclo mastigatório: aumentada (face à consistência dos alimentos) .

06-10-2023 08:00 - Mastigação comprometida

06-10-2023 08:00 - Determinar evolução da mastigação

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da mastigação [Às refeições]

27-10-2024 17:00 - Movimentos do ciclo mastigatório normais [MANTEVE].

27-10-2024 17:00 - Simetria do ciclo mastigatório

27-10-2024 17:00 - Esquerda(o): Ciclo mastigatório assimétrico [MANTEVE].

27-10-2024 17:00 - Duração do ciclo mastigatório: normal (face à consistência dos alimentos) [MELHOROU].

06-10-2023 08:00 - Facilitar mastigação

06-10-2023 08:00 - Planear dieta [Turno da manhã]

Digestão

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Sem sensação de enjoo.

06-10-2023 08:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

06-10-2023 08:00 - Sem vômitos.

06-10-2023 08:00 - Determinar evolução da náusea

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da náusea [Às refeições]

27-10-2024 17:00 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

06-10-2023 08:00 - Referenciar náusea ao médico [SOS]

27-10-2024 17:00

27-10-2024 17:00 - Vomitar

06-10-2023 08:00 - Determinar vômitos

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do vomitar [Às refeições]

27-10-2024 17:00 - Presença de vômito.

06-10-2023 08:00 - Referenciar o vomitar ao médico [SOS]

Pele e mucosas

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

06-10-2023 08:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1 X Turno]

27-10-2024 17:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Autogestão do regime medicamentoso

06-10-2023 08:00

06-10-2023 08:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

06-10-2023 08:00 - Dispositivo: Dispositivos de refrigeração - Não armazena a medicação de acordo com as recomendações.

06-10-2023 08:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

06-10-2023 08:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [Turno da tarde]

27-10-2024 17:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

27-10-2024 17:00 - Administra a medicação pela via adequada.

27-10-2024 17:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

27-10-2024 17:00 - Dispositivo: Dispositivos de refrigeração - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

06-10-2023 08:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

06-10-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

06-10-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

06-10-2023 08:00 - Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia na autogestão do regime medicamentoso

06-10-2023 08:00 - facilitadora.

06-10-2023 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

06-10-2023 08:00 - facilitadora.

06-10-2023 08:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

06-10-2023 08:00 - facilitadora.

06-10-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

06-10-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 27-10-2024 17:00

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Turno da tarde] [FIM] 27-10-2024 17:00

27-10-2024 17:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

06-10-2023 08:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Turno da tarde] [FIM] 27-10-2024 17:00

06-10-2023 08:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [Turno da manhã] [FIM] 27-10-2024 17:00

06-10-2023 08:00 - Ensinar sobre resposta à medicação [Turno da tarde] [FIM] 27-10-2024 17:00

06-10-2023 08:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [Turno da tarde] [FIM] 27-10-2024 17:00

06-10-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Turno da tarde]

27-10-2024 17:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

27-10-2024 17:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

3.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da náusea

- Avaliar a presença de sensação de enjoo ao longo da sessão de quimioterapia

Avaliar evolução do vomitar

- Avaliar a presença de vômito no decorrer da sessão de quimioterapia

Planear dieta

- Solicitar dieta mole e/ou pastosa ao gosto do doente ao Serviço de Nutrição

Avaliar evolução da mastigação

- Avaliar a duração do ciclo mastigatório
- Avaliar a predominância dos movimentos do ciclo mastigatório (direito, esquerdo ou bilateral)

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Informar sobre a necessidade de refrigeração do G-CSF e da sua administração à hora certa
- Ensinar sobre a auto-administração do G-CSF
- Instruir a higienizar as mãos, manter e conservar a assepsia do local;
- Instruir a remover a tampa da seringa pré-carregada
- Instruir a fazer uma prega cutânea na região peri-umbilical, utilizando o polegar e o indicador de forma a dissociar o tecido celular subcutâneo do tecido muscular Instruir a inserir a agulha na pele num ângulo de 90º
- Instruir a pressionar o êmbolo até ao fim para injetar o medicamento
- Instruir a esperar 10 segundos antes de retirar a agulha e desfazer a prega
- Instruir a verificar que a agulha retrai automaticamente (a retração automática garante que o medicamento foi injetado na totalidade
- Instruir a fazer uma pequena compressão no local da injeção com a compressa
- Exemplificar e treinar a auto-administração do G-CSF
- Ensinar a manter o controlador do fluxo da bomba elastomérica em contacto com a pele, garantindo a perfusão do fármaco (5-FU) no tempo correto
- Ensinar a evitar o contacto do equipamento com água
- Ensinar a evitar a proximidade a fontes de calor externas, por períodos prolongados
- Ensinar a observar a área do cateter e reportar sinais de alerta à equipa de saúde
- Ensinar a manter a bomba de infusão numa posição inferior ao local de inserção do cateter (p. ex., no leito, manter a bomba de infusão junto ao tronco da pessoa);
- Ensinar a observar diariamente a progressão da administração do fármaco através das marcas de graduação do reservatório (vigiar a cada 4-6 horas). (Penaforte, 2023, p. 25)

Ensinar sobre resposta à medicação

- Informar sobre a resposta espectável com o uso do G-CSF: subida de valores

hematológicos

Referenciar náusea ao médico

- Informar o médico em caso de náusea

Referenciar o vomitar ao médico

- Informar o médico em caso de vômito

Ensinar sobre regime dietético

- Informar sobre as estratégias de autogestão do regime dietético
- Reforçar o ensino fornecendo um guia de orientação (Talwar et al., 2016)

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Informar sobre efeitos secundários da quimioterapia
- Informar sobre normas de higiene e segurança no domicílio, relacionadas com a quimioterapia
- Reforçar e complementar ensino ao doente sobre quimioterapia, agilizando o acesso a materiais informativos (folheto informativo sobre os efeitos secundários da quimioterapia)
- Alertar o doente para a necessidade de verbalizar qualquer desconforto ou sintomas experimentados ao longo do tratamento (Mohile et al., 2018; Neuss et al., 2017)

Referenciar compromisso do apetite ao médico

- Informar o médico em caso de diminuição do apetite

Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição

- Informar o Serviço de Nutrição em caso de compromisso do apetite (diminuição do apetite)
- Ponderar o ajuste da dieta para mole/pastosa/líquida em caso de compromisso do apetite
- Ponderar o uso de suplementos hiperproteicos

Otimizar cateter central

- Manipular o cateter venoso central (CVC) com norma asséptica
- Verificar se há retorno sanguíneo antes da perfusão ou injeção das drogas (repetir o procedimento após a administração ao salinizar o CVC)
- Salinizar o CVC com 10 ml de SF com técnica "push-pause" (Martinez et al., 2018; Queensland Government, Department of Health, 2017)

Ensinar sobre suplementos nutricionais aconselhados face ao compromisso do apetite

- Informar sobre os suplementos nutricionais hiperproteicos disponibilizados pelo Hospital de Dia (Talwar et al., 2016)

Avaliar evolução da dor

- Avaliar a dor com recurso à escala de avaliação numérica (0-10)

Gerir analgesia

- Administrar analgesia prescrita em SOS se dor superior a 5

Aplicar frio

- Oferecer copo de gelo picado sem arestas (granizado) ou cubos de gelo ou água mineral gelada, 5 minutos antes do início da perfusão da QT e até 30 minutos após o término da perfusão
- Em perfusões de QT prolongadas, o doente pode manter a crioterapia (recomendadas pausas até 20 minutos), enquanto tolerar (Batlle et al., 2014; Peterson et al., 2013)

Avaliar evolução da administração pelo cateter central

- Verificar a permeabilidade do CVC usando soro fisiológico a 0,9% que deve ser mantido em perfusão contínua durante todo o processo de administração de drogas citotóxicas
- Avaliar o local de inserção do CVC e verificar se há retorno sanguíneo antes da perfusão ou injeção de drogas (repetir o procedimento durante e após a administração)
- Alertar o doente para a necessidade de verbalizar qualquer desconforto ou sintomas experimentados ao longo do tratamento
- Perfundir 50 a 200 ml de soro fisiológico a 0,9% entre a QT e após a conclusão da perfusão (Penaforte, 2023)

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Informar sobre a possibilidade de ocorrência de dor osteoarticular associada ao G-CSF
- Informar que não deve interromper o tratamento sem indicação médica

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central

- Avaliar a presença de dor
- Avaliar a presença de rubor
- Avaliar a presença de calor
- Avaliar a presença de edema
- Avaliar a presença de sinais de extravasamento

Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

- Informar o médico no caso de sinais inflamatórios no local de inserção do CVC
- Informar o médico no caso de extravasamento no local de inserção do CVC

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Avaliar a presença de pele seca e/ou descamativa
- Avaliar a presença de rubor cutâneo
- Avaliar a presença de áreas de hiperpigmentação cutânea

Avaliar evolução de sinais de dor

- Avaliar a manifestação de sinais de dor na cavidade oral (ex: facies de dor)
- Avaliar a manifestação de sinais de odinofagia

Avaliar evolução da ingestão de alimentos às refeições

- Verificar se ingere a totalidade da refeição servida
- Verificar se ingere apenas parte da refeição servida

3.8. Síntese relativa ao caso

Como já referimos anteriormente, tivemos contacto com este doente em duas ocasiões, respetivamente no decorrer do primeiro e segundo ciclos de quimioterapia. Sendo que o tratamento demorou várias horas que se estenderam ao longo do dia, cada momento de contacto correspondeu a um período de 12 horas (turnos da manhã e tarde, das 08h00 às 20h00). A escolha dos domínios norteou a nossa estratégia.

No primeiro momento de contacto, e tendo em conta o ciclo de quimioterapia a realizar e o tempo de implementação das intervenções, o objetivo principal passou pela vigilância de possíveis efeitos secundários e/ou toxicidades durante a perfusão do ciclo de quimioterapia. A vigilância da permeabilidade do CVC e eventuais sinais e sintomas de infeção também foram prioritários, uma vez que dele dependia a execução do tratamento. Por forma a promover a adesão ao regime terapêutico, realizou-se um ensino sobre o regime medicamentoso, com ênfase particular nos possíveis efeitos secundários e reações de toxicidade do ciclo de quimioterapia.

A gestão dos efeitos colaterais da quimioterapia em doentes oncológicos é importante porque podem afetar a tolerância e a continuidade do tratamento, além de diminuir a qualidade de vida dos doentes. Os principais efeitos imediatos da quimioterapia consistem em náuseas, vômitos e alterações do foro gastrointestinal, geralmente diarreia. No caso da quimioterapia utilizada para tratamento de doentes oncológicos da cabeça-pescoço, também está associada a mucosite aguda, disfagia, rouquidão, dermatite e complicações a longo prazo, como estenose esofágica, hipotireoidismo, xerostomia e fibrose subcutânea. O esquema de doxetaxel+cisplatina+5-Fluouracilo também é reconhecidamente emetizante, pelo que o doente foi informado por forma a poder reconhecer os efeitos secundários, solicitar apoio do enfermeiro e não desistir do tratamento. A quimioterapia também pode provocar alterações cutâneas, incluindo hiperpigmentação, fragilidade e secura da pele.

Também passou por vigiar o apetite e a capacidade de mastigação por forma a detetar alguma alteração e intervir por forma a evitar o agravamento da sua condição. Ao observar o doente, foi possível perceber que o domínio que mais afetava a sua capacidade para realização de atividades de vida diária era a capacidade de mastigar. Ingeria dieta mole/passada. Negava disfagia e/ou odinofagia, mas o tempo de mastigação estava alterado. A prioridade do doente baseou-se na premissa que se esta condição se encontrasse melhorada, teria mais capacidade para se alimentar sem recorrer a alimentos de consistência mole ou líquida. Também manifestou que o facto de não ter dor durante o ato de mastigar o deixava entusiasmado (encontrava-se medicado com selos de fentanil 50ug que trocava no domicílio de forma autónoma), bem como a perspetiva de redução tumoral prevista com o início do ciclo de

quimioterapia. Foi no seguimento desta realidade que se efetuou a vigilância da dor, que se encontrava controlada através do recurso à analgesia e de intervenções não farmacológicas, sendo que o utente não manifestou qualquer episódio de dor no decorrer do turno. Por sua vez, o apetite estava diminuído.

No final da tarde do primeiro dia de contacto, a prioridade deslocou-se para a autogestão do regime medicamentoso, nomeadamente o ensino sobre os cuidados a ter durante a perfusão contínua de 5-FU com recurso à bomba elastomérica, seguido do treino sobre a autoadministração de G-CSF, uma glicoproteína de administração SC que é utilizada como terapia de suporte para prevenir ou tratar a neutropenia associada à quimioterapia em pacientes com doença oncológica, estimulando a produção de granulócitos. Recorde-se que o esquema doxetaxel+cisplatina+fluoracilo provoca neutropenia, o que pode levar à interrupção do tratamento, pelo que se tratou também de ensinar sobre a resposta a esta medicação e os seus possíveis efeitos secundários.

O segundo momento de contacto correspondeu ao segundo ciclo de quimioterapia. O objetivo principal continuou a ser a vigilância de possíveis efeitos secundários e/ou toxicidades durante a perfusão do ciclo de quimioterapia, o que não sucedeu. Manteve-se a vigilância da permeabilidade do CVC e de eventuais sinais e sintomas de infeção, uma vez que dele dependia a execução do tratamento.

Ao avaliar o conhecimento sobre os possíveis efeitos secundários e reações de toxicidade do ciclo de quimioterapia, verificou-se que o utente se encontrava adequadamente informado sobre os mesmos. Continuou a vigiar-se o apetite e a capacidade de mastigação por forma a detetar alguma alteração e intervir por forma a evitar o agravamento da sua condição. Ingeria dieta mole/passada, negava disfagia e/ou odinofagia e o tempo de mastigação normalizou-se, sobretudo pelo facto da massa tumoral ter diminuído de tamanho. Manteve-se a vigilância da dor, que se encontrava controlada, sendo que o doente não manifestou qualquer episódio de dor no decorrer do turno. Por enquanto, não apresenta sinais de mucosite. Apesar da dor da cavidade oral se encontrar adequadamente controlada com o uso da analgesia prescrita a horas certas, fazia uso de estratégias não farmacológicas quando surgiam sinais de desconforto da cavidade oral, nomeadamente com o uso de bebidas frias ou granizado de gelo, que referia serem eficazes. Por seu turno, o apetite estava aumentado, o que se associa à corticoterapia PO que fez no domicílio nos dias que antecederam o segundo ciclo de quimioterapia.

No final da tarde do segundo momento de contacto, a prioridade deslocou-se para a avaliação da autogestão do regime terapêutico, nomeadamente sobre a auto-administração de G-CSF. O doente demonstrou conhecimento sobre a forma correta de administrar o G-CSF (administra a medicação à hora certa, pela via adequada e com a técnica adequada).

Os ganhos em saúde, mais concretamente aqueles que obtêm com os cuidados de enfermagem, referem-se ao facto do utente ter mantido a dor controlada, o apetite ter aumentado e pela

melhoria da capacidade de mastigar. Outros ganhos incluem a ausência de náuseas ou vômitos, a ausência de sinais de mucosite e o facto de ter conseguido efetuar uma gestão adequada do regime terapêutico em contexto domiciliário. A monitorização e a aferição dos ganhos em saúde permitem avaliar a qualidade dos cuidados prestados, pelo que devem estar previstos indicadores de qualidade nas unidades de saúde mais sensíveis aos cuidados de enfermagem (Donabedian, 2003). Neste campo, a plataforma de registo e4Nursing, munida que está dos princípios da ontologia (NursingOntos), revelou-se um contributo fulcral para dar resposta a esta necessidade.

A especificação das intervenções realizou-se no sentido da diferenciação, individualização e personalização dos cuidados, o que contribuiu para a eficácia das intervenções.

De uma forma global, os desafios que encontramos foram ultrapassados. Houve, contudo, algumas dificuldades inerentes à dinâmica temporal deste caso, nomeadamente o facto de não termos tido a oportunidade de realizar um terceiro momento de contacto onde poderíamos aquilatar melhor a eficácia das nossas intervenções especializadas e do seu âmbito diferenciador relativamente à pessoa em situação crónica. Para isso, o período de estágio em contexto de Hospital de Dia teria de dispor de uma janela temporal mais alargada, o que não era de todo possível. Neste caso, refira-se que o intervalo entre as diferentes sessões de quimioterapia não se coadunou com mais do que dois momentos de contacto. Mesmo assim, o facto do doente não ter interrompido o programa de QT inicialmente agendado também jogou a nosso favor.

4. UM CASO CLÍNICO DE PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM CONTEXTO DE TRANSPLANTAÇÃO DE MEDULA ÓSSEA

Homem de 63 anos, com diagnóstico de mieloma múltiplo. Encontra-se internado em programa de autotransplante de células progenitoras hematopoiéticas do sangue periférico.

4.1. Enquadramento teórico

O doente encontra-se em recaída de doença, mieloma múltiplo (MM), que teve lugar em dezembro de 2022. Fez Dara-VTD (5 ciclos) entre junho e outubro de 2023, sendo proposto para realizar um segundo transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos periféricos (PHPs) em dezembro de 2023.

Apresenta antecedentes relevantes, tais como: diagnóstico de MM em 2018 seguido de transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos periféricos (PHPs) em janeiro de 2020, dislipidemia, hipertensão arterial e insuficiência cardíaca. Alergia ao sulfametoxazol + trimetoprim. É ex-fumador. Apresenta osteofitose da coluna cervical. Fez Dara-VTD (5 ciclos) entre junho e outubro de 2023 e colocou cateter venoso central de curta duração em 23/11/2023.

Mieloma múltiplo

Definição, epidemiologia e etiologia

Trata-se de uma doença biologicamente heterogénea, incurável, que consiste na proliferação neoplásica de células plasmáticas monoclonais originárias da linhagem de células B que leva à superprodução de imunoglobulinas ou cadeias de imunoglobulinas não funcionais. As células plasmáticas produzem imunoglobulinas, que são proteínas críticas para a resposta imunitária protetora do organismo, constituídas por uma cadeia pesada (IgG, IgA, IgM, IgD, IgE) e uma cadeia leve (kappa ou lambda). No MM, os plasmócitos atípicos produzem quantidades excessivas de uma dessas proteínas, conhecidas como paraproteínas, proteínas monoclonais ou proteínas M. O subtipo de MM específico de cada doente é categorizado pela imunoglobulina envolvida (de cadeia pesada ou de cadeia leve). Pensa-se que sejam vários os fatores que

desempenham um papel na malignização e transformação das células plasmáticas, incluindo alterações cromossômicas, características moleculares e elementos que afetam o microambiente da medula óssea, tais como as anormalidades de citocinas. Acredita-se que muitos desses fatores tenham impacto no prognóstico (Palumbo & Anderson, 2011).

O MM é a segunda neoplasia hematológica mais comum. O risco de desenvolver MM é maior em faixas etárias acima dos 60 anos, ao passo que o diagnóstico é muito menos comum em doentes com idade inferior a 45 anos. A idade média ao diagnóstico é de 65 anos e a taxa de sobrevivência a 5 anos é de aproximadamente 46,6% (Naymagon & Abdul-Hay, 2016). Note-se, contudo, que a idade das pessoas com mieloma múltiplo varia de 20 a 100 anos ou mais, mas o pico de ocorrência da doença tem lugar entre pessoas na faixa dos 50-70 anos (Jemal et al., 2006). Os fatores de risco potencial incluem a idade, a radiação e a exposição a pesticidas de uso agrícola (Hussein, 1994).

Fisiopatologia

O diagnóstico do MM é baseado na presença de mais de 10% de plasmócitos atípicos na medula óssea, a presença de uma proteína monoclonal no sangue periférico e/ou urina, e ainda achados laboratoriais e clínicos adicionais (Durie et al., 2006). A acumulação destas imunoglobulinas e a interação das células plasmáticas monoclonais aberrantes com outras células na medula óssea levam a uma série de problemas. As manifestações clínicas mais comuns são o subproduto do excesso de paraproteínas e o seu impacto no ambiente celular e nos órgãos, incluindo anemia, fadiga, lesões ósseas, dor óssea, disfunção renal, infecções, hipercalcemia e diminuição da função imunológica (Gerecke et al., 2016). O sistema de classificação da Organização Mundial da Saúde diferencia o MM de outros distúrbios das células plasmáticas, como sejam a gamopatia monoclonal de significado indeterminado, o plasmocitoma solitário do osso, o plasmocitoma extraósseo e as doenças de depósito de imunoglobulina monoclonal (Swerdlow et al., 2016).

O estadiamento do mieloma múltiplo, como em qualquer doença hematológica ou malignidade oncológica, fornece um guia para o prognóstico e tratamento. O sistema de estadiamento Durie-Salmon esteve em uso desde 1975, sendo substituído por outro sistema de estadiamento. O Grupo de Trabalho Internacional sobre Mieloma reviu os critérios para a classificação do MM e outros distúrbios relacionados em mais de 10.000 doentes em três continentes, desenvolvendo o Sistema Internacional de Estadiamento. Este sistema usa apenas duas medições, a beta-2-microglobulina sérica e a albumina sérica, para prever a sobrevivência mediana de vários grupos nos estádios I a III (Greipp et al., 2005).

Tratamento

O tratamento do mieloma múltiplo depende em grande parte de fatores de risco nos quais as alterações genéticas específicas desempenham um grande papel, influenciando o plano de tratamento individual para cada doente (Brigle & Rogers, 2017). Tal como se tem verificado no caso dos tumores sólidos, os paradigmas de tratamento mudaram, passando de agentes quimioterapêuticos inespecíficos para novos medicamentos especificamente direcionados ao MM, assistindo-se ao desenvolvimento de mais de 11 novos agentes nas últimas duas décadas e 7 nos últimos 5 anos. Os últimos cinco anos mostraram-se os mais prolíficos em termos de avanços na terapia do MM, com a introdução de diversos anticorpos monoclonais, geralmente usados em regimes de combinação e melhorando drasticamente a sobrevida dos doentes (Epstein & Morrison, 2022). Contudo, o tratamento de eleição no caso de doentes refratários continua a ser o transplante autólogo de células estaminais. O fracasso da quimioterapia convencional combinada para melhorar a sobrevida global destes doentes levou ao uso de quimioterapia de alta dose seguida de transplante autólogo de células estaminais hematopoiéticas (progenitores hematopoiéticos). Embora várias novas terapias tenham surgido desde o final da década de 1990, encontram-se ainda em fase de desenvolvimento.

Historicamente, e embora não seja uma terapia curativa, a quimioterapia de alta dose seguida de transplante autólogo continua a proporcionar as melhores taxas de resposta em comparação com a quimioterapia convencional, produzindo a maior sobrevida e a melhor qualidade de vida, especialmente com o uso de uma estratégia de transplante em tandem (dois transplantes sucessivos) (Rodriguez et al., 2007; Miceli et al., 2013; Koniarczyk et al., 2017; Epstein & Morrison, 2022).

Os doentes diagnosticados com mieloma tendem a ser mais velhos, com idade média de 66 anos no momento do diagnóstico. A melhor sobrevida global foi relatada em doentes com 60 anos ou menos, tratados com transplante autólogo. Os enfermeiros oncológicos desempenham um papel fundamental na garantia da segurança e prestação de cuidados de alta qualidade, antes, durante e após o transplante (Rodriguez et al., 2007; Miceli et al., 2013). Após o transplante, é habitual realizar-se terapia de manutenção. Esta terapia de manutenção pós-transplante refere-se ao uso prolongado de quimioterapia de baixa dose ou agentes de bioterapia para controlar ou eliminar células malignas residuais após o auto transplante e retardar a progressão da doença. A maioria dos doentes acaba por efetuar terapêutica de manutenção, incluindo bifosfonatos ou bioterapia, se bem que aqueles doentes que atingem uma resposta completa e têm doença de risco padrão podem não precisar de terapia de manutenção, devendo, no entanto, permanecer sob vigilância por forma a detetar sinais de progressão da doença (Palumbo et al., 2014).

O transplante autólogo de células estaminais hematopoiéticas

O transplante de células estaminais hematopoiéticas (progenitores hematopoiéticos) é um

tratamento recomendado para muitas doenças hematológicas e não hematológicas, que consiste na infusão intravenosa de células estaminais hematopoiéticas com a finalidade de reconstituir a função medular e a imunidade de doentes no tratamento de doenças hematológicas, oncológicas, hereditárias e imunológicas (Galgano & Hutt, 2018).

Em termos gerais, existem três categorias diferentes de transplante: o autólogo, o alogénico e o singénico, que podem ser aplicados à maioria dos cenários de doença. Estas células podem ser derivadas da medula óssea, sangue periférico e sangue do cordão umbilical. O tratamento pode ser dividido em fases separadas que começam com a colheita das células-tronco, seguidas do condicionamento, da infusão, do período de aplasia e da recuperação hematológica. Está indicado em diversas doenças, sendo que essas indicações dependem de inúmeros fatores como o tipo da doença, estadió e resposta ao tratamento anterior. Trata-se de uma importante opção de tratamento para doentes com MM, estando claramente indicado nos doentes com MM que respondem a tratamento de primeira linha. No entanto, é importante ter em conta a idade, o estado geral de saúde, dado o risco de mortalidade (Galgano & Hutt, 2018).

O transplante autólogo é definido como um tratamento quimioterapêutico de alta dose seguido da infusão das próprias células estaminais hematopoiéticas do doente. Após a mobilização as células do doente são recolhidas e criopreservadas. O transplante autólogo facilita a reconstituição imediata de uma medula significativamente esgotada ou ablacionada após quimioterapia, e, por vezes, radioterapia, destinada a erradicar as doenças hematológicas e não hematológicas. Neste tipo de transplante não existe o risco de rejeição ou de doença do enxerto contra o hospedeiro (DECH). Também não há a possibilidade de existir o efeito GvT (enxerto versus tumor). A falência de enxerto é rara, mas alguns estudos demonstram que a recaída continua a ser um problema para a maioria dos doentes com MM (Michel & Berry 2016).

A transplantação tem evoluído bastante nas últimas décadas, acompanhada pelo desenvolvimento de técnicas de mobilização e descongelamento celular. No entanto, os transplantados são doentes sujeitos a diversos efeitos adversos causados pelas drogas administradas, necessitando de cuidados de enfermagem especializados. O conhecimento específico dos cuidados de enfermagem a estes doentes permite ao enfermeiro o reconhecimento de complicações, favorecendo intervenções precoces, contribuindo para uma prática da enfermagem baseada em evidência (Izu et al., 2021).

Durante o procedimento de infusão celular, as células estaminais hematopoiéticas são infundidas por via endovenosa após um regime de condicionamento prévio com quimioterapia de alta dose, irradiação corporal total ou ambas. Os transplantes mais bem-sucedidos ocorrem quando as células estaminais hematopoiéticas são do próprio doente ou quando são transplantadas a partir de um doador saudável cujo tecido é geneticamente compatível com o do recetor (doador compatível). Antes da infusão, o doente é submetido a quimioterapia e/ou radioterapia para erradicar a doença de base, desencadeando a aplasia medular, para que se

reconstitua uma nova medula. Como foi referido anteriormente, esta estratégia terapêutica divide-se em quatro fases: o condicionamento, a infusão, a aplasia e a recuperação medular. Durante este período, o doente encontra-se constantemente exposto a tecnologias invasivas, procedimentos complexos e tratamentos que induzem a imunossupressão, diminuindo a sua resistência aos microrganismos (Kenyon & Babic, 2018).

Fases do transplante autólogo de células estaminais hematopoiéticas: condicionamento, infusão, aplasia e recuperação medular

A fase do condicionamento consiste no uso de altas doses de um ou mais agentes quimioterapêuticos, associados ou não à irradiação corporal total, cuja finalidade é erradicar as células malignas residuais, criar um espaço para a enxertia das novas células e induzir a imunossupressão do recetor, de maneira a diminuir o risco de rejeição do enxerto. Desta forma, aumenta-se o risco de efeitos colaterais, o que requer cuidados especiais de enfermagem para o controlo da toxicidade nos diversos sistemas orgânicos, como sejam o controlo da toxicidade cardíaca, renal, hepática, neurológica e hematológica (Zulu & Kenyon, 2018). O regime de condicionamento mieloablativo usado em doentes com MM é o melfalano 200 mg/m² num dia ou melfalano 100 mg/m² em dois dias. Outros regimes, como seja o caso do melfalano associado a irradiação corporal total, são menos favorecidos devido ao aumento da toxicidade sem nenhum benefício adicional. É na fase do condicionamento que se procede à hiperhidratação com diurese forçada, que decorre durante e até ao dia seguinte a administração de um agente alquilante; trata-se de uma das medidas mais efetiva na prevenção de cistite hemorrágica, assim como o uso de uroprotetores e de diuréticos, encurtando o tempo de exposição da bexiga a medicamentos, como a ciclofosfamida ou o melfalano, evitando os efeitos tóxicos (Zulu & Kenyon, 2018).

Na fase da infusão procede-se à infusão das células previamente criopreservadas, realizando-se 24 horas após a administração do melfalano em alta dose (Zulu & Kenyon, 2018). De modo a garantir a viabilidade celular, as células-tronco no transplante autólogo ou do sangue de cordão umbilical são descongeladas em banho-maria à temperatura de 37°C a 40°C (Cruz et al., 2017). A administração de corticoides e anti-histamínicos antes da infusão previne a ocorrência de reações adversas ligadas à presença do dimetilsulfóxido (DMSO), no caso das células-tronco hematopoiéticas criopreservadas, bem como no caso de existir incompatibilidade no sistema ABO entre recetor e dador. Dada a possibilidade de ocorrer uma reação transfusional, é necessário que o carro de emergência esteja disponível durante a infusão das células. Os doentes devem ser cuidadosamente monitorizados durante o procedimento de infusão de células porque o crioprotetor DMSO é conhecido por ter efeitos tóxicos. As reações adversas ao DMSO incluem náuseas e vômitos, cólicas abdominais, calafrios, dispneia, hipotensão ou hipertensão, bradicardia, arritmias, hemorragia alveolar, insuficiência renal e paragem cardíaca

ou respiratória. Durante a infusão, os enfermeiros devem monitorizar os sinais vitais, incluindo oximetria, avaliar sinais e sintomas de sobrecarga hídrica, reações adversas ao DMSO, reações hemolíticas e reações alérgicas ou anafiláticas (por exemplo, sibilância, urticária, prurido, dispneia grave e hipotensão). Se forem observadas reações adversas, o enfermeiro deve interromper a infusão, notificar o médico, administrar os medicamentos conforme prescrito (por exemplo, corticóides, anti-histamínicos, diuréticos) e iniciar oxigenoterapia se necessário. Em caso de paragem respiratória ou cardíaca, deve seguir as políticas e procedimentos institucionais sobre suporte básico e avançado de vida. Após a infusão, os enfermeiros devem informar os doentes que a urina pode ficar rosada durante as 24 a 48h seguintes. Podem, além disso, sentir o gosto de alho na boca. Os enfermeiros devem informar os doentes acerca do que esperar nas próximas duas semanas, incluindo pancitopenia com suporte frequente de hemoderivados, mucosite e como controlar a dor. Após o transplante deve vigiar-se a fadiga, ansiedade, dor, insónia, astenia, mucosite, náuseas e vómitos, que estão entre os sintomas mais comuns. Antes de saírem com alta, os enfermeiros devem realizar um extenso conjunto de ensinamentos sobre gestão do regime terapêutico e medicamentoso. As casas dos doentes devem ser avaliadas antes da alta quanto à adequação para receber o doente no pós-transplante. Os sistemas de apoio e cuidadores primários devem ser claramente identificados. Também devem ser informados sobre a frequência dos exames laboratoriais e consultas de acompanhamento. Apesar de todos os problemas de qualidade de vida relatados pelos doentes, 80% a 90% também referiram que escolheriam fazer um transplante novamente (Rodriguez et al., 2007).

Durante a fase de aplasia, a infeção é uma das maiores causas de morbilidade e mortalidade, sendo extremamente importante que os enfermeiros mantenham todas as medidas de prevenção da infeção, desde a correta higienização das mãos de acordo com as normas preconizadas para doentes neutropénicos em regime de isolamento protetor, passando pelo uso de EPIs (barrete, máscara, luvas, etc) e o internamento permanente em quartos individuais com sistema centralizado de filtração do ar com pressão positiva (Lima & Bernardino, 2014; Vokurka et al., 2014). O uso do filtro "high efficiency particulate air" (HEPA) tem como função a prevenção de infeções fúngicas, que podem ser letais nestes doentes (Vokurka et al., 2014). Outro elemento determinante na prevenção de infeções fúngicas consiste no uso profilático de antifúngicos endovenosos (Zhang, 2021).

Depois da fase de aplasia, segue-se a de recuperação medular. No caso de um transplante bem sucedido, a recuperação hematológica geralmente tem lugar 10 dias após o transplante. O restabelecimento do sistema imunológico pode demorar vários meses após a infusão das células-tronco hematopoiéticas, devido à recuperação lenta dos linfócitos, sendo que durante este período os doentes podem desenvolver diversas complicações. Para além da gestão das complicações imediatas do regime de condicionamento, o enfermeiro deve reunir um conjunto de competências na prevenção e gestão das complicações iniciais e tardias, como sejam as reações transfusionais, a administração segura de medicamentos, a prevenção da infeção, a

manipulação segura do cateter venoso central, a educação do doente e do cuidador (Kenyon & Babic, 2018).

Sobrevida

A sobrevida a 5 anos é de 75% (2,4 a 60 meses) (Todaro et al., 2011). Se por um lado o advento de novas terapias permitiu aumentar a sobrevida dos doentes com MM, mesmo assim os doentes transplantados ainda têm o potencial de recaída e existe o risco de morte precoce não associada à doença. As causas mais comuns não associadas à doença são: segundos cancros primários, infeções e eventos cardíacos. Estes doentes também apresentam um aumento da incidência de doenças hematológicas relacionadas com o tratamento. Os efeitos colaterais do tratamento podem causar co-morbilidades que exigem vigilância. Por exemplo, os doentes que fazem uso de corticóides devem ser vigiados relativamente ao surgimento de cataratas, diabetes, osteopenia e infeções (Burns, 2009; Majhail et al., 2012; NCCN, 2016).

O autocuidado da pessoa com doença oncológica em processo de transplante de medula óssea

Um dos aspetos mais importantes dos cuidados de enfermagem é a instrução do doente acerca da deteção precoce de toxicidades e efeitos secundários da QT. A deteção precoce dos efeitos secundários relacionados com a quimioterapia pode facilitar o conforto do doente e a segurança do tratamento. O registo das toxicidades e os efeitos secundários permite intervir precocemente, melhorando a qualidade de vida do doente e permitindo a atuação atempada em caso de toxicidade grave. Por outro lado, é importante determinar o nível de compreensão do doente, necessidades educacionais, instrução e a capacidade de aprendizagem. Os efeitos tóxicos relacionados com a quimioterapia podem ameaçar a vida dos doentes que são incapazes de compreender e gerir os efeitos secundários imediatos (Penaforte, 2023).

O enfermeiro deve informar e sensibilizar o doente acerca dos efeitos secundários crónicos, transitórios agudos e subagudos relacionados com os agentes quimioterápicos. Nos doentes com mieloma múltiplo que respondem à terapia primária, o transplante autólogo de PHPs é considerado o padrão de tratamento com altas doses de melfalano em candidatos a transplante. Genericamente, a quimioterapia utilizada no regime de condicionamento de doentes com mieloma múltiplo em programa de auto-transplante (melfalano) pode provocar toxicidades hematológicas e gastrointestinais, bem como doenças do sistema imunitário, sendo consideradas como consequências previstas da mielossupressão. Outros efeitos secundários comuns incluem estomatite, inflamação das mucosas, hemorragia gastrointestinal, diarreia, náuseas, vômitos, amenorreia, distúrbios ovários e menopausa prematura. Também estão descritas infeções, casos de doença do enxerto contra hospedeiro (DECH) aguda e crónica, como as principais causas de morbidade e mortalidade no contexto de alo-transplantes (Xiang

et al., 2019).

O autocuidado, enquanto condicionalismo pessoal, é uma área de relevo para a prática de enfermagem, uma vez que a postura do indivíduo relativamente ao seu autocuidado acaba por ter um papel relevante no sucesso da gestão do regime terapêutico, e por conseguinte, no sucesso do tratamento a que se encontra sujeito. A forma como o doente gere a doença crónica e o respetivo regime terapêutico implica a necessidade de integrar ou reformular comportamentos de autocuidado (Rodrigues, 2019). Nas últimas décadas assistiu-se a uma transição cada vez mais rápida para tratamentos oncológicos cujo sucesso implica muitas vezes uma adesão total a terapêutica que é realizada em contexto domiciliário, seja pré ou pós tratamento. Por outro lado, a literatura refere que muitos dos doentes crónicos, incluindo os do foro oncológico, apresentam dificuldades em incorporar as recomendações terapêuticas no seu dia-a-dia, referindo que o nível de adesão diminui na proporção inversa da complexidade do tratamento (OMS, 2003).

No caso do doentes oncológicos em regime de transplante, o elevado volume de terapêutica oral que terá de gerir pode levar a um problema de adesão ao regime terapêutico. Esta questão da autogestão do regime terapêutico é particularmente sensível, uma vez que após o transplante deverão ser capazes de gerir um conjunto alargado de medicamentos - maioritariamente administrados por via oral - , incluindo imunossuppressores, que serão a garantia de sucesso do transplante realizado. A forma como o doente gere a doença crónica e o respetivo regime terapêutico implica a necessidade de integrar ou reformular comportamentos de autocuidado (Rodrigues, 2019).

É igualmente importante capacitar os doentes com ensino sobre os efeitos colaterais a longo prazo, seja com vista à gestão do regime terapêutico, seja na adoção de estilos de vida saudáveis, que devem incluir a cessação tabágica, o consumo limitado de álcool, a manutenção de um peso saudável, uma dieta equilibrada e a prática regular de exercício físico (Burns, 2009; Magalhães, 2020; Majhail et al., 2012; NCCN, 2016).

Ao realizar o transplante de células estaminais hematopoiéticas, a equipa de enfermagem deve estar atenta para prevenir e detetar precocemente as principais complicações, que correspondem a infeções, doença veno-oclusiva hepática, doença do enxerto contra o hospedeiro, mucosite, náuseas e vômitos, diarreia, alterações hematológicas e complicações pulmonares (Kenyon & Babic, 2018).

Os cuidados de enfermagem incluem o controlo de sinais vitais, a avaliação da ingestão alimentar, os cuidados com o CVC, o controlo dos exames laboratoriais, a avaliação do funcionamento dos sistemas corporais, a administração de medicamentos e transfusões, as medidas de controlo dos microrganismos, a educação do doente e do(s) cuidador(es) para o autocuidado e a comunicação integrada com a equipa interdisciplinar (Figueiredo et al., 2019; Castro et al., 2012).

Os sinais vitais e a oximetria devem ser realizados geralmente a cada 4/8 horas e com maior frequência nos doentes com risco de insuficiência pulmonar. Avaliar a temperatura a cada 4 horas ou conforme necessário é outra intervenção importante, já que a maioria das complicações pós-transplante são de natureza infecciosa (Stephens et al., 2013).

Todos os doentes submetidos a transplante de PHPs têm risco de complicações, sobretudo infecções, sendo que pelo tempo que passam junto dos dentes, os enfermeiros são os profissionais de saúde que mais rapidamente podem observar mudanças subtis na condição do doente. A notificação imediata de sinais e sintomas pode garantir a intervenção mais adequada e oportuna, promovendo melhores resultados para os doentes. O controlo de sinais e sintomas e a deteção e prevenção de complicações recaem sob a alçada dos cuidados de enfermagem, assumindo-se como objetivos destacados da ação do enfermeiro junto deste doentes (Stephens et al., 2013; Miceli et al., 2013).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 63 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-11-25 08:00:00	Amlodipina 2.5 mg ao jantar	
2023-11-25 08:00:00	Bisoprolol 3.75 mg ao pequeno-almoço	
2023-11-25 08:00:00	Ramipril 1.25 mg ao almoço	
2023-11-25 08:00:00	Atorvastatina 40 mg ao jantar	
2023-11-25 08:00:00	Lorazepam 1 mg PO 6/6h (06h00; 12h00; 18h00; 24h00)	
2023-11-25 08:00:00	Ondansetrom 8 mg EV 8/8 h (08h00, 16h00, 24h00)	
2023-11-25 08:00:00	Dexametasona 20 mg EV 1 id. (10h00)	
2023-11-25 08:00:00	NaCl 0.9% 2000 ml EV (09h00)	
2023-11-25 08:00:00	Furosemida 20 mg EV 5 id. (09h00; 10h00; 11h00; 12h00; 16h00)	
2023-11-25 08:00:00	Melfalano 384 MG (10h00)	
2023-11-25 08:00:00	NaCl 0.9% 2000 ml EV + KCl 10 ml EV (10h00; 11h00; 12h00; 14h00)	
2023-11-25 08:00:00	Aciclovir 800 mg PO 12/12h (08h00; 20h00)	
2023-11-25 08:00:00	Levofloxacina 500 mg 1 id. (09h00)	
2023-11-25 08:00:00	Micafungina 50 mg EV 1 id. (08h00)	
2023-11-25 08:00:00	Ácido fólico 5 mg PO 1 id. (08h00)	

Início	Medicação	Fim
2023-11-25 08:00:00	Pidolato de magnésio 1500 mg/10 ml Sol oral 1 id. (08h00)	
2023-11-25 08:00:00	Esomeprazol 40 mg PO 1 id. (07h00)	
2023-11-25 08:00:00	Atovaquona 750 mg PO (5 ml) ao pequeno-almoço e jantar	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Neste caso clínico, destacamos o melfalano EV, pelo facto de ser o único agente quimioterapêutico que compõe o regime de condicionamento do doente com mieloma múltiplo em programa de transplante autólogo. Trata-se de um agente antineoplásico que atua como agente alquilante bifuncional, impedindo que as células se dividam ao impedir que o ADN celular se duplique para formar novas células. Afeta, portanto, células que se dividem rapidamente, como células cancerígenas e células da medula óssea. Em dose elevada, é utilizado de forma isolada ou em associação com outros medicamentos citotóxicos e/ou irradiação corporal total, no tratamento de mieloma múltiplo, linfoma de Hodgkin, linfoma não Hodgkin, leucemia linfoblástica e mieloblástica aguda, adenocarcinoma do ovário em fase avançada, cancro da mama precoce e avançado, neuroblastoma infantil e policitemia vera. Também é usado para perfusão arterial regional em casos de melanoma maligno localizado e de sarcoma de tecidos moles localizado nas extremidades. Em associação com outros medicamentos citotóxicos, está indicado como tratamento de condicionamento de intensidade reduzida antes do transplante alogénico de células estaminais hematopoiéticas em doenças hematológicas malignas em adultos. No caso do mieloma múltiplo, o melfalano é administrado de forma independente numa dose de 400 µg/kg ou 16 mg/m². As reações adversas notificadas com maior frequência foram toxicidades hematológicas e gastrointestinais e doenças do sistema imunitário, sendo consideradas como consequências previstas da mielossupressão. Foram notificadas infeções, casos de DECH aguda e crónica, como as principais causas de morbilidade e mortalidade no contexto de alo-transplante. Foram também frequentemente notificados casos de falência da medula óssea, estomatite, inflamação das mucosas, hemorragia gastrointestinal, diarreia, náuseas, vômitos, amenorreia, distúrbios ováricos e menopausa prematura. A incidência de diarreia, vômitos e estomatite tornam a toxicidade limitadora da dose em doentes tratados com doses elevadas por via intravenosa em associação com transplante autólogo de medula óssea. Também apresenta algumas contraindicações, como sejam a hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes, a gravidez (apenas relativamente ao tratamento antes do transplante) e a amamentação (EMA, 2020).

Exige um conjunto de precauções durante a administração que a não serem respeitadas colocam em risco a vida do doente e a eficácia do tratamento em si. O melfalano pode causar lesões tecidulares locais, pelo que não deve ser administrado através de veia periférica pelo

risco de extravasamento. No caso da administração de melfalano em dose elevada, com ou sem transplante, está recomendada a administração do medicamento diluído através de um CVC, para evitar o extravasamento. Em caso de extravasamento, a administração deve ser interrompida imediatamente. Recomenda-se que seja injetado em perfusão de 15 a 20 minutos. O tempo total entre a preparação da solução e o fim da perfusão não deve exceder 1 hora e 30 minutos. Quando é ainda mais diluído numa solução para perfusão, tem uma estabilidade reduzida e a sua taxa de degradação aumenta rapidamente com o aumento da temperatura. Recomenda-se a realização da perfusão a uma temperatura inferior a 25 °C. A doença hepática veno-oclusiva constitui uma complicação importante que pode ocorrer durante o tratamento com o melfalano. Os doentes que tenham recebido previamente QT igual ou superior a três ciclos ou transplante de células progenitoras podem ter um risco acrescido. Como o melfalano é um agente mielossupressor potente, é essencial prestar especial atenção à monitorização dos valores hematológicos para evitar a possibilidade de mielossupressão excessiva, o risco de aplasia da medula óssea irreversível e/ou de insuficiência medular irreversível. A citopenia pode continuar a progredir mesmo após a interrupção do tratamento. Assim, ao primeiro sinal de uma diminuição anormalmente acentuada de leucócitos ou trombocitopenia grave, o tratamento deve ser temporariamente interrompido. Recomenda-se que seja garantida a hidratação adequada e diurese forçada do doente, bem como a administração profilática de agentes anti-infecciosos (contra bactérias, fungos e vírus). Deve ser considerada a administração de produtos derivados do sangue, se necessário (EMA, 2020).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

25-11-2023 08:00

25-11-2023 08:00 - Regime de Isolamento

25-11-2023 08:00 - Características do regime de isolamento: Isolamento protetor por imunossupressão.

25-11-2023 08:00 - Promover adesão: regime de isolamento

25-11-2023 08:00 - Conhecimento sobre regime de isolamento: facilitador.

Sondas, Drenos e Cateteres

25-11-2023 08:00

25-11-2023 08:00 - Cateter central

25-11-2023 08:00 - Localização do cateter central

25-11-2023 08:00 - Veia subclávia Direita(o)

25-11-2023 08:00 - Características do dispositivo: CVC de curta duração.

25-11-2023 08:00 - Ausência de dor.

25-11-2023 08:00 - Ausência de calor.

25-11-2023 08:00 - Ausência de rubor.

- 25-11-2023 08:00 - Ausência de tumefação.
25-11-2023 08:00 - Ausência de exsudado.
- 25-11-2023 09:00 - Localização do cateter central
25-11-2023 09:00 - Veia subclávia Direita(o)
25-11-2023 09:00 - Características do dispositivo: CVC de curta duração.
25-11-2023 09:00 - Ausência de dor.
25-11-2023 09:00 - Ausência de calor.
25-11-2023 09:00 - Ausência de rubor.
25-11-2023 09:00 - Ausência de tumefação.
25-11-2023 09:00 - Ausência de exsudado.
- 25-11-2023 08:00 - Assegurar funcionamento do cateter**
25-11-2023 08:00 - Otimizar cateter central [07h00]
- 25-11-2023 08:00 - Determinar evolução da administração pelo cateter**
25-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter central [Contínua]
25-11-2023 09:00 - Substância administrada pelo cateter central: soro.
25-11-2023 09:00 - Quantidade administrada pelo cateter central: 1000 ml.
27-11-2023 15:00 - Substância administrada pelo cateter central: soro.
27-11-2023 15:00 - Quantidade administrada pelo cateter central: 1000 ml.
27-11-2023 18:00 - Substância administrada pelo cateter central: soro.
27-11-2023 18:00 - Quantidade administrada pelo cateter central: 1000 ml.
06-12-2023 18:00 - Substância administrada pelo cateter central: soro.
06-12-2023 18:00 - Quantidade administrada pelo cateter central: 1000 ml.
- 25-11-2023 08:00 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central**
25-11-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [Contínua (3 X DIA)]
25-11-2023 10:00 - Localização do cateter central
25-11-2023 10:00 - Veia subclávia Direita(o)
25-11-2023 10:00 - Ausência de dor.
25-11-2023 10:00 - Ausência de calor.
25-11-2023 10:00 - Ausência de rubor.
25-11-2023 10:00 - Ausência de tumefação.
25-11-2023 10:00 - Ausência de exsudado.
27-11-2023 10:00 - Localização do cateter central
27-11-2023 10:00 - Veia subclávia Direita(o)
27-11-2023 10:00 - Ausência de dor.
27-11-2023 10:00 - Ausência de calor.
27-11-2023 10:00 - Ausência de rubor.
27-11-2023 10:00 - Ausência de tumefação.
27-11-2023 10:00 - Ausência de exsudado.
06-12-2023 18:00 - Localização do cateter central
06-12-2023 18:00 - Veia subclávia Direita(o)
06-12-2023 18:00 - Ausência de dor.

06-12-2023 18:00 - Ausência de calor.

06-12-2023 18:00 - Ausência de rubor.

06-12-2023 18:00 - Ausência de tumefação.

06-12-2023 18:00 - Ausência de exsudado.

27-11-2023 18:00 - Localização do cateter central

27-11-2023 18:00 - Veia subclávia Direita(o)

27-11-2023 18:00 - Ausência de dor.

27-11-2023 18:00 - Ausência de calor.

27-11-2023 18:00 - Ausência de rubor.

27-11-2023 18:00 - Ausência de tumefação.

27-11-2023 18:00 - Ausência de exsudado.

25-11-2023 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

25-11-2023 08:00 - Prevenir complicações relacionadas com cateter central

25-11-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter central [A cada 7 dias e em SOS]

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

Sondas, drenos e cateteres

Como já tivemos oportunidade de referir na explanação do caso anterior, a acesso seguro a uma veia central por um longo período, seja para a administração de quimioterapia é fundamental na prática oncológica moderna. Os cateteres tunelizados (Hickman ou Certofix), cateteres centrais de inserção periférica (PICCs) e cateteres totalmente implantados de inserção central (PORTs) são usados para fornecer tratamento sistémico por meio de uma veia central, permitem administrar grandes volumes de medicação endovenosa, mas também realizar colheitas de sangue, geralmente muito frequentes em doentes oncológicos (Moss et al., 2021).

O uso do CVC para infusão de PHPs evita danos à rede venosa periférica, devido à alta osmolaridade das células-tronco hematopoiéticas criopreservadas (Castanho et al., 2011). O seu uso como via exclusiva para a infusão do transplante deve-se à incompatibilidade das células-tronco hematopoiéticas com outros fluídos e medicamentos (exceto solução salina 0,9%), que poderiam danificá-las (Cruz et al., 2017).

Mau grado os múltiplos benefícios destes cateteres, mais de 15% dos pacientes terão uma complicação relacionada ao cateter, pelo que o papel dos enfermeiros continua a ser fundamental para os prevenir e mitigar (Smith & Nolan, 2013). Entre estas complicações, as mais comuns incluem a arritmia, o seu mau posicionamento, a embolia gasosa, o pneumotórax, a hemorragia, a deiscência, a infeção, a rutura do CVC, a embolização e a sua eventual

migração (Figueiredo et al., 2019; Pontes et al., 2018). Também se encontra documentado que a infecção relacionada com o CVC leva ao aumento da mortalidade e do tempo de internamento nos primeiros 6 meses após a sua colocação (Rodrigues et al., 2015).

Reforçando o que já se referiu para o caso anterior, cabe ao enfermeiro a responsabilidade pela manipulação e manutenção do CVC, mantendo-o funcionante e sem complicações. Para isso é importante não só vigiar sinais inflamatórios e executar a abordagem protocolada do local de inserção, mas também otimizá-lo com soro fisiológico para despistar a existência de infiltração, extravasamento ou obstrução (Jarding & Flynn, 2021). A vigilância do local de inserção do cateter permite a inspeção da pele em busca de sinais inflamatórios, extravasamento e/ou infecção (Figueiredo et al., 2019).

Regime de isolamento

Apesar das melhorias nas últimas décadas, a infecção continua a ser um risco significativo para todos os doentes com doença oncológica do foro hematológico. Aqueles que requerem transplante auto ou alogénico e especialmente aqueles que têm disparidade de HLA ou enxertos com depleção de células T têm um risco ainda maior de complicações infecciosas devido à recuperação tardia da função das células T e B. A identificação precoce com tratamento eficaz imediato é fundamental para melhorar a sobrevida de todos estes doentes. A adesão às medidas de proteção do doente pós-transplantado e imunodeprimido, a par da adoção de medidas de isolamento protetor, são a espinha dorsal de um programa preventivo eficaz. Os cuidados de enfermagem e uma sólida base de conhecimento dos riscos, apresentação, diagnóstico e tratamento das infeções melhoram consideravelmente o atendimento ao doente e o sucesso dos transplantes (Murray et al., 2018).

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
25-11-2023 08:00	Sensações somáticas	
25-11-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
25-11-2023 08:00	Volume de líquidos	
25-11-2023 08:00	Autogestão do regime medicamentoso	
25-11-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
25-11-2023 08:00	Eliminação urinária	
25-11-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	
25-11-2023 08:00	Padrão de exercício	
25-11-2023 08:00	Termorregulação	

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

Os domínios de atenção selecionados estão relacionados com o quadro teórico anteriormente apresentado. Assim, neste sub-capítulo, a pertinência de cada um deles será justificada relativamente aos cuidados de enfermagem planeados. Ressalve-se que os cuidados de enfermagem ao doente submetido a este tipo de tratamento exigem um grau elevado de competência, uma vez que o sucesso do transplante é fortemente influenciado pelos cuidados de enfermagem no decorrer de todas as fases do transplante (Kenyon & Babic, 2018). O utente foi acompanhado em três momentos, compreendendo o dia do condicionamento e os dias que precederam a alta, que decorreram com onze dias de intervalo. No primeiro momento de contacto foram selecionados os domínios que descrevemos a seguir.

Sensações somáticas (Dor)

A escolha deste domínio prende-se com o facto da dor intensa ser um problema bem conhecido e relatado pela maioria dos doentes submetidos a transplante autólogo, alogénico ou singénico de células progenitoras hematopoiéticas. No caso dos doentes com mieloma múltiplo, a dor óssea pode ter um impacto significativo na qualidade de vida destes doentes (Davies et al., 2019). Como já referimos no caso anterior, a dor é um dos sintomas mais avassaladores da doença oncológica e o controlo da dor num número crescente de pessoas que vivem com cancro representa um desafio. Grande parte desses doentes apresenta dor associada ou secundária à doença, ou ao tratamento, sendo que a gestão dessa dor apresenta um desafio considerável (Magee et al., 2019).

Nos doentes imunodeprimidos e neutropénicos, a higiene oral para prevenção da mucosite é importante, para prevenir lesões na mucosa oral que podem originar infeções, dor, mal-nutrição e hemorragia. De todos estes, a dor é a consequência que mais influi no bem estar imediato do doente com mucosite. A evidência apoia recomendações para o uso de crioterapia oral para a prevenção de mucosite oral em doentes submetidos a transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas com protocolos de condicionamento de melfalano em altas doses (Correa et al., 2020). A educação do doente e do cuidador deve ser feita de uma forma clara e compreensível, devendo ser realizada de forma uniforme e consistente entre os profissionais de saúde, por forma a facilitar o processo de autocuidado destes doentes (Lima & Bernardino, 2014; Rodrigues et al., 2018; Morrison et al., 2018).

Sistema cardiovascular

No caso de doentes com HTA e/ou insuficiência cardíaca, a escolha deste domínio justifica-se pela sobrecarga hídrica resultante da hiperhidratação aquando da perfusão do melfalano, o que obriga a uma vigilância apertada dos valores tensionais (Kenyon & Babic, 2018), por forma a prevenir a sobrecarga vascular e o surgimento de edema agudo do pulmão, especialmente no caso de um doente com antecedentes de HTA e insuficiência cardíaca.

Volume de líquidos

A hiperhidratação com diurese forçada durante e até ao dia seguinte após a administração de um agente alquilante obriga ao controlo adequado do volume de líquidos. A prevenção de complicações do melfalan assim o determina. Com efeito, a hiperhidratação é uma das medidas mais efetivas na prevenção de cistite hemorrágica, assim como o uso de uroprotetores e de diuréticos, encurtando o tempo de exposição da bexiga a medicamentos como a ciclofosfamida ou o melfalano, evitando os seus efeitos tóxicos (Kenyon & Babic, 2018).

Autogestão do regime medicamentoso

A gestão do regime medicamentoso durante e após o transplante constitui um desafio, não só pelo elevado volume de medicamentos administrados por via oral, mas sobretudo pelo facto de muitos dos doentes transplantados serem idosos. Antes da alta, os enfermeiros devem encarregar-se de realizar os ensinamentos necessários, incluindo a entrega de um esquema com a discriminação dos medicamentos, do horário e das condições em que devem ser tomados. Devem ser igualmente informados que estão impedidos de tomar certos medicamentos de venda livre, como anti-inflamatórios não esteroides e suplementos alimentares devido à possibilidade de interações medicamentosas, toxicidade de órgãos ou interferência com a terapêutica de manutenção (Miceli et al., 2013).

O acompanhamento no pós-transplante e a longo prazo realiza-se em regime ambulatorio, sendo que os enfermeiros desempenham um papel integral no cuidado destes doentes. Desde a gestão de sintomas e prevenção do risco de infeção após o transplante, passando pelas reimunizações do Plano Nacional de Vacinação e a gestão do regime medicamentoso em doentes que serão sempre polimedicados (Miceli et al., 2013).

Sondas, drenos e cateteres (CVC)

Se é verdade que os enfermeiros assumem um papel central no ensino do doente e do cuidador(es) sobre o curso do tratamento, complicações e outros elementos-chave do processo de transplantação de PHPs, este papel não é menos importante no cuidado com o CVC

(Stephens et al. 2013).

O CVC é usado para fornecer tratamento sistémico por meio de uma veia central, sendo muito comum no contexto hospitalar oncológico. Apesar dos seus inegáveis benefícios, está documentado que mais de 15% dos doentes com CVC acabam por desenvolver algum tipo de complicação relacionada com a presença do cateter, sendo que a prevenção destas complicações passa obrigatoriamente pela adoção das normas e procedimentos de enfermagem mais atualizados (Smith e Nolan, 2013).

As infeções da corrente sanguínea associadas ao cateter central podem ocorrer em qualquer momento. Uma vez colocado, os cuidados e a manutenção baseados em evidência são da responsabilidade do enfermeiro. Garantir a manutenção e cuidados adequados deste dispositivo faz parte da prática de enfermagem e as intervenções podem reduzir significativamente o risco de infeção. O passo mais importante que o enfermeiro pode tomar para ajudar a prevenir infeções da corrente sanguínea associadas a cateteres centrais é realizar a higiene adequada das mãos antes da sua manipulação. Outras intervenções concentram-se na gestão do tratamento da ferida cirúrgica (se for esse o caso), práticas de higiene do utente, manipulação de sistemas de infusão endovenosa, colheita de sangue e gestão de oclusões do cateter. É responsabilidade do enfermeiro manipular e manter o CVC funcional e sem complicações. Para isso é importante não só vigiar sinais inflamatórios e executar a abordagem protocolada do local de inserção, mas também otimizá-lo com soro fisiológico para despistar e detetar a existência de infiltração, extravasamento ou obstrução (Jarding & Flynn, 2021).

Eliminação urinária

O uso de melfanalo no regime de condicionamento pré-transplante obriga a hidratação adequada e diurese forçada do doente (Xiang, 2019; EMA, 2020), e é por essa razão que o protocolo de hiper-hidratação em vigor no STMO inclui a perfusão de 2000 ml de SF antes da infusão do melfalano e de mais 4000ml de SF nas 6 horas seguintes, obrigando a uma vigilância apertada da diurese por forma a evitar a sobrecarga vascular e o surgimento de edema agudo do pulmão.

Atitudes terapêuticas - Regime de isolamento

Apesar das melhorias nas últimas décadas, a infeção continua a ser um risco significativo para todos os doentes com doença oncológica do foro hematológico. Aqueles que requerem transplante autólogo ou alogénico de células progenitoras hematopoiéticas têm um risco acrescido de complicações infecciosas. Por essa razão a identificação precoce com tratamento eficaz imediato é fundamental para melhorar a sobrevida de todos estes doentes. A adesão às

medidas de proteção do doente pós-transplantado e imunodeprimido, a par da adoção de medidas de isolamento protetor são a espinha dorsal de um programa preventivo eficaz. Os cuidados de enfermagem e uma sólida base de conhecimento acerca dos riscos, da sua apresentação, do diagnóstico e do tratamento das infeções, melhoram consideravelmente o atendimento ao doente e o sucesso dos transplantes (Murray et al., 2018).

Apesar de ser um foco muito relevante neste contexto, neste caso concreto não se revelou pertinente a identificação de um diagnóstico relacionado como Regime de Isolamento, uma vez que as intervenções de enfermagem relativas a este domínio já haviam sido realizadas antes do nosso 1º momento de contacto. O ensino sobre o regime de isolamento foi realizado no dia em que o doente entrou e por essa razão não houve necessidade de realizar qualquer ensino neste âmbito. Para além disso, este era o seu 2º transplante, sendo que se adaptou rapidamente às medidas de isolamento que já conhecia.

Padrão de exercício

O exercício aeróbico melhora o desempenho físico dos doentes com cancro na recuperação de altas doses de quimioterapia. Para reduzir a fadiga, devem ser aconselhados a aumentar a atividade física em vez de descansar após o tratamento (Dimeo et al., 1997).

Para além da fadiga, também pode desempenhar um papel importante na redução das infeções respiratórias. As infeções respiratórias causadoras de pneumonia podem ocorrer em até 50% dos doentes após transplante de medula óssea, constituindo a principal causa de mortalidade em doentes transplantados. As etiologias infecciosas mais comuns são *Aspergillus* (ou outros fungos) e citomegalovírus, sendo que outros vírus respiratórios, tais como o vírus sincicial respiratório, adenovírus, influenza A, influenza B e o grupo da parainfluenza, também são causas frequentes de doenças respiratórias em doentes submetidos a TCPH (Raboni et al., 2003). As infeções respiratórias superiores e inferiores causadas por vírus respiratórios são geralmente autolimitadas, mas no caso dos doentes imunocomprometidos existe um risco aumentado de infeções graves e potencialmente fatais. Os doentes transplantados são particularmente vulneráveis, sendo que os vírus respiratórios podem causar morbidade e mortalidade significativas devido à imunossupressão prolongada. Para além disso, nos doentes submetidos a TCPH a resposta imune antiviral está enfraquecida e apresentam taxas mais altas de progressão de infeções respiratórias superiores do que infeções respiratórias inferiores (Precit et al., 2022).

Se por um lado existe terapia profilática para prevenir as pneumonias, por outro não se deve descurar a prevenção destas complicações respiratórias com recurso a um conjunto de técnicas que têm a finalidade de prevenir e/ou corrigir defeitos de ventilação/perfusão numa fase precoce. Está aconselhada a realização de exercícios que promovam, entre outras, a dissociação

dos tempos respiratórios (inspiração/expiração) e a expansão torácica, melhorando desta forma a distribuição alveolar e o *status* respiratório da pessoa.

Termoregulação

A febre pode ser o único sintoma clínico no início da infeção em doentes oncológicos neutropénicos submetidos à quimioterapia mielossupressora (Heinz et al., 2017). Estes doentes apresentam um alto risco de complicações infecciosas, dependendo da extensão e duração da neutropenia, bem como da imunossupressão celular e/ou humoral adicional e da ruptura das barreiras cutâneas e mucosas. A duração e o ponto mais baixo da neutropenia estão correlacionados com a incidência de febre e infeções, que não só causam morbidade e mortalidade significativas, mas também podem comprometer a continuação da quimioterapia. No início da febre de origem desconhecida em doentes neutropénicos é necessária uma intervenção imediata e eficaz baseada em evidências (Kuderer et al., 2006). O papel do enfermeiro no cuidado dos doentes com febre associada à neutropenia pode ser determinante para um desfecho favorável, sendo que a implementação de programas clínicos interprofissionais para o controlo da febre associada à neutropenia tem efeitos positivos nos resultados obtidos (Dunnack & Montano, 2021).

Ao ensinar os doentes sobre o que esperar após o transplante em relação a sintomas preocupantes, os enfermeiros garantem a participação destes na identificação precoce de complicações em desenvolvimento e na melhoria dos resultados do próprio transplante. Uma avaliação criteriosa pode auxiliar a equipa de enfermagem na deteção de alterações indicativas do desenvolvimento de complicações (Stephens et al., 2013).

No decorrer da apresentação deste caso, optámos por registar os dados relativos às intervenções do tipo "avaliar", visto tratar-se de um registo que pretende dar uma visão do acompanhamento do caso, - de forma académica, - e não propriamente como se se tratasse de um sistema concreto de informação em saúde. Por forma a não estender o volume deste relatório para além do razoável e evitar a repetição de dados iguais, optou-se por registar "por defeito", ou seja, entende-se que a avaliação programada foi sempre realizada no horário planeado, mas apenas foi registada quando existiu alguma alteração ao parâmetro registado anteriormente, ou então no final da interação com o doente - neste último caso para permitir a visualização dos resultados obtidos com os cuidados de enfermagem em cada diagnóstico.

Existem, contudo, várias exceções a esta regra. Optou-se por registar todas as avaliações relativas à evolução da dor pelo facto do doente apresentar uma osteofitose da coluna cervical que resulta da própria doença (MM), o que implica a vigilância constante da dor. O mesmo sucede relativamente à determinação da evolução do ritmo cardíaco, dados os antecedentes de HTA e insuficiência cardíaca. Por outro lado, a vigilância de sinais vitais associados a todo o continuum

de internamento está implícita, tal como referi na escolha dos domínios e/ou no enquadramento teórico. Para além disso, cada um dos momentos de contacto ocorreram em fases diferentes: condicionamento, pós-transplante e recuperação hematológica. Também se registaram todas as avaliações relacionadas com a evolução da eliminação urinária e a evolução de sinais de retenção urinária, uma vez que aconteceram em momentos diferentes: no dia do condicionamento (com a hiper-hidratação) e nos dias pós-transplante. O registo de todas as avaliações relativas à determinação da evolução da temperatura corporal justifica-se pelo facto da sua importância na identificação precoce de alguma infeção (recordo que se trata de um doente que fica neutropénico após o regime de condicionamento). O registo de todas as avaliações relacionadas com a determinação da evolução de sinais de edema também segue a mesma lógica, sendo que aqui o objetivo é o de identificar rapidamente a retenção de líquidos por forma a evitar a sobrecarga cardíaca: para além do dia da hiperhidratação (condicionamento com melfalano), o doente faz 2000 ml de soroterapia de manutenção contínua por dia. Para além disso, convém recordar que o doente tem como co-morbilidades: HTA e insuficiência cardíaca.

4.6. Conceção de Cuidados

Sensações somáticas

25-11-2023 08:00

25-11-2023 08:00 - Sem manifestação de dor.

25-11-2023 08:00 - Determinar sinais de dor

25-11-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [1 X TURNO]

27-11-2023 09:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

27-11-2023 18:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

06-12-2023 18:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

25-11-2023 08:00 - Determinar evolução da dor

25-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [1 X TURNO]

25-11-2023 09:00 - Localização da dor

25-11-2023 09:00 - Pescoço

25-11-2023 09:00 - Intensidade da dor - sem dor.

27-11-2023 09:00 - Localização da dor

27-11-2023 09:00 - Pescoço

27-11-2023 09:00 - Intensidade da dor - sem dor.

27-11-2023 18:00 - Localização da dor

27-11-2023 18:00 - Pescoço

27-11-2023 18:00 - Intensidade da dor - sem dor.

06-12-2023 18:00 - Localização da dor

06-12-2023 18:00 - Pescoço

06-12-2023 18:00 - Intensidade da dor - sem dor.

25-11-2023 09:00

25-11-2023 09:00 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].

Sistema cardiovascular

25-11-2023 08:00

25-11-2023 08:00 - Localização do Pulso

25-11-2023 08:00 - Punho Direita(o)

25-11-2023 08:00 - Frequência do pulso: 79 pulsações por minuto.

25-11-2023 08:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.

25-11-2023 08:00 - Pulso rítmico.

25-11-2023 08:00 - Pulso simétrico.

25-11-2023 08:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

25-11-2023 08:00 - Membro superior Esquerda(o)

25-11-2023 08:00 - Pressão sanguínea sistólica: 123 mmHg.

25-11-2023 08:00 - Pressão sanguínea diastólica: 77 mmHg.

25-11-2023 08:00 - Localização da dor

25-11-2023 08:00 - Pescoço

25-11-2023 08:00 - Intensidade da dor - sem dor.

25-11-2023 08:00 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

25-11-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [De 4 em 4 horas]

25-11-2023 10:00 - Localização do Pulso

25-11-2023 10:00 - Punho Direita(o)

25-11-2023 10:00 - Pulso rítmico.

25-11-2023 10:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

27-11-2023 10:00 - Localização do Pulso

27-11-2023 10:00 - Punho Direita(o)

27-11-2023 10:00 - Pulso rítmico.

27-11-2023 10:00 - Frequência do pulso: 75 pulsações por minuto.

06-12-2023 18:00 - Localização do Pulso

06-12-2023 18:00 - Punho Direita(o)

06-12-2023 18:00 - Pulso rítmico.

06-12-2023 18:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

27-11-2023 18:00 - Localização do Pulso

27-11-2023 18:00 - Punho Direita(o)

27-11-2023 18:00 - Pulso rítmico.

27-11-2023 18:00 - Frequência do pulso: 80 pulsações por minuto.

27-11-2023 14:00 - Localização do Pulso

27-11-2023 14:00 - Punho Direita(o)

27-11-2023 14:00 - Pulso rítmico.

27-11-2023 14:00 - Frequência do pulso: 73 pulsações por minuto.

25-11-2023 14:00 - Localização do Pulso

25-11-2023 14:00 - Punho Direita(o)

25-11-2023 14:00 - Pulso rítmico.

25-11-2023 14:00 - Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

25-11-2023 08:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

25-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [De 4 em 4 horas]

25-11-2023 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

25-11-2023 10:00 - Membro superior Direita(o)

25-11-2023 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 134 mmHg.

25-11-2023 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

25-11-2023 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

25-11-2023 14:00 - Membro superior Direita(o)

25-11-2023 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 137 mmHg.

25-11-2023 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 77 mmHg.

27-11-2023 10:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-11-2023 10:00 - Membro superior Direita(o)

27-11-2023 10:00 - Pressão sanguínea sistólica: 133 mmHg.

27-11-2023 10:00 - Pressão sanguínea diastólica: 80 mmHg.

27-11-2023 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

27-11-2023 14:00 - Membro superior Direita(o)

27-11-2023 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 138 mmHg.

27-11-2023 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 71 mmHg.

06-12-2023 18:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea

06-12-2023 18:00 - Membro superior Direita(o)

06-12-2023 18:00 - Pressão sanguínea sistólica: 136 mmHg.

06-12-2023 18:00 - Pressão sanguínea diastólica: 74 mmHg.

25-11-2023 08:00 - Referenciar hipertensão ao médico [SOS]

Eliminação urinária

25-11-2023 08:00

25-11-2023 08:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

25-11-2023 08:00 - Cheiro da urina: "sui generis".

25-11-2023 08:00 - Transparência da urina: Límpida.

25-11-2023 08:00 - Frequência da eliminação urinária: aumentada .

25-11-2023 08:00 - Reconhece a vontade de urinar.

25-11-2023 08:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

25-11-2023 08:00 - Sem globo vesical.

25-11-2023 08:00 - Eliminação urinária involuntária ausente.

25-11-2023 08:00 - Determinar evolução da eliminação urinária

25-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da eliminação urinária [1 X TURNO]

25-11-2023 14:00 - Quantidade de urina: 7780 ml.

27-11-2023 14:00 - Quantidade de urina: 512 ml.

27-11-2023 20:00 - Quantidade de urina: 301 ml.

25-11-2023 14:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

27-11-2023 14:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

27-11-2023 20:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

25-11-2023 14:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

27-11-2023 14:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].

27-11-2023 20:00 - Cheiro da urina: "sui generis" [MANTEVE].
25-11-2023 14:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].
27-11-2023 14:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].
27-11-2023 20:00 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].
25-11-2023 14:00 - Frequência da eliminação urinária: aumentada [MANTEVE].
27-11-2023 14:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MELHOROU].
27-11-2023 20:00 - Frequência da eliminação urinária: normal [MELHOROU].

25-11-2023 08:00 - Determinar evolução de sinais de retenção urinária

25-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [1 X TURNO]*
25-11-2023 09:00 - Quantidade de urina: 1114 ml.
27-11-2023 09:00 - Quantidade de urina: 562 ml.
27-11-2023 18:00 - Quantidade de urina: 601 ml.
06-12-2023 18:00 - Quantidade de urina: 491 ml.
25-11-2023 09:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].
27-11-2023 09:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].
27-11-2023 18:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].
06-12-2023 18:00 - Sem globo vesical [MANTEVE].
25-11-2023 09:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].
27-11-2023 09:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].
27-11-2023 18:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].
06-12-2023 18:00 - Sensação de esvaziamento completo da bexiga [MANTEVE].

Termorregulação

25-11-2023 08:00

25-11-2023 08:00 - Temperatura corporal periférica
25-11-2023 08:00 - Ouvido: 36.60 °C.

25-11-2023 08:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

25-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução da temperatura corporal [4/4 horas]*
25-11-2023 10:00 - Temperatura corporal periférica
25-11-2023 10:00 - Ouvido: 36.60 °C.
25-11-2023 14:00 - Temperatura corporal periférica
25-11-2023 14:00 - Ouvido: 36.60 °C.
27-11-2023 10:00 - Temperatura corporal periférica
27-11-2023 10:00 - Ouvido: 36.50 °C.
27-11-2023 14:00 - Temperatura corporal periférica
27-11-2023 14:00 - Ouvido: 36.80 °C.
27-11-2023 18:00 - Temperatura corporal periférica
27-11-2023 18:00 - Ouvido: 36.90 °C.
06-12-2023 18:00 - Temperatura corporal periférica
06-12-2023 18:00 - Ouvido: 36.50 °C.
25-11-2023 08:00 - *Referenciar hipertermia ao médico [SOS]*

Volume de líquidos

25-11-2023 08:00

25-11-2023 08:00 - Tumefação dos tecidos
25-11-2023 08:00 - Pé Direita(o): ausente.

25-11-2023 08:00 - Pé Esquerda(o): ausente.
25-11-2023 08:00 - Sinal de Godet
25-11-2023 08:00 - Pé Esquerda(o): Sinal de Godet negativo.
25-11-2023 08:00 - Pé Direita(o): Sinal de Godet negativo.
25-11-2023 08:00 - Turgor da pele normal.
25-11-2023 08:00 - Pele hidratada.
25-11-2023 08:00 - Peso: 74.00 Kg.
25-11-2023 08:00 - Ausência de olhos encovados.
25-11-2023 08:00 - Quantidade de urina: 850 ml.

25-11-2023 08:00 - Determinar evolução de sinais de edema

25-11-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [1 X TURNO]
27-11-2023 18:00 - Turgor da pele normal [MANTEVE].
27-11-2023 09:00 - Turgor da pele normal [MANTEVE].
25-11-2023 09:00 - Turgor da pele normal [MANTEVE].
06-12-2023 18:00 - Turgor da pele normal [MANTEVE].
06-12-2023 18:00 - Pele hidratada.
27-11-2023 18:00 - Pele hidratada.
27-11-2023 09:00 - Pele hidratada.
25-11-2023 09:00 - Pele hidratada.
06-12-2023 18:00 - Peso: 74.40 Kg.
27-11-2023 18:00 - Peso: 74.10 Kg.
25-11-2023 09:00 - Peso: 74.30 Kg.
27-11-2023 09:00 - Peso: 73.90 Kg.
06-12-2023 18:00 - Densidade urinária normal [MANTEVE].
27-11-2023 18:00 - Densidade urinária normal.
25-11-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
25-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)
25-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 136 mmHg.
25-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 79 mmHg.
27-11-2023 18:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
27-11-2023 18:00 - Membro superior Direita(o)
27-11-2023 18:00 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.
27-11-2023 18:00 - Pressão sanguínea diastólica: 78 mmHg.
27-11-2023 09:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
27-11-2023 09:00 - Membro superior Direita(o)
27-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea sistólica: 135 mmHg.
27-11-2023 09:00 - Pressão sanguínea diastólica: 70 mmHg.
25-11-2023 08:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [1 X TURNO]
25-11-2023 08:00 - Referenciar edema ao médico [SOS]

Autogestão do regime medicamentoso

25-11-2023 08:00

25-11-2023 08:00 - Autogestão do regime medicamentoso comprometida

25-11-2023 08:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

25-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [1 X TURNO]*

06-12-2023 18:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

06-12-2023 18:00 - Organiza a medicação conforme horário.

06-12-2023 18:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

06-12-2023 18:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

06-12-2023 18:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

06-12-2023 18:00 - Administra a medicação pela via adequada.

25-11-2023 08:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

25-11-2023 08:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

25-11-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

25-11-2023 08:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

25-11-2023 08:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

25-11-2023 08:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

25-11-2023 08:00 - Potencial para melhorar consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO]

06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução da consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso [1 X TURNO] [FIM]* 06-12-2023

18:00

25-11-2023 09:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

27-11-2023 09:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

27-11-2023 18:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MELHOROU].

06-12-2023 18:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MELHOROU].

25-11-2023 08:00 - *Assistir o cliente a identificar compromisso na autogestão do regime medicamentoso [Turno da manhã] [FIM]* 06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [1 X TURNO] [FIM]* 06-12-2023 18:00

25-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria;

é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

27-11-2023 10:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

27-11-2023 18:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

06-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

25-11-2023 08:00 - *Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [Turno da manhã] [FIM]* 06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - *Ensinar sobre regime medicamentoso [Turno da manhã] [FIM]* 06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - *Ensinar sobre resposta à medicação [Turno da manhã] [FIM]* 06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - *Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [Turno da manhã] [FIM]* 06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - Potencial para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso [RESOLVIDO] 06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso [1 X TURNO] [FIM]* 06-12-2023 18:00

25-11-2023 10:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

25-11-2023 10:00 - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

27-11-2023 10:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

27-11-2023 10:00 - facilitadora [MELHOROU].

27-11-2023 18:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

27-11-2023 18:00 - facilitadora [MELHOROU].

06-12-2023 18:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

06-12-2023 18:00 - facilitadora [MELHOROU].

25-11-2023 08:00 - *Instruir a administrar medicação (Dispositivos: Nenhum) [Turno da tarde] [FIM]* 06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - *Treinar a administrar medicação [Turno da tarde] [FIM]* 06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - *Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [1 X TURNO]*

25-11-2023 09:00 - Não adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

27-11-2023 09:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso [MELHOROU].

27-11-2023 18:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso [MELHOROU].

06-12-2023 18:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso [MELHOROU].

25-11-2023 09:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime medicamentoso mas disponibilidade para melhorar.

27-11-2023 09:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso [MELHOROU].

27-11-2023 18:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso [MELHOROU].

06-12-2023 18:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso [MELHOROU].

Padrão de exercício

25-11-2023 08:00

25-11-2023 08:00 - Tempo de exercício físico diário: 0 Minutos .

25-11-2023 08:00 - Autogestão do regime de exercício

25-11-2023 08:00 - Promover autogestão: regime de exercício

25-11-2023 08:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-11-2023 08:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

25-11-2023 08:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime de exercício [RESOLVIDO] 06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime de exercício [2 X DIA] [FIM] 06-12-2023 18:00

25-11-2023 14:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

27-11-2023 14:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

27-11-2023 18:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

06-12-2023 18:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

25-11-2023 08:00 - Ensinar sobre regime de exercício [1 X DIA] [FIM]

06-12-2023 18:00

25-11-2023 08:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [2 X DIA]

25-11-2023 14:00 - Não adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.

27-11-2023 14:00 - Adota parcialmente comportamentos de autogestão do regime de exercício [MELHOROU].

27-11-2023 18:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de exercício [MELHOROU].

06-12-2023 18:00 - Adota comportamentos de autogestão do regime de exercício [MELHOROU].

25-11-2023 14:00 - Refere insatisfação com a autogestão do regime de exercício mas disponibilidade para melhorar.

27-11-2023 14:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício [MELHOROU].

27-11-2023 18:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício [MELHOROU].

06-12-2023 18:00 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício [MELHOROU].

4.7. Especificação das intervenções

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Avaliar a temperatura com recurso a termómetro eletrónico auricular

Avaliar evolução de sinais de edema

- Avaliar a presença de edema periorbital
- Avaliar a presença de edemas periféricos com recurso a fita de medição
- Avaliar a presença de sinal de Godet nos membros inferiores

Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso

- Visualizar se prepara a atovaquona de acordo com o ensino e treino realizado

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Informar sobre o esquema terapêutico domiciliário 48h antes do dia da alta
- Entregar o esquema terapêutico personalizado em formato papel

Ensinar sobre resposta à medicação

- Informar sobre o efeito depletor/aplasiante do melfalano sobre a medula óssea

Referenciar hipertensão ao médico

- Informar o médico em caso de TA sistólica \geq a 140 mmHg e/ou TA diastólica \geq a 90 mmHg (Bergler-Klein, 2019; Williams et al., 2018)

Instruir a administrar medicação

- Instruir o utente acerca da dosagem e horários da medicação domiciliária

Referenciar hipertermia ao médico

- Se temperatura auricular \geq 38°C

Avaliar evolução de sinais de retenção urinária

- Avaliar a manifestação de globo vesical
- Avaliar a eficácia da eliminação urinária

Ensinar sobre regime de exercício

- Incentivar a auto-mobilização
- Incentivar o levante para o cadeirão
- Incentivar os períodos de repouso, intercalados com períodos de mobilidade

- Incentivar o pedalar na bicicleta ergométrica
- Ensinar exercícios isométricos para tonificar os músculos
- Ensinar a técnica de dissociação dos tempos respiratórios (inspiração/expiração)
- Ensinar e treinar técnicas de abertura da grade costal (Jurdi et al., 2021; Tlusty et al., 2022)

Ensinar sobre regime medicamentoso

- Informar sobre o regime de condicionamento (melfalano)
- Alertar para a necessidade de verbalizar qualquer desconforto ou sintomas experimentados ao longo do tratamento

Referenciar edema ao médico

- Informar o médico em caso de sinal de Godet positivo nos membros inferiores
- Informar o médico em caso de edema periorbital ou facial
- Informar o médico em caso de aumento de peso superior a 2 % do peso base do doente (Kenyon & Babic, 2023)

Avaliar evolução da capacidade para gerir regime medicamentoso

- Visualizar se toma a terapêutica oral à hora certa

Treinar a administrar medicação

- Agitar o frasco da atovaquona (xarope) antes da preparação
- Adaptar a seringa ao frasco
- Aspirar a dose prescrita

Otimizar cateter central

- Manipular o cateter venoso central (CVC) com norma asséptica
- Verificar se há retorno sanguíneo das vias do CVC aquando da troca de perfusões e colheita de sangue para análise
- Lavar o CVC com 20 ml de SF com técnica "push-pause" (Martinez et al., 2018)

Executar tratamento ao local de inserção do cateter central

- Manipulação com técnica asséptica
- Lavagem do local de inserção do CVC com Soro Fisiológico
- Secagem com compressa esterilizada
- Antisépsia com solução à base de clorhexidina
- Proteção com apósito transparente impermeável e respirável impregnado em clorhexidina

Avaliar evolução da dor

- Avaliar a dor com recurso a uma escala de avaliação numérica (0-10)

Avaliar evolução de líquidos eliminados

- Avaliar o volume da eliminação urinária

Avaliar evolução da administração pelo cateter central

- Verificar a permeabilidade do CVC usando soro fisiológico a 0,9% que deve ser mantido

em perfusão contínua

- Avaliar a presença de retorno sanguíneo aquando da troca de sistemas de perfusão e/ou colheita de sangue para análise
- Alertar o doente para a necessidade de verbalizar qualquer desconforto ou sintomas experimentados ao longo do tratamento
- Perfundir 50 a 200 ml de soro fisiológico a 0,9% entre os fármacos e após a conclusão da perfusão (Penaforte, 2023)

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Informar sobre os efeitos secundários do melfalano

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central

- Avaliar a presença de dor
- Avaliar a presença de rubor
- Avaliar a presença de calor
- Avaliar a presença de edema
- Avaliar a presença de tumefação
- Avaliar a presença de sinais de extravasamento

Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico

- Informar o médico no caso de sinais inflamatórios no local de inserção do CVC
- Informar o médico no caso de extravasamento no local de inserção do CVC

Avaliar evolução de sinais de arritmia

- Avaliar a frequência cardíaca

Avaliar evolução da pressão sanguínea

- Avaliar a TA com recurso a um esfigmomanómetro

Avaliar evolução de sinais de dor

- Avaliar a manifestação de sinais de cervicálgia (ex: facies de dor, adoção de posição anormal da cabeça)

Avaliar evolução da eliminação urinária

- Avaliar o volume da eliminação urinária

4.8. Síntese relativa ao caso

O contacto que tivemos com este doente teve lugar em três momentos, respetivamente no decorrer do dia de condicionamento (-1), no dia imediatamente a seguir ao transplante (+1) e dois dias antes da alta (+10). Apesar das 3 sessões de registo, que retêm toda a informação registada, o doente foi acompanhado ao longo de 12 dias. A escolha dos domínios norteou a nossa estratégia, de acordo com o ciclo de quimioterapia a realizar e o tempo de

implementação das intervenções.

No primeiro momento de contacto, e tendo em conta o regime de condicionamento com melfalano, os objetivos principais do primeiro turno passaram pela vigilância de possíveis efeitos secundários e/ou toxicidades durante a perfusão. A gestão dos efeitos colaterais da quimioterapia em doentes oncológicos é importante porque podem afetar a tolerância e diminuir a qualidade de vida. Para além da mielosupressão, os efeitos imediatos do melfalano consistem em estomatite, inflamação das mucosas, hemorragia gastrointestinal, diarreia, náuseas, vômitos, amenorreia, distúrbios ováricos e menopausa prematura. Neste caso, a imunossupressão é um efeito desejável, pelo que se realizou um ensino sobre os possíveis efeitos secundários e reações de toxicidade ao melfalano. Também passou pela vigilância da permeabilidade do CVC e eventuais sinais e sintomas de infeção (sinais inflamatórios), sinais de infiltração ou extravasamento.

Dedicou-se também particular ênfase à vigilância do volume de líquidos. O uso de melfalano implica uma hiper-hidratação, o que pode levar rapidamente à formação de edemas e à instalação de um quadro de hipertensão, pelo que foi necessário proceder a uma vigilância apertada do peso, do volume de líquidos eliminados e da resposta aos diuréticos. Esta vigilância assumiu maior relevo dados os antecedentes clínicos do doente, mais precisamente a HTA e insuficiência cardíaca. Procedeu-se igualmente à vigilância da dor, que decorre da própria doença de base, indutora de dor óssea que exige controlo imediato.

Deu-se também atenção à autogestão do regime medicamentoso, pelo facto do doente não tomar a medicação oral do turno da manhã. Apesar deste ser o seu 2º autotransplante, referiu que não se encontrava consciencializado para o facto do sucesso do tratamento (autotransplante) depender da toma rigorosa da medicação oral a horas certas [(“Não fazia ideia que estes comprimidos eram todos precisos. Então a medicação mais importante não vai pelo cateter como da última vez?” (sic)], nem da importância dos antibióticos PO usados no processo de descontaminação gastrointestinal no dia imediatamente anterior ao transplante [(“Tenho de tomar antibióticos? Mas não tenho febre! E já estou farto de tomar tantos comprimidos. É demais! Ao menos aqui podiam-me dar a medicação toda pelo cateter, não acha?”)]. Pelo facto de estar internado, mostrava-se igualmente pouco atreito a tomar a medicação oral a horas certas, alegando que os enfermeiros apenas lhe “Deixam a medicação no tabuleiro e não dizem nada (sic)”. No seguimento da recolha destes dados, identificámos vários potenciais: o potencial para melhorar a consciencialização sobre o compromisso na autogestão do regime medicamentoso, o potencial para melhorar o conhecimento sobre a autogestão do regime medicamentoso e o potencial para melhorar a capacidade para gerir o regime medicamentoso.

No segundo momento de contacto, que teve lugar no dia +1 e decorreu ao longo de dois turnos (Manhã e Tarde), debruçamo-nos de novo sobre a autogestão do regime terapêutico, onde se obteve uma evolução francamente positiva. Por outro lado, também tivemos oportunidade de

nos dedicarmos com especial atenção sobre a gestão do regime de exercício. Neste sentido, foi muito útil a presença de uma enfermeira especialista em reabilitação que nos acompanhou no decorrer de todo o processo. Realizou-se o conjunto de ensinamentos sobre o regime de exercício com ênfase - entre outros - no incentivo à automobilização, ao uso da bicicleta ergométrica, e às técnicas de expansão torácica, com ênfase na inspiração ou respiração torácica.

O terceiro momento de contacto teve lugar no dia + 10 pós-transplante. Para além das avaliações que tiveram lugar no decorrer dos anteriores momentos de contacto, a avaliação da evolução final do doente realizou-se no dia +10, ou seja, no dia em que se confirmou a recuperação hematológica. Haviam passado 10 dias após a identificação dos domínios, do levantamento de dados e da identificação de diagnósticos. Este terceiro momento de contacto também correspondeu à preparação da alta clínica. O foco da nossa intervenção voltou-se para a realização de ensinamentos relativos aos cuidados a ter no domicílio após a alta, nomeadamente a gestão do regime terapêutico. O facto de ter uma alergia medicamentosa ao cotrimoxazol (sulfametoxazol+trimetopim) levou a que este medicamento fosse substituído pela atovaquona, o que implicou a instrução acerca da forma de aspirar e mensurar a dose correta de medicamento no domicílio.

O facto deste ser o seu 2º transplante acabou por facilitar a reaprendizagem dos cuidados domiciliários. Relativamente ao CVC, por ser de curta duração, seria removido antes da alta e não apresentava qualquer sinal inflamatório, pelo que não se impôs a realização de qualquer ensino relativamente a cuidados específicos a ter no domicílio.

Tal como no caso anterior, os ganhos em saúde que derivam dos cuidados de enfermagem estão relacionados com o facto do utente ter mantido a dor controlada, por se ter prevenido a sobrecarga vascular e o surgimento de edema agudo do pulmão, especialmente sendo este o caso de um doente com antecedentes de HTA e insuficiência cardíaca. A forma como o doente acabou por assumir o compromisso para a autogestão do regime medicamentoso expressa bem a importância das intervenções de enfermagem neste âmbito. Com efeito, a doença crónica e o respetivo regime terapêutico implicaram a necessidade de integrar ou reformular comportamentos de autocuidado, que neste caso parecem ter decorrido com sucesso, se bem que só poderíamos ter uma imagem mais clara deste sucesso no decorrer das consultas de acompanhamento de enfermagem em regime de ambulatório no período pós-transplante.

Outro ganho importante foi o facto do doente não ter desenvolvido qualquer episódio de hipertermia, o que abona a favor dos cuidados postos no cumprimento das regras de isolamento e de manipulação do CVC, que não apresentou qualquer sinal inflamatório. Bastariam estas circunstâncias para atestar a favor da eficácia das intervenções de enfermagem e da importância que assume a medição destas intervenções através de indicadores de avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

As especificações das intervenções foram talhadas no sentido da diferenciação, individualização e personalização dos cuidados, contribuindo para garantir a efetividade das intervenções. Como tal, houve a preocupação de especificar as intervenções de enfermagem prescritas, de forma a tornar clara a maneira como estas ações se realizaram, no sentido de, por um lado, garantir a continuidade dos cuidados e, por outro, garantir que a cada intervenção fosse realizada dando resposta ao problema específico e individualizado do cliente.

De uma forma global, os desafios que encontramos foram ultrapassados, mas uma das dificuldades que encontramos prendeu-se com o facto de não nos ter sido possível continuar a avaliação das intervenções relativas à autogestão do regime terapêutico no período pós-transplante, ou seja, no domicílio. Para que isso fosse possível teríamos de acompanhar o doente nas consultas de enfermagem realizadas em regime de ambulatório, o que ultrapassava o âmbito espaço-temporal do estágio que realizámos. Seria, contudo, uma clara mais-valia que nos permitiria avaliar solidamente a eficácia das nossas intervenções especializadas e do seu âmbito diferenciador relativamente à pessoa em situação crónica.

Este caso é sobejamente revelador da importância do papel do enfermeiro na garantia de sucesso do tratamento das pessoas com doença oncológica em regime de transplante de medula óssea, tendo-nos permitido consolidar habilidades técnicas e procedimentos complexos, ganhando confiança e competência na tomada de decisões clínicas. Através da experiência contínua e da reflexão sobre as ações desenvolvidas, pudemos integrar de forma consistente o conhecimento teórico com a prática clínica, evoluindo em termos de perícia profissional (Benner, 2005).

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O desenvolvimento de competências nesta área, obriga-nos a refletir sobre o referencial teórico que na nossa opinião melhor enquadra e justifica a atividade do especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica.

No decorrer dos casos que tivemos a oportunidade de expor neste relatório, não podemos deixar de reconhecer o papel da Teoria das Transições de Afaf Meleis, e em particular no que toca às transições saúde-doença, como linhas orientadoras dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica. A Teoria das Transições de Meleis permite aos enfermeiros uma melhor compreensão do processo de transição. Através de uma visão mais completa e aprofundada, é possível estabelecer orientações para a prática profissional de enfermagem, permitindo ao enfermeiro colocar em prática estratégias de prevenção, promoção e intervenção terapêutica face à transição que a pessoa vivencia. No contexto dos doentes oncológicos, esta teoria oferece uma estrutura particularmente adequada para entender de forma clara as transições vivenciadas pela pessoa no percurso da doença oncológica, que vai da jornada de diagnóstico ao tratamento, alargando-se inclusive ao período pós-tratamento, num caminho que se caracteriza em muitos casos pela cronicidade (Meleis, 2010; Meleis, 2012).

A Teoria das Transições (Meleis, 2010), a par da Teoria do Défice do Autocuidado de Dorothea Orem (Orem, 2001), foi uma âncora conceptual e orientadora na forma de olhar cada um dos casos que apresentámos neste relatório. A jornada de transição de uma pessoa com doença oncológica começa desde logo com o diagnóstico, sendo que nessa fase a pessoa passa por uma série de emoções intensas, como sejam o choque, a negação, a raiva e o medo (Kirby et al., 2020). Os cuidados de enfermagem desempenham um papel determinante na orientação dos doentes desde o início, ao proporcionarem informações claras e apoio emocional para os ajudar a compreender e aceitar a sua condição, pelo que se deve promover uma comunicação eficaz entre os diferentes profissionais de saúde, a pessoa e a sua família, de maneira a garantir uma transição fluída para a fase de tratamento. A promoção e uso de estratégias de autocuidado, a preparação antecipada e a gestão dos efeitos secundários associados às diferentes tipologias de tratamento têm a vantagem de reduzir a ansiedade e a insegurança, facilitando a atribuição de um significado não dificultador (ou inclusive facilitador) a novos aspetos a que o doente tenha de se habituar, como sejam, entre outros, o regime dietético, o regime de exercício ou o regime terapêutico.

Ressalve-se que a autogestão do regime terapêutico, nomeadamente do medicamentoso, é um componente crítico na vida destes doentes, especialmente durante e após o tratamento. E este

é um dos vários âmbitos em que teoria de Afaf Meleis se torna particularmente relevante, pois para além de uma transição de natureza saúde-doença, envolve também uma transição no próprio papel da pessoa, que de alvo de cuidados de saúde realizados por profissionais passa a ter de assumir no domicílio a gestão do seu regime medicamentoso, e como tal, partilhar a responsabilidade pela gestão da sua própria saúde e sucesso do(s) tratamento(s). Reforça-se então o papel do enfermeiro no âmbito do ensino sobre a administração de medicamentos, gestão de efeitos colaterais e manutenção de um acompanhamento adequado.

Neste âmbito, é igualmente relevante a questão do autocuidado, tal como é proposta por Dorothea Orem (Queirós et al., 2014). As questões do autocuidado, da atividade de autocuidado e a exigência terapêutica do autocuidado, são a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida e do bem-estar (Orem, 2001; Tomey & Alligood, 2002). No contexto do cancro, muitas vezes os doentes oncológicos enfrentam desafios significativos em relação ao autocuidado devido aos efeitos da doença e do tratamento. Esta teórica enfatiza a importância de capacitar os doentes a assumir um papel ativo na sua própria saúde, fornecendo-lhes as habilidades e os recursos necessários para gerir da melhor maneira a sua condição de saúde. Ao aplicar os princípios da Teoria do Autocuidado, os enfermeiros podem ajudar os doentes a enfrentar melhor os desafios físicos, emocionais e psicossociais associados à doença oncológica, promovendo uma melhor qualidade de vida durante o curso da doença (Richardson, 1992).

Tudo isto recai claramente no âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em enfermagem à pessoa em situação crónica, tal como se pode verificar no anexo V do Regulamento nº 429/2018. Para todos os efeitos, compete-lhe identificar as necessidades da pessoa, assegurando a adaptação à doença crónica e facilitar o processo de transição saúde/doença decorrente desta mesma doença. Os planos de intervenção individualizada que se apresentaram no decorrer deste relatório pretendem precisamente maximizar a autonomia e a qualidade de vida, priorizar as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença, fundamentando a tomada de decisão na melhor evidência científica disponível e documentando a implementação das intervenções especializadas de acordo com o contexto de prestação de cuidados. A gestão dos processos terapêuticos em resposta às transições situacionais e adaptação à doença crónica obrigaram à intervenção na promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição, sendo que demonstrámos conhecimentos que permitiram a intervenção junto de pessoas com doenças oncológicas (Regulamento nº 429/2018, pp. 19368-19370).

Tendo por base a matriz conceptual que acabámos de apresentar e a necessidade de demonstrar a aquisição de competências específicas, o objetivo geral deste estágio foi desenvolver competências na área do doente oncológico em programa de QT, desdobrado em seis objetivos específicos que já foram anteriormente referidos na introdução deste relatório e

que se encontram explanados no Anexo I.

No HD e para o objetivo 1 (Melhorar a capacidade de identificar as necessidades do doente oncológico em programa de QT), e pelo facto de contactar com diversos doentes com tumores da cabeça pescoço durante o estágio do Módulo I, sentimos que seria pertinente efetuar uma pesquisa de evidência científica centrada no processo do sistema tegumentar no doente oncológico em regime de QT, cujo resultado se encontra no Anexo II.

No decorrer dessa pesquisa pudemos perceber melhor todo um conjunto de aspetos, dos quais se destacam o potencial destes doentes para apresentar alterações ao nível do sistema tegumentar, especialmente da mucosa oral. No decorrer da realização do plano de cuidados do caso clínico que desenvolvemos em contexto de HD, e entre outros aspetos, a pesquisa incidiu especialmente sobre as alterações da mucosa oral associadas à QT. Trata-se do caso de uma pessoa com o diagnóstico de carcinoma espinocelular da cavidade oral, que foi escolhido pela sua representatividade estatística e pelas complicações decorrentes do tratamento com QT.

Sendo que a gestão dos efeitos secundários passava, entre outros, pelo controlo da mucosite, realizámos uma pesquisa em bases de dados com o propósito de melhor compreender o problema imposto pela mucosite oral e as melhores estratégias para a controlar. Pesquisámos a evidência científica centrada no processo do sistema tegumentar no doente oncológico em regime de QT, o que nos permitiu acompanhar o caso de uma forma mais crítica relativamente às estratégias em uso para mitigar e controlar as complicações mais frequentes e incapacitantes do regime de QT a que esta tipologia de doentes se encontra sujeita. Esta pesquisa já se encontrava prevista no projeto inicial e foi de encontro aos desafios que nos foram colocados em termos de gestão dos efeitos secundários. Permitiu-nos identificar as necessidades da pessoa, assegurando a prevenção, a deteção precoce, a estabilização, a manutenção e adaptação à doença crónica.

Entre as complicações mais frequentes e incapacitantes resultantes da QT encontra-se a mucosite oral (MO), que se caracteriza pela inflamação, eritema e/ou ulceração da mucosa da cavidade oral, acompanhada de dor. Daqui resultam consequências significativas no estado nutricional e na condição física destes doentes, podendo, consequentemente, afetar a sua saúde mental e qualidade de vida (Ertekin et al., 2004; Mehdipour et al., 2011; Nipp et al., 2017; Rambod et al., 2018), podendo ser grave o suficiente para interromper o tratamento e reduzir as taxas de sobrevivência (Bolton, 2021).

Estes factos fizeram-nos olhar o caso clínico de uma forma diferente, imbuído de um conjunto de conhecimentos assentes em evidência científica que deram suporte à escolha dos domínios e das nossas intervenções. Reconhecendo as implicações e complicações inerentes ao tratamento, pretendeu-se antecipar, em tempo útil, situações decorrentes dos tratamentos, atuando preventivamente e priorizando as intervenções especializadas na prevenção de complicações e na adaptação aos processos de transição saúde/doença. Com efeito, os cuidados

orais devem ser reconhecidos como uma componente crítica dos cuidados ao doente submetido a QT, exigindo uma abordagem multidisciplinar como a chave para o sucesso dos cuidados (Elad et al., 2015). A evidência aponta também para a importância de uma abordagem sistemática, baseada na educação e na promoção de cuidados de higiene oral e para a necessidade da existência de políticas e protocolos específicos nas instituições de saúde que orientem os profissionais (Botti et al., 2014). No entanto, apesar do número crescente de estudos que se dedicam ao problema da gestão da MO, não existe um tratamento único para a mucosite oral. A ausência de uniformidade de protocolos na gestão da mucosite relacionada com a QT e a percepção da sua eficácia pelos enfermeiros, também tem obstado à sua implementação de maneira uniforme (Gündogdu et al., 2022).

Como pudemos verificar no decorrer do acompanhamento deste caso, a estratégia mais eficaz continua a ser a crioterapia. O facto do HD não dispor de elixires bucais com cloreto de zinco e bicarbonato de sódio impediu-nos de fazer uso destes para aquilatar da sua eficácia comparativamente à crioterapia, como era nossa vontade. O uso destes elixires bucais no início da QT tem-se mostrado eficaz no tratamento e redução da gravidade da mucosite oral, bem como na melhoria da qualidade de vida destes doentes (Mohammadi et al., 2022).

No decorrer do acompanhamento deste caso, tivemos a oportunidade de verificar que a crioterapia oral é uma estratégia segura e sem reações adversas. Quando surgem, são ligeiras, tais como cefaleias, calafrios, alterações do paladar e sensibilidade dentária, o que parece contribuir para a forte adesão dos doentes (Riley et al., 2015). Optámos pela oferta de um copo de gelo picado sem arestas (granizado) ou cubos de gelo ou água mineral gelada, 5 minutos antes do início da perfusão de QT e até 30 min após término da perfusão tem efeitos comprovados (Batlle et al., 2014). Em perfusões de QT prolongadas, o que sucedeu no nosso caso, o doente pode manter a crioterapia enquanto tolerar, estando recomendadas pausas de até 20 minutos (Peterson et al., 2013).

Como seria de esperar, a pesquisa bibliográfica já referida foi particularmente útil na definição dos dados necessários para a definição de diagnósticos específicos das alterações do processo tegumentar no contexto do HD. Os dados foram colhidos tendo por base as necessidades espectáveis do doente face ao seu diagnóstico e tipologia de tratamento. Neste caso, foram orientados aos efeitos secundários crónicos, transitórios agudos e subagudos relacionados com os agentes quimioterápicos. Envolveu-se a pessoa no plano de cuidados, monitorizando a eficácia das intervenções especializadas executadas e os progressos esperados.

No decorrer da conceção do plano de cuidados no contexto do HD, e tendo em atenção as particularidades do doente, seleccionaram-se os domínios e relacionaram-se com o quadro teórico, nomeadamente as sensações somáticas (dor), o apetite, a mastigação, a digestão, a pele e mucosas, a autogestão do regime medicamentoso e as sondas, drenos e cateteres (cateter central totalmente implantado - IMPLANTOFIX).

A especificação das intervenções debruçou-se sobre o planeamento da dieta, o ensino sobre o regime medicamentoso, o ensino sobre a autogestão do regime medicamentoso, a otimização do CVC, a avaliação da evolução da dor, a gestão da analgesia, o ensino sobre os efeitos secundários da medicação, a avaliação da evolução de sinais de complicações no local de inserção do CVC e a avaliação da evolução de sinais de dor. Refira-se que no decorrer do caso tivemos dois momentos de contacto, que se consubstanciaram em dois dias, ambos correspondentes a turnos seguidos de manhã e tarde. Por forma a não criar descrições fastidiosamente repetitivas, optou-se por apresentar os momentos em que houve alterações relativamente à avaliação inicial, mostrando a evolução ocorrida apenas nesses dois momentos distintos.

À conceção do plano de cuidados seguiu-se a sua discussão com a enfermeira tutora e com os orientadores de estágio. Estas discussões permitiram não só afinar as especificações dos cuidados de enfermagem, mas também refletir sobre a importância de identificar os diversos domínios de intervenção de forma atempada e com um propósito prospetivo, i.e, no sentido de mitigar da forma mais precoce e adequada possível os efeitos secundários. Esta estratégia permitiu também reforçar o meu conhecimento acerca das estratégias mais adequadas e recomendáveis em termos da gestão dos efeitos secundários e promoção da qualidade de vida das pessoas com doença oncológica submetidas a diferentes tratamentos de QT.

Seguiu-se o treino da contratualização do plano de cuidados e a avaliação da evolução da pessoa. Durante o período de estágio tivemos dois momentos de contacto com este doente, com 3 semanas de intervalo entre si, o que permitiu aquilatar da sua evolução, tal como se encontra explanado no 1º plano de cuidados que faz parte deste relatório.

A contratualização do plano de cuidados no tocante à autogestão do regime terapêutico encontra-se descrita no subcapítulo relativo à síntese do plano de cuidados, nomeadamente no 1º momento de contacto. A avaliação da evolução da pessoa relativamente à autogestão do regime terapêutico encontra-se descrita no subcapítulo relativo à síntese do plano de cuidados, nomeadamente no 2º momento de contacto.

Sentimo-nos satisfeitos com os resultados obtidos, sobretudo pelo facto de comprovarmos a validade e eficácia das intervenções não farmacológicas na gestão de alguns dos efeitos secundários mais comuns associados à QT, mas não só. Os ganhos em saúde do doente, mais precisamente os obtidos com os cuidados de enfermagem, permitiram um adequado controlo da dor, o aumento do apetite e a melhoria na capacidade de mastigar. Outros ganhos incluem a ausência de náuseas ou vómitos, a ausência de sinais de mucosite e o facto do doente ter conseguido efetuar uma gestão adequada do regime terapêutico em contexto domiciliário. Estes aspetos, por si só, atestam da eficácia das intervenções especializadas e do seu âmbito diferenciador relativamente à pessoa em situação crónica. Como seria de esperar, a monitorização e a aferição dos ganhos em saúde permitiram-nos avaliar a qualidade dos

cuidados prestados, e, neste sentido, a plataforma de registo e4Nursing, munida dos princípios da ontologia (Nursing Ontos), foi particularmente útil para dar resposta a esta necessidade.

Seria de todo interessante se tivéssemos a oportunidade de realizar um 3º momento de contacto, o que não foi possível devido à dinâmica temporal deste caso, uma vez que obrigaria a que o período de estágio em contexto de HD dispusesse de uma janela temporal consideravelmente mais alargada, o que não era de todo realista.

No STMO, e para dar cumprimento ao objetivo 2 (Melhorar a capacidade de promover intervenções especializadas junto de doentes oncológicos neutropénicos), também realizámos uma pesquisa de evidência científica, desta vez acerca da autogestão do regime de exercício em doentes neutropénicos em contexto de transplantação de medula óssea.

A tipologia de doentes que tivemos a oportunidade de encontrar no STMO encontravam-se numa das diferentes fases do regime de transplantação de medula óssea, sendo que a necessidade de introduzir medidas de promoção do exercício físico em doentes que se encontram internados em regime de Transplante de Células Progenitoras Hematopoiéticas (TCPH), advém do facto do processo de transplante implicar períodos de hospitalização prolongada, que podem chegar a 4, 6 ou mais semanas, o que leva a uma diminuição da função física que não se recupera no momento da alta (Jurdi et al., 2021). A incorporação proativa de intervenções de exercícios durante esse período pode reduzir a taxa de atrofia muscular relacionada com o repouso prolongado no leito (Liang et al., 2018). Por outro lado, os primeiros 100 dias após a infusão do transplante constituem um período crítico, que obriga a um acompanhamento regular devido ao elevado risco de efeitos adversos, como sejam a doença do enxerto contra hospedeiro (no caso de transplantes alogénicos) ou infeções pós-enxerto (Pinner & Tierney, 2020).

As evidências nesta matéria têm vindo a acumular-se, reforçando o papel do exercício enquanto intervenção não farmacológica segura e eficaz para reduzir os efeitos adversos do TCPH e melhorar os resultados (Hacker, 2019; Knips et al., 2019). Diversas revisões recentes da literatura que examinam as intervenções de exercício em todo o *continuum* de cuidados, sugerem que o exercício pode promover reduções na fadiga, depressão, melhorar a qualidade de vida, funcionamento físico e capacidade funcional de exercício (Abo et al., 2021; Knips et al., 2019; Prins et al., 2021).

No caso destes doentes, os benefícios reportados na bibliografia parecem ser animadores. No caso de pessoas com doenças oncológicas do foro hematológico que foram alvo de intervenções de exercício durante o transplante de medula óssea, verificou-se um aumento nas distâncias percorridas no teste do tempo de caminhada de 6 minutos (6 MWT). As evidências sobre o impacto do exercício aeróbico e/ou de resistência em outros tipos de cancro são menos consistentes, mas também foi relatada uma melhoria da força na parte superior e inferior do corpo em doentes tratadas com transplante de medula óssea. Ainda entre doentes com doenças

hematológicas do foro oncológico, uma revisão de relatou uma melhora significativa (Abo et al., 2021).

A tipologia de intervenção de exercícios em contexto de internamento varia consoante a evidência publicada, mas incluem exercícios aeróbicos, treino de força ou uma combinação de ambos. Outras intervenções podem incluir exercícios de alongamento, equilíbrio e exercícios de marcha. Os exercícios aeróbicos consistem em deambular na passadeira elétrica, dentro do quarto ou dos corredores, usar bicicleta estacionária/ergométrica ou uma combinação de todos eles. As intervenções de treino de força fazem geralmente uso de tiras elásticas, pesos, pesos de tornozelo, resistência manual, exercícios de peso corporal ou uma combinação destes. Os registos acerca da frequência das sessões de exercício aeróbico durante o internamento também são variáveis, oscilando entre três a seis dias por semana, diariamente ou duas vezes por dia. A frequência reportada das sessões de treino de força varia entre os dois a quatro dias por semana e a frequência diária. Outros estudos mostram a combinação de exercícios aeróbicos e sessões de treino de força em frequências que vão dos três aos cinco dias por semana, ou inclusivamente, de frequência diária ou bi-diária. Ainda durante o período de internamento, a duração das sessões de exercícios variou entre 5 e 45 minutos para exercício aeróbico e entre 10 e 30 minutos para treinamento de força. Noutros estudos, o tempo de exercício foi substituído pelo número de séries e repetições. A intensidade dos exercícios também foi alvo de análise, usando-se em alguns deles a escala de Borg ou a escala de Borg modificada, com resultados igualmente variáveis e pouco consistentes. Como se pode verificar, não existe um conjunto de linhas de conduta que sejam totalmente consensuais em termos de tipologia, tempo, frequência e intensidade dos exercícios (Tlusty et al., 2022).

Apesar do STMO propor um conjunto de exercícios aeróbicos a realizar pelos doentes durante o período de internamento, não dispõe de um protocolo suportado em evidência documental que justifique ou acompanhe a evidência científica mais atualizada sobre este assunto. Mesmo assim, no que toca à tipologia de exercícios recomendados neste contexto, o programa em vigor não difere muito daqueles expostos na maior parte da bibliografia disponível sobre esta matéria, seja no tocante ao tipo de exercícios (aeróbico, bicicleta estática, deambulação, exercícios respiratórios estacionários), a sua frequência (1 ou 2 vezes por dia), intensidade e tempo de duração (10 a 30 minutos) (Tlusty et al., 2022). Contudo, não inclui exercícios promotores de força muscular (pesos ou elásticos), nem a realização de exercícios em contexto pós-transplante, ou seja, no contexto domiciliário.

A proposta de exercícios em curso, tal como se encontra, foi desenvolvida por um grupo de trabalho composto por enfermeiros especialistas na área da reabilitação, focando-se no incentivo à automobilização, ao levantar para o cadeirão, ao intercalar de períodos de repouso com períodos de mobilidade, ao uso da bicicleta ergométrica e ao ensino de exercícios isométricos para tonificar os músculos, técnicas de dissociação dos tempos respiratórios (inspiração/expiração) e ao treino de técnicas de abertura da grade costal. E tanto quanto

podemos constatar, não existe um estudo em curso que avalie o grau de adesão dos doentes a estas estratégias durante o internamento, nem um investimento na adjudicação de enfermeiros especialistas em reabilitação para o acompanhamento diário dos doentes internados. Contudo, esta supervisão aparece referenciada na maioria dos estudos que fazem parte da revisão integrativa de Tlusty et al. (2022).

Se por um lado é sabido que as intervenções de enfermagem com base em estratégias de exercício podem mitigar os efeitos adversos experimentados pelos doentes neutropénicos internados em regime de TCPH, podemos verificar que a adesão às intervenções de exercícios continua a ser um desafio. A eficácia do exercício na melhoria dos resultados depende da adesão do doente à intervenção, mas a adesão a intervenções comportamentais de exercício em pessoas com doenças hematológicas do foro oncológico continua a ser mal conhecida. A este respeito a bibliografia refere que as taxas de adesão relatadas nos grupos de exercícios incluídos em revisões recentes apresentam grandes amplitudes, que variam entre os 20% e os 97% (Abo et al., 2021; Prins et al., 2021), sendo que a inconsistência destes relatórios obriga a desenvolver mais trabalhos com foco na avaliação dos progressos e resultados das intervenções de exercício, até à sua implementação e adoção na prática clínica (Hacker, 2019; Mazzoni et al., 2020).

Na revisão de Tlusty et al (2022), cujo objetivo foi o de sintetizar a literatura para identificar intervenções de exercício implementadas durante a hospitalização para TCPH, incluindo as características da intervenção, adesão, barreiras, elementos facilitadores e técnicas de mudança de comportamento, demonstrou-se que a falta de heterogeneidade nas definições e medidas de adesão limita a formação de conclusões na altura de identificar as barreiras e elementos facilitadores, bem como determinar quais as técnicas de mudança de comportamento que permitem aumentar a adesão ao regime de exercício durante o TCPH. Existe uma lacuna na determinação de intervenções de exercício que levam a melhores resultados de adesão. Isto deve-se à variabilidade nas definições, nas medidas de adesão desenvolvidas e aos relatos incompletos dos doentes, que não apontam aquilo que eles consideram ser as barreiras e os elementos facilitadores. No entanto, as técnicas de mudança de comportamento utilizadas com mais frequência nos estudos com maiores taxas de adesão ($\geq 75\%$) incluíram instruções sobre como executar o exercício, a avaliação de tarefas e a adição de objetos de exercício ao ambiente (bicicletas estáticas, varões, pesos e elásticos). O uso de técnicas de mudança comportamental pode reduzir os efeitos adversos e fazer avançar o atual estado do conhecimento acerca das intervenções de exercícios mais adequadas a doentes submetidos a TCPH, facilitando a sua replicação e tradução para a prática clínica (Tlusty et al., 2022).

Esta pesquisa acabou por permitir melhorar o meu conhecimento sobre a importância do regime de exercício em doentes oncológicos, em geral, e em doentes neutropénicos, em particular, levando a uma discussão particularmente proveitosa com a enfermeira tutora acerca da

possibilidade de introduzir medidas de avaliação da adesão às intervenções comportamentais de exercício nesta tipologia de doentes.

A discussão das melhores estratégias de intervenção realizou-se com a enfermeira tutora e com os orientadores de estágio, tendo em linha de conta algumas especificidades, nomeadamente a tipologia de doença (mieloma múltiplo), a tipologia de tratamento (autotransplante de PHPs) e o facto deste ser o 2º autotransplante a que a pessoa foi submetida.

No decorrer da conceção do plano de cuidados para o caso clínico em contexto de transplantação de medula óssea, selecionaram-se os domínios e relacionaram-se com o quadro teórico, nomeadamente as sensações somáticas (dor), sistema cardiovascular, eliminação urinária, termorregulação, volume de líquidos, autogestão do regime medicamentoso, padrão de exercício, atitudes terapêuticas (regime de isolamento) e as sondas, drenos e cateteres (cateter venoso central de curta duração). Ao longo do internamento tivemos três momentos de contacto, que se consubstanciaram em três dias, um correspondente a um turno da manhã, o seguinte a um dia completo (turno da manhã e tarde), e o último correspondente a um turno da tarde. Por forma a não criar descrições fastidiosamente repetitivas, optou-se por apresentar os momentos em que houve alterações relativamente à avaliação inicial, mostrando a evolução ocorrida nesses momentos distintos.

Para além da oportunidade de gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos (QT e TCPH), este caso clínico permitiu-nos também a realização do treino do planeamento de estratégias que promovessem a melhoria da performance no domínio do ensinar sobre regime de exercício, capitalizando o conhecimento adquirido no decorrer da pesquisa de evidência científica. O treino de estratégias que promovem a melhoria da performance no domínio do ensinar sobre o exercício físico teve por base o plano de exercícios em vigor no serviço de transplantação, que implica a demonstração de exercícios respiratórios que têm por objetivos reduzir a fadiga, preservar a aptidão cardiorrespiratória e reduzir a probabilidade do doente neutropénico desenvolver infeções respiratórias durante o período de internamento. Tratou-se de uma excelente oportunidade para aprender e desenvolver competências numa área que parecendo ser do domínio exclusivo da enfermagem de reabilitação, também recai no âmbito dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Tivemos, contudo, a oportunidade de discutir com a enfermeira tutora a necessidade de promover no próprio serviço uma revisão do plano de exercícios existente, tendo por base a evidência científica mais recente. Foi também lançada a proposta de realização de um trabalho de investigação que permitisse avaliar os resultados entretanto obtidos em termos de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem especializada nesta área.

Outro aspeto particularmente relevante foi a oportunidade de treinar, sob a supervisão da enfermeira tutora, a avaliação da evolução da pessoa relativamente à autogestão do regime

terapêutico, que se encontra descrita no subcapítulo relativo à síntese do plano de cuidados, nomeadamente no 3º momento de contacto. Ao documentar de forma sistematizada os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem especializados que traduzem ganhos em saúde e fundamentam a nossa tomada de decisão, ficamos com uma visão mais clara do valor da nossa intervenção. Os ganhos em saúde que derivam dos cuidados de enfermagem estão relacionados com o facto do utente ter mantido a dor controlada, por se ter prevenido a sobrecarga vascular e o surgimento de edema agudo do pulmão, especialmente sendo este o caso de um doente com antecedentes de HTA e insuficiência cardíaca. A forma como o doente acabou por assumir o compromisso para a autogestão do regime medicamentoso expressa bem a importância das intervenções de enfermagem neste âmbito. Com efeito, a doença crónica e o respetivo regime terapêutico implicaram a necessidade de integrar ou reformular comportamentos de autocuidado, que neste caso parecem ter decorrido com sucesso, se bem que só poderíamos ter uma imagem mais clara deste sucesso no decorrer das consultas de acompanhamento de enfermagem em regime de ambulatório no período pós-transplante.

Um benefício significativo tem a ver com o facto de o doente não ter nenhum episódio de hipertermia, evidenciando a importância da adesão às regras de isolamento e à manipulação correta do CVC, que permaneceu sem sinais inflamatórios. Apenas essas circunstâncias já comprovam a eficácia das intervenções de enfermagem e a relevância de medir essas intervenções por meio de indicadores de qualidade dos cuidados prestados.

As especificações das intervenções foram talhadas no sentido da diferenciação, individualização e personalização dos cuidados, contribuindo para garantir a efetividade das intervenções. Como tal, houve a preocupação de especificar as intervenções de enfermagem prescritas, de forma a tornar clara a maneira como estas ações se realizaram, no sentido de, por um lado, garantir a continuidade dos cuidados e, por outro, garantir que a cada intervenção fosse realizada dando resposta ao problema específico e individualizado do cliente.

De maneira geral, conseguimos superar os desafios que enfrentamos, mas uma das dificuldades foi a impossibilidade de continuar a avaliação das intervenções relacionadas com a autogestão do regime terapêutico no período pós-transplante, ou seja, em casa. Para isso, precisaríamos de acompanhar o doente nas consultas de enfermagem realizadas em regime de ambulatório, o que estava além do escopo espaço-temporal do nosso estágio. No entanto, isso seria uma clara vantagem, pois permitir-nos-ia avaliar de forma mais sólida a eficácia das nossas intervenções especializadas e da sua diferenciação em relação à pessoa em situação crónica.

Este caso demonstra claramente a importância do papel do enfermeiro no sucesso do tratamento de pessoas com doenças oncológicas submetidas a transplante de medula óssea. Desde garantir a segurança na administração de processos terapêuticos complexos, promover uma cultura de segurança nos cuidados especializados até monitorizar fatores que podem

desencadear eventos adversos, o enfermeiro também facilitou a adesão ao regime terapêutico. Assim, este caso permitiu consolidar habilidades técnicas e procedimentos complexos, aumentando a nossa confiança e competência na tomada de decisões clínicas. Através da experiência contínua e da reflexão sobre as ações realizadas, conseguimos integrar solidamente o conhecimento teórico com a prática clínica, aprimorando a minha destreza profissional (Benner, 2005).

No âmbito de ambos serviços, nomeadamente do HD e do STMO, e por forma a dar cumprimento ao objetivo 3 (Desenvolver a capacidade de intervir na área dos procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos), propusemo-nos consultar toda a informação e orientações técnicas relativas ao controlo de infeção.

Desta forma foi-nos possível adquirir um conjunto importante de competências especializadas, por serem aquelas onde na fase de planeamento tínhamos identificado maiores lacunas. Ao acompanhar o diagnóstico das necessidades dos contextos de atuação em matéria de prevenção, intervenção e controlo da infeção, e ao tomar contacto com estratégia, procedimentos e circuitos, pudemos verificar *in loco*, o papel determinante da enfermagem especializada neste domínio.

Ambos os serviços cumprem as diretivas institucionais relativas ao controlo de infeção, dispondo de um repositório documental em suporte papel onde se compila a documentação do serviço relativa ao controlo de infeção hospitalar. Ambos seguem as normas institucionais existentes, sendo que essa documentação está disponível em suporte digital no Portal interno do hospital.

O documento principal é o Manual da PPCIRA onde se agrega toda a informação institucional relativa ao controlo de infeção. A este manual acrescem as normas e orientações internas em vigor na instituição. O hospital cumpre com a legislação em vigor sobre a política de controlo de infeção, tendo criado para o efeito uma Comissão de Controlo de Infeção (CCI), que faz parte da orgânica institucional. O exercício das suas atividades implica a existência de elos de ligação da CCI em cada serviço clínico, que no caso do HD e do STMO recaem sobre equipas de enfermeiros especialistas. É sobre estes elos que incide um conjunto de atividades que permitem operacionalizar a política de controlo de infeção.

Por forma a completar a informação documental realizámos entrevistas semi-estruturadas às equipas de elos de ligação do GCL-PPCIRA para conhecer a forma como desenvolvem as suas atividades nos respetivos serviços. O objetivo destas entrevistas consistiu em conhecer como desenvolvem as atividades de elo de ligação no seu serviço. As questões colocadas focalizaram-se sobre o conjunto de funções que lhes estavam atribuídas, bem como as atividades que promoviam, orientavam ou dinamizavam no âmbito da prevenção de infeções nos respetivos serviços. A 1ª teve lugar no HD em novembro e a 2ª teve lugar no STMO em dezembro de 2023.

Quando iniciam funções como elos de ligação do GCL-PPCIRA, os enfermeiros especialistas reúnem com os elementos coordenadores, sendo-lhe explicadas as funções que irão desempenhar. Em relação aos seus serviços, as principais funções recaem sobre os seguintes âmbitos:

- Vigilância epidemiológica - Realização de auditorias sobre a higienização das mãos (500 observações/ano), a utilização de luvas (200 observações/ano) e a higienização das superfícies (20 auditorias/ano). As auditorias realizam-se em suporte papel, sendo posteriormente remetidas ao GCL-PPCIRA para informatização e tratamento dos dados;
- Criação e/ou atualização de normas/orientações internas;
- Formação de profissionais de saúde do serviço;
- Vigilância do estado de conservação dos materiais e equipamentos relacionados com o controlo de infeção - Funcionalidade e estado de conservação dos suportes e dispersores de soluções antissépticas de base alcoólica; vigilância dos espaços e materiais usados nos carros de enfermagem (adequação, estado de conservação, sinais de deterioração e/ou contaminação, validade, etc.).

A Direção de Enfermagem do hospital definiu a programação e atribuição mensal de 7 horas ao elo de ligação para a realização destas atividades. Apesar de se desenrolarem dentro do seu horário normal de trabalho, a dinâmica imposta pelo absentismo de enfermeiros no HD leva a reajustes pontuais e à reprogramação das atividades agendadas. No casos do STMO não foram referidas alterações impostas pelo absentismo, se bem que também existem alguns reajustes pontuais das atividades. Esta irregularidade leva a que em alguns meses do ano não se desenvolvam as atividades previstas, recuperando-se, sempre que possível, *a posteriori*. Contudo, em ambos serviços o número de horas disponibilizadas é encarado como suficiente e adequado às necessidades de cada um deles.

Para consolidar os conhecimentos adquiridos e desenvolver competências no domínio do desenvolvimento da capacidade de intervir na área dos procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos, tivemos a oportunidade de acompanhar os elos de ligação do GCL-PPCIRA em pelo menos 5 auditorias da higienização das mãos no STMO. Seguiu-se o acompanhamento em 5 auditorias da higienização das mãos, tendo de imediato realizado outras tantas auditorias de forma autónoma. No processo de auditoria é aplicada uma check-list fornecida pelo GCL-PPCIRA, onde se regista a realização do procedimento de higienização das mãos pelos diferentes profissionais de saúde do serviço em causa (AOs, enfermeiros e médicos).

Tratámos também de acompanhar os elos de ligação em pelo menos 5 auditorias de utilização correta de luvas no STMO, seguidos do acompanhamento em 5 auditorias de utilização correta de luvas. Posteriormente, realizamos outras tantas auditorias de forma autónoma. O

procedimento consistiu na aplicação de uma check-list fornecida pelo GCL-PPCIRA, onde se regista a realização do procedimento de colocação e remoção das luvas pelos diferentes profissionais de saúde do serviço em causa (AOs, enfermeiros e médicos). A tipologia de luvas utilizadas perante as diferentes situações de contacto também faz parte da auditoria. Os resultados destas auditorias permitem aquilatar do grau de adesão às práticas em vigor, bem como da eficácia e/ou necessidade de reforço da formação ministrada aos diversos grupos profissionais nesta matéria.

Sendo uma área pela qual tenho um interesse particular, pareceu-nos oportuno aproveitar para inquirir e analisar com os elos de ligação de ambos serviços quais são os principais desafios de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos. No caso do HD, passam pelo cumprimento integral das normas e orientações em vigor, o que se explica pelo facto do HD apresentar uma elevada taxa de absentismo de AOs. Esta circunstância leva a que seja necessário recorrer com muita frequência ao trabalho esporádico e irregular de AOs provenientes de outros serviços ou departamentos, nem sempre sensibilizados ou com a formação mais adequada no domínio do controlo de infeção. Daí que a resolução do problema do absentismo e o foco na formação possam contribuir para melhorar o cumprimento das normas e orientações em vigor. Outro dos desafios, ainda no HD, prende-se com a criação de uma nova orientação interna sobre a limpeza e higienização das superfícies dos diferentes espaços deste Serviço.

No caso do STMO, e dada a diferença de realidades relativamente ao HD, onde a questão do absentismo dos AOs não se coloca de forma tão preocupante, o principal desafio passa pela elaboração de um plano de higienização das superfícies do serviço. Trata-se da elaboração de raiz de uma norma interna do serviço: o plano de higienização de superfícies tendo por base a norma emanada pelo GCL-PPCIRA.

A realização desta norma implica a realização de um documento que sirva como orientação interna onde se encontram discriminados todos os espaços do serviço, materiais e equipamentos que os integram, a sua forma de higienização (produtos de limpeza adotados a nível institucional consoante o tipo de equipamento e/ou superfície a higienizar), a periodicidade com que deve ser realizada e os elementos responsáveis pela execução do processo de higienização propriamente dito.

Com o propósito de concretizar o objetivo 4 (Desenvolver capacidades para a promoção da autogestão e do autocuidado no doente oncológico em processo de transição), realizamos uma pesquisa em bases de dados com o propósito de perceber quais os fatores que influenciam a autogestão do regime medicamentoso em doentes oncológicos submetidos a TCPH e que se encontra mais expandida no Anexo III.

No decorrer desta pesquisa tomámos contacto com os desafios da já clássica adesão terapêutica, da gestão do tratamento em contexto domiciliário e das nove categorias dentro de

três dimensões de manutenção do autocuidado: a adesão ao regime medicamentoso, as adaptações alimentares e a atividade física; a monitorização do autocuidado: estado geral de saúde, monitorização da doença, o reconhecimento de sinais e sintomas e comparência às consultas de seguimento; e ainda a gestão do autocuidado: gestão de efeitos colaterais relacionados com os agentes anticancerígenos orais e a gestão de doenças. Apesar do autocuidado ser uma área de especial interesse no âmbito da investigação em oncologia, continua a ser pouco compreendido em doentes idosos que tomam agentes anticancerígenos orais. Os enfermeiros podem desempenhar um papel fundamental na avaliação e apoio aos comportamentos de autocuidado, educando os doentes para implementarem comportamentos corretos e eficazes de autocuidado, garantidos resultados positivos e ganhos em saúde. No entanto, continua a ser necessário insistir na produção de mais conhecimento nesta matéria, por forma a estabelecer intervenções apropriadas para melhorar o autocuidado em doentes idosos que tomam agentes anticancerígenos orais (Di Nitto et al., 2022).

Também nos apercebemos da necessidade de desenvolver programas, instrumentos e intervenções que possam melhorar os resultados nesta matéria, que assentam em larga medida na adequada instrução dos doentes. Existem várias intervenções de enfermagem para aumentar a adesão à terapêutica oral contra o cancro, tais como: o ensino do doente e do cuidador, a gestão de efeitos secundários e questões de segurança no uso de medicamentos. Os enfermeiros oncológicos estão numa posição única para promover a adesão dos doentes às terapias orais contra o cancro, garantindo que estes compreendem os objetivos do tratamento, promovendo práticas prescritivas seguras, gerindo proativamente os efeitos secundários do tratamento e identificando e combatendo eventuais barreiras que condicionem a adesão. Ao providenciarem informação e treino ao doente e à família, influenciam significativamente a adesão ao regime medicamentoso, sendo que a manutenção desta adesão também passa pela monitorização e gestão dos efeitos secundários do tratamento (Winkeljohn, 2010). Dadas as particularidades inerentes ao TCPH, especialmente no período após a alta, os doentes e a sua família assumem total responsabilidade pela autogestão do regime medicamentoso. O papel da família no cumprimento eficaz deste regime de tratamento altamente complexo é essencial para evitar infeções e minimizar o risco de outras complicações, como sejam a DECH ou inclusivamente a recidiva da doença. A não adesão às medidas de isolamento e à antibioterapia profilática no período de neutropenia aumenta o risco de contrair uma infeção potencialmente fatal. A regressão, o eventual compromisso cognitivo, o stress e o isolamento social também são fatores que estes doentes podem vivenciar, o que pode afetar negativamente a adesão a um regime medicamentoso complexo (Butow et al., 2010).

Tendo em atenção a pesquisa realizada, e ainda com o propósito de desenvolver capacidades para a promoção da autogestão e do autocuidado no doente oncológico em processo de transição, concebemos um plano de cuidados no contexto do STMO. Adequámos estratégias de intervenção especializada exequíveis, coerentes e articuladas, fomentando estratégias de

autogestão e promoção da saúde, valorizando o potencial da pessoa e atuando preventivamente nos fatores de risco e nas complicações inerentes à doença e à tipologia de tratamento. No decorrer deste caso clínico, entre outros aspetos já mencionados na concretização do objetivo 2, também nos conseguimos dedicar de forma particular à autogestão do regime medicamentoso, o que guarda uma relação direta com a promoção da autogestão e do autocuidado no doente oncológico em processo de transição. Ao longo dos diferentes momentos de contacto tivemos a oportunidade de intervir no sentido de fomentar a adesão ao regime terapêutico, gerindo os processos terapêuticos em resposta à transição situacional e adaptação à doença crónica. Desde o primeiro momento de contacto tivemos a oportunidade de verificar um problema em relação à adesão ao regime terapêutico, com possíveis implicações ao nível da adesão ao regime medicamentoso. Neste sentido, discutimos o potencial da pessoa para a autogestão do regime medicamentoso com a tutora e os orientadores de estágio, sendo que a experiência da enfermeira tutora foi fundamental para nos esclarecer acerca do estabelecimento de prioridades na gestão dos cuidados e de quais os momentos mais adequados para priorizar as nossas intervenções na adaptação ao processo de transição saúde-doença e na intervenção na promoção do autocuidado na pessoa em processo de transição.

Na fase seguinte, treinámos a contratualizar com a pessoa o potencial para a gestão do regime medicamentoso. O treino de contratualização de estratégias que promovem a melhoria da adesão ao regime medicamentoso teve por base a norma de intervenção em vigor serviço de transplantação, que define datas específicas para a realização de intervenções em termos de ensino para a gestão do regime medicamentoso. Trata-se de uma norma que define a preparação para a alta com base na recuperação hematológica, - em especial a contagem de neutrófilos - e na ausência de complicações pós-transplante. Apesar disso, e tal como se encontra plasmado na descrição da evolução do caso, tivemos a oportunidade de treinar e contratualizar a estratégia de gestão do regime medicamentoso quase desde o início do internamento, i.e, desde a altura em que se determinou ser esse o momento adequado para intervir. Ainda sob a supervisão da enfermeira tutora, seguiu-se o treino da avaliação da evolução da pessoa relativamente à autogestão do regime medicamentoso, que se encontra descrita no subcapítulo relativo à síntese do plano de cuidados, nomeadamente no 3º momento de contacto. A gestão deste caso clínico é sobejamente reveladora da importância do papel do enfermeiro na garantia de sucesso do tratamento das pessoas com doença oncológica em regime de transplante de medula óssea. Tal como sucedeu no caso descrito anteriormente, também aqui conseguimos consolidar habilidades técnicas e procedimentos complexos, integrando de forma consistente o conhecimento teórico com a prática clínica, evoluindo em termos de perícia profissional (Benner, 2005).

Reconhecendo as minhas lacunas em termos de gestão do risco local e da sua importância no âmbito das competências transversais do enfermeiro especialista, e por forma a dar cumprimento ao objetivo 5 (Desenvolver a capacidade de intervenção como Gestor de Risco

Local), realizámos uma consulta de toda a documentação existente nos serviços sobre a política de gestão de risco local e os planos específicos dos serviços. Com efeito, devido à complexidade e diversidade da informação em Gestão de Risco e Saúde Ocupacional, existem manuais e planos que foram elaborados com o objetivo de serem instrumentos práticos e de fácil utilização, em especial para o Gestor de Risco Local (GRL), e que servem como meios de formação e de informação em relação a cada posto de trabalho. Estes documentos facilitam a divulgação imediata de procedimentos.

A Gestão do Risco consiste no conjunto de atividades coordenadas para avaliar e controlar os riscos, para o que a instituição dispõe de uma estrutura orgânica que coordena as atividades de avaliação e controlo de riscos. O sistema de avaliação e controlo de riscos no hospital tem como objetivo garantir a segurança a todos os níveis e como tal proteger a saúde dos profissionais, doentes e terceiros. Pretende ainda melhorar a motivação dos profissionais, promover a qualidade dos serviços prestados e contribuir, conseqüentemente, para aumentar a produtividade hospitalar. A relação entre a política de segurança institucional e o papel do Gestor de Risco Local encontra-se mais expandida no Anexo IV.

O GRL, que tanto no HD como no STMO recai num enfermeiro especialista, é o correspondente da Gestão de Risco na Unidade/Serviço, servindo de elo de ligação, canal de divulgação, meio de informação, de participação e consulta, de gestão de complexidade (pelo reforço das competências e qualificações, do saber-fazer, do conhecimento das exigências legais e/ou regulamentares a cumprir pela Instituição) e de criação de uma cultura de prevenção. Trata-se do elemento fundamental desta arquitetura operacional e é nomeado pelo período de dois anos, findo o qual poderá ser substituído por outro elemento proposto pelo Diretor de Serviço. Caso não o faça, o elemento nomeado continuará a assegurar as atividades de gestão de risco, por novo período de dois anos. Nos serviços clínicos onde o risco clínico também está presente, o profissional a nomear deverá ser obrigatoriamente um profissional da área clínica: enfermeiro, médico ou técnico. O GRL é dispensado das atividades normais do serviço por um período de 7h/mês, ficando a seu cargo a elaboração de um horário de trabalho para a Gestão de Risco, ou 04h/mês nos Serviços com menos de 15 trabalhadores.

No âmbito geral da Gestão de Risco, o papel do GRL consiste em:

- Comparecer às reuniões de Gestão de Risco;
- Coordenar a avaliação periódica dos riscos - brainstorming no seu serviço;
- Elaborar com o Serviço de Segurança no Trabalho e Gestão de Risco Geral (SSTGRG) o Plano de Controlo de Riscos decorrente do brainstorming;
- Monitorizar as ações corretivas relacionadas com a Segurança e Saúde no Trabalho (SST) e Gestão de Risco do seu serviço;

- Informar o Diretor/Responsável de Serviço dos problemas detetados, que não podem ser facilmente corrigidos, ou que necessitam de recursos externos para os resolver;
- Supervisionar e comunicar ao Diretor de Serviço e ao SSTGRG todas as alterações que afetem o seu serviço: alterações de instalações, novos equipamentos de trabalho, alterações de procedimentos, transferências de pessoal, etc.

Em ambos serviços, as atividades dos GRL obedecem a um cronograma comum que pode ser alvo de alterações pontuais, mas que genericamente define o conjunto de atividades anuais. As eventuais alterações a este cronograma resultam mais de eventuais mudanças no horário previsto do que nas atividades a realizar.

Ao reunir com os enfermeiros Gestores de Risco Local para apurar o seu conteúdo funcional, aproveitámos a circunstância para perceber quais os desafios inerentes à função. A primeira reunião teve lugar ainda no decorrer do Módulo I, pela disponibilidade manifestada pelo enfermeiro especialista e GRL do STMO. Seguiu-se outra reunião em outubro de 2023, desta vez com a enfermeira especialista e GRL do HD.

Tivemos a oportunidade de confirmar o conteúdo funcional dos enfermeiros GRL no âmbito hospitalar, uma vez que não difere daquilo que já se encontrava descrito na documentação institucional previamente consultada. Em ambos os casos as respostas às nossas questões foram invariavelmente as mesmas, uma vez que nos dois serviços as funções desempenhadas obedecem a uma política institucional comum, com objetivos, atores e funções iguais, apenas com a única diferença de as desempenharem em serviços de natureza distinta no que concerne à tipologia de tratamento de doentes oncológicos.

A escolha de enfermeiros especialistas para o desempenho de funções enquanto Gestores de Risco Local constitui a norma institucional, sobretudo no caso de se tratarem de serviços clínicos. No caso do HD, a função recai sobre uma enfermeira especialista, ao passo que no STMO a função é partilhada entre um enfermeiro especialista e um médico assistente graduado sénior. Este último caso não é único na instituição, sendo que a partilha de funções se justificou pela dimensão do próprio serviço. No que pudemos verificar, ficamos com a sensação que o enfermeiro GRL cumpria na íntegra as funções que em teoria deveriam ser desempenhadas pelos dois GRL.

Em ambos serviços foi ressaltada a importância da avaliação preliminar de riscos. Apesar do GRL poder estar envolvido na avaliação preliminar de risco sempre que surgem novas instalações ou alterações dos componentes materiais de trabalho, o papel do GRL é de maior importância na avaliação de riscos por Brainstorming. Dado o conjunto alargado de funções e responsabilidades que lhes estão atribuídos, a escolha do GRL recai sobre alguém com sentido de responsabilidade, capacidade de comunicação com a equipa o seu serviço, interesse, motivação e dinamismo para a área da Gestão de Risco. Em ambas reuniões ficámos com a

perceção que a escolha de enfermeiros especialistas para o desempenho destas funções é uma decisão acertada.

Mas mais do que apurar o seu conteúdo funcional, interessou-nos também acompanhar o enfermeiro responsável pela gestão de risco local no decorrer das suas atividades durante 2 turnos. A atividade programada no HD consistiu na verificação dos kits de derrame, verificação das caixas de primeiros socorros no serviço e outro material (duches de segurança, lava-olhos de emergência, kits de derrame, carro de emergência, etc.), mediante o uso de uma check-list elaborada pela GR.

De acordo com o preconizado, cada chuveiro de segurança e lava-olhos deve ser inspecionado semestralmente pelo GRL ou pelo responsável pelo Sector ou Chefe do Serviço na sua ausência. Esta inspeção semestral consiste na verificação da integridade do equipamento, possíveis derrames e garantia de livre acesso ao equipamento (sem barreiras que impeçam a sua utilização imediata em caso de emergência). Qualquer não conformidade, caso não possa ser corrigida de imediato, é comunicada ao Serviço de Instalações e Equipamentos, seguida do preenchimento de uma ficha de notificação de risco para a GR.

No caso do STMO, a atividade programada consistiu em concluir o número anual de auditorias de utilização correta de luvas e de auditorias de auditorias da higienização das mãos. Todo o turno foi dedicado a essas tarefas, seguindo-se o envio das observações realizadas ao GCL-PPCIRA.

Por forma a completar o desenvolvimento de competências especializadas nesta matéria, executámos, sob supervisão do enfermeiro GRL, um procedimento de Autoinspeção de Segurança no STMO. As autoinspeções de segurança fazem parte do conjunto de procedimentos institucionais relacionados com a política interna de Gestão do Risco. São parte integrante do Programa de identificação de perigos e eliminação dos mesmos, aplicando-se a todos os Departamentos e Serviços, com o propósito de identificar os fatores de risco para o Ambiente, Segurança e Saúde no Trabalho (ASST) associados às tarefas e postos de trabalho de cada serviço, avaliar os riscos decorrentes e desenvolver medidas de controlo adequadas, envolvendo os gestores de risco local e as chefias dos serviços. No dia 20/06/2023, ainda no decorrer do Módulo I, surgiu a oportunidade de realizar um procedimento de Autoinspeção de Segurança no STMO. Dado que a realização deste tipo de atividade tem lugar apenas uma vez por ano, pareceu-nos adequado aproveitar a oportunidade para executar este procedimento, sob a supervisão do enfermeiro GRL e acompanhado pela técnica superior de higiene e segurança no trabalho, que para o efeito se deslocou ao serviço por solicitação do GRL. Registe-se que o Serviço de Saúde Ocupacional e Gestão de Risco (SSOGR) presta assistência ao GRL sempre que solicitado.

A execução do procedimento consistiu na verificação de um conjunto de 130 itens constantes numa ficha de autoinspeção. Apesar da taxa de cumprimento da autoinspeção se ter cifrado em

93,77%, o que é considerado muito bom, foram propostas dez medidas de controlo e melhoria.

Se bem que algumas das medidas corretivas são de fácil resolução e não exigem quaisquer investimentos, outras requerem investimentos avultados, com sejam a instalação de sistemas de climatização, a aquisição de cadeiras ergonómicas ou as alterações dos vestiários. Estas medidas obrigaram à sua discussão em sede de reunião de serviço e/ou com o SSOGRG, sendo posteriormente inscritas no Plano de Atividades do Serviço e/ou Plano de Prevenção de Riscos Hospitalares.

Contudo, o papel do GRL não termina aqui, dado que o acompanhamento das medidas também o inclui. Importa garantir a conservação de todas e quaisquer melhorias conseguidas, eliminando os riscos que lhes deram origem. Para isso é necessário que o GRL efetue as inspeções e comunique com a Gestão de Risco por forma a garantir o devido acompanhamento das medidas.

O cumprimento do objetivo 6 (Desenvolver conhecimentos sobre a promoção de estratégias de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança nos vários contextos de atuação), beneficiou da consulta da documentação institucional relativa à estratégia de prevenção do risco geral (clínico e não clínico), mas sobretudo de uma entrevista com o enfermeiro gestor responsável pela gestão do risco clínico.

A documentação existente em ambos Serviços é aquela definida pela instituição, sendo de aplicação transversal a todo o hospital. Esta documentação descreve a estratégia e estrutura de Gestão de Risco, definindo os seus vetores estratégicos, funções e competências dos diferentes intervenientes: Gestor de Risco Geral, Gestor de Risco Clínico e Gestor de Risco Local. O sistema de Gestão de Risco assenta num conjunto de valores estratégicos dividindo-se na vertente de gestão de risco geral e na de gestão de risco clínico, desenvolvendo-se de modo coordenado, centralizado e integrado e envolve todo o tipo de riscos (incluindo, nomeadamente, os riscos nosocomiais, transfusionais e o erro medicamentoso) e gerais (incluindo os riscos de incêndio e de vigilância e segurança das instalações e bens).

Ficámos a conhecer a rede de gestores de risco locais que promovem a ligação com as unidades/serviços, como canal de divulgação, meio de informação, de dinamização da participação e consulta, de gestão da complexidade e de criação de uma cultura de prevenção.

No dia 18/10/2023 reunimos com o Enfermeiro em Funções de Direção que integra a equipa de Gestão do Risco Clínico e que desempenha as funções de enfermeiro responsável pela Gestão do Risco Clínico, para apurar o seu conteúdo funcional. A entrevista revelou-se particularmente frutuosa, por me ter colocado em contacto com uma realidade que me era praticamente desconhecida e onde os enfermeiros especialistas podem desenvolver um conjunto relevante de atividades que recaem sob a alçada das suas competências. Para todos os efeitos, o Risco Clínico deve ser entendido como a probabilidade da ocorrência de eventos ou circunstâncias

que poderão resultar ou resultam em dano desnecessário para o doente, constituindo um elemento significativo da política institucional de prestação de cuidados de saúde de qualidade. No decorrer da entrevista tivemos oportunidade de identificar as suas principais funções e atividades, discutindo o papel do enfermeiro especialista neste contexto.

No caso deste hospital, a Gestão do Risco faz parte integrante das funções da Governação Clínica, que tem por missão assegurar a melhoria contínua dos cuidados prestados aos doentes, constituindo-se como um contributo decisivo para a Segurança do Doente. Este Serviço é constituído por um coordenador médico, um enfermeiro e uma secretária administrativa, assegurando a sua missão através da promoção, avaliação e estabelecimento de formação em Risco Clínico, avaliação de Risco Clínico, notificação de Risco Clínico, auditorias clínicas médicas e de enfermagem e monitorização dos indicadores clínicos gerais da instituição. No decurso da sua atividade, a Governação Clínica participa nas realizações da Comissão de Apoio Técnico “Qualidade e Segurança do Doente”; providencia reuniões de trabalho com a Direção Clínica, com as Direções de Departamento/Serviços e outros responsáveis pelas diversas áreas de intervenção clínica; ausculta as associações de utentes da instituição; atualiza e divulga os dados da Governação Clínica no Portal institucional; efetua os registos e monitoriza os resultados. Também colabora com a DGS na gestão do Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e de Eventos Adversos, com particular ênfase nos eventos relativos ao hospital.

A Gestão do Risco depende diretamente do Conselho de Administração e subdivide-se em duas áreas: Gestão do Risco Clínico e Gestão do Risco Geral, que articulam entre si um conjunto de meios, troca contínua de informações e reuniões periódicas, desenvolvendo estratégias comuns. A Gestão do Risco Clínico é um processo que envolve os profissionais dedicados à assistência clínica dos doentes, obrigando a uma permanente troca de informações e coordenação de ações entre a Gestão do Risco e as chefias e direções de cada serviço. Tem como objetivos principais:

- Identificar, analisar e prevenir os riscos de natureza clínica, que são pontos basilares na Gestão do Risco Clínico. Entende-se que o Erro Clínico é uma variação do tratamento planeado, ou dos cuidados, ou das intervenções terapêuticas, ou dos resultados de diagnóstico e pode ter ou não “consequências” para o doente;
- Garantir a Segurança do Doente através de um conjunto de ações que permitam identificar Eventos Adversos, Incidentes ou Quase Acidentes cuja deteção, análise e medidas de correção ou preventivas possam diminuir a probabilidade de ocorrerem de novo;
- Fomentar uma política de reporte de Eventos, essencial para se obterem melhorias de Segurança dos Cuidados prestados. A simplificação e a facilidade de acesso ao reporte deve ser garantida a todos os profissionais. Sempre que da averiguação das Notificações de Risco Clínico resultam indícios de dolo para o doente ou previsível litigância, é elaborado relatório a enviar à Direção Clínica. Do êxito das ações corretivas e preventivas é dado conhecimento público periódico.

Neste âmbito, o papel do enfermeiro na equipa de Gestão do Risco Clínico é multifacetado, na medida em que abarca uma série de papéis e funções que não são alvo de um regimento específico que as detalhe, decorrendo naturalmente da documentação interna que define o papel da equipa da Governação Clínica e das suas funções, da partilha de trabalho entre os elementos da equipa e salvaguardando as valências e competências de cada um dos seus integrantes. No entanto, existe uma definição interna clara acerca da distribuição de tarefas e funções entre o enfermeiro e o coordenador da Governação Clínica. No caso do enfermeiro, recai sob a sua alçada a gestão das notificações de risco clínico, nomeadamente ao nível da análise das notificações de quedas de doentes, de úlceras por pressão e do adulto vulnerável. Realiza a gestão informática destas notificações, cabendo-lhe a resposta às mesmas, realizada em consenso com a coordenação da Governação Clínica.

A averiguação das notificações de risco clínico é uma das principais tarefas desempenhadas, com o propósito de reforçar a segurança do doente. Estas notificações permitem aprender com as falhas do sistema, são alvo de análise e classificação para fins estatísticos, materializando-se em relatórios trimestrais de quedas de doentes e de notificações de Risco Clínico. O registo das notificações de risco permite uma análise dos dados recolhidos através de métodos estatísticos, produzindo informação que permite estabelecer prioridades e desenvolver estratégias para a redução e controlo dos riscos. Através da análise estatística das notificações de risco estabelecem-se indicadores que possibilitam avaliar e monitorizar a segurança a todos os níveis, assim como melhorar o sistema de prevenção de riscos. É da responsabilidade da área do Risco Clínico a definição dos indicadores de segurança que contam nos procedimentos específicos.

No entanto, o papel do enfermeiro não se esgota na já de si relevante análise e averiguação das notificações de risco clínico. Participa nas reuniões da Governação Clínica e realiza também reuniões periódicas com o Conselho de Administração onde se discutem aquelas notificações que carecem de meios ou decisões que apenas podem ser tomadas por este órgão de gestão. Cabe-lhe também o papel de formador na área da Governação Clínica na formação institucional dos gestores de risco local.

Também colabora nas diferentes atividades da Governação Clínica, incluindo as auditorias clínicas e é o gestor local do sistema nacional de notificações NOTIFICA, às quais dá resposta. Outras funções incluem a preparação de auditorias do *Comparative Health Knowledge System* (CHKS), auditorias aos processos clínicos no caso das notificações de cancelamentos, reintervenções e trombo-embolismos, com o propósito de saber a causas desses eventos. Também participa no processo de melhoria da aplicação informática onde se realiza o registo das notificações de risco e é membro da Comissão de Qualidade e Segurança.

A realização destas atividades consome-lhe cerca de 80% do tempo de trabalho, com picos de atividade que decorrem de outras atividades enquanto enfermeiro em funções de direção.

Em modo de reflexão e discussão acerca do papel do enfermeiro especialista na área da Gestão

do Risco Clínico, este justifica-se pelo facto de se debruçar sobre a melhoria contínua da qualidade, que, com é sabido, faz parte dos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019). Mas talvez mais do que isso, pela sensibilidade, conhecimento e capacidade de intervenção que os enfermeiros especialistas detêm nesta matéria. Desaproveitar ou não capitalizar estas competências é desaproveitar um dos melhores esteios de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Os principais desafios nesta área prendem-se com a produção e partilha de informação entre os diferentes atores institucionais.

Completando a informação documental e aquilo que pude aprender no decorrer da entrevista, pareceu-nos oportuno complementar a aquisição de conhecimentos específicos e competências especializadas nesta matéria com a frequência de uma Formação em Gestão de Risco Geral proporcionada pelo hospital, para percebermos melhor o papel desempenhado pelos diversos atores hospitalares no âmbito da gestão do risco geral. O curso de formação em Gestão de Risco Geral denomina-se “Curso de Risco para Clínicos” e teve lugar em outubro de 2023 com a duração de 02h letivas. Apesar da duração poder parecer exígua, trata-se de uma atividade formativa densa e muito informativa. As temáticas abordadas debruçaram-se sobre as estratégias de Comunicação e informação de Gestão de Risco (fichas de notificação de risco, participação de acidentes em serviço, Manual de GR e SO, GRL, etc.); os principais procedimentos em GR, a visualização de vídeos sobre a Movimentação Manual de Cargas/Doentes e a apresentação de exemplos práticos no local de trabalho. Teria sido interessante complementar esta ação de formação com o curso específico para Gestores de Risco local. Contudo, pelo facto de ser muito longo (40h), não era passível de ser integrado no decorrer deste estágio.

Ainda no âmbito da discussão do desenvolvimento de competências existe outro aspeto que vale a pena referir. Se o contexto hospitalar onde decorreram os dois momentos de estágio é claramente adequado ao desenvolvimento das competências que nos propusemos adquirir, importa notar que ao longo deste percurso foi-nos possível observar os défices de serviços subdimensionados na sua capacidade física e humana para a prestação de cuidados. O caso do Serviço de HD, com défice de recursos humanos, mostra bem as fragilidades e o risco acrescido de erro imposta por rácios desajustados. A consequente pressão e stress laboral a que os enfermeiros se encontram diariamente sujeitos, inclusive os enfermeiros tutores, são fatores com impacto negativo na capacidade de transmissão de conhecimentos e acompanhamento adequado dos estudantes de especialidade. O mesmo não se pode dizer do STMO, onde o problema das dotações de recursos humanos era menos acentuado.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Este relatório serviu o propósito de descrever e explicar de forma crítica o desenvolvimento das atividades que concretizaram os objetivos a que nos propusemos para a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Os serviços onde foram realizados os estágios inserem-se numa instituição especializada no tratamento de doentes oncológicos. Este estabelecimento hospitalar permitiu-nos um contacto privilegiado com um conjunto de experiências e atividades que nos possibilitaram dar resposta à aquisição e aprofundamento de competências especializadas, bem como a uma reflexão crítica sustentada em referenciais teóricos e práticos adquiridos ao longo deste percurso formativo.

O processo de aquisição de competências foi progressivo e consistente com os objetivos traçados, contribuindo para o desenvolvimento profissional e para a aquisição de competências. Os ensinamentos clínicos foram realizados tendo por base as premissas de exercício profissional expressas no Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 429/2018, relativos, respetivamente, às competências comuns do enfermeiro especialista e às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica; tanto nos objetivos que delineámos para os ensinamentos clínicos como nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados.

Tivemos a oportunidade de aprofundar e desenvolver competências na gestão e priorização de cuidados da pessoa/família a vivenciar processos de transição saúde-doença, fazendo uso de conhecimentos adquiridos no decorrer do nosso processo formativo. A pesquisa de evidência científica centrada no processo tegumentar no doente oncológico em regime de QT, na autogestão do regime de exercício em doentes neutropénicos e nos fatores que influenciam a autogestão do regime medicamentoso foram integradas na conceção de planos de cuidados onde se encontram explanados de forma prática os desafios e a intervenção do enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa em situação de doença oncológica. Da discussão desses planos com as enfermeiras tutoras e com os orientadores de estágio, foi possível treinar a contratualização de planos de cuidados, bem como a avaliação da evolução dos doentes. Este processo de aprendizagem permitiu-nos melhorar a capacidade de identificar as necessidades do doente oncológico em programa de QT, melhorar a capacidade de promover intervenções especializadas junto de doentes oncológicos neutropénicos e desenvolver capacidades para a promoção da autogestão e do autocuidado no doente oncológico em processo de transição.

Por outro lado, a consulta da informação e orientações técnicas sobre o controlo de infeção, a

par das entrevistas e acompanhamento nas auditorias das equipas de elos de ligação do GCL-PPCIRA permitiu-nos conhecer a forma como desenvolvem as suas atividades nos respetivos serviços, ressaltando os principais desafios com que o enfermeiro especialista se depara na prevenção, intervenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos.

Outra das áreas onde adquirimos mais competências, seguramente por ser aquela onde a nossa experiência era mais reduzida, prendeu-se com o desenvolvimento de capacidades de intervenção na área da Gestão de Risco Local. O contacto aprofundado com a documentação existente nos serviços sobre a política de gestão de risco local, os planos específicos dos serviços, o apuramento do conteúdo funcional do enfermeiro gestor de risco local, os desafios inerentes à função e o acompanhamento no decorrer das suas atividades foram uma experiência particularmente enriquecedora.

De forma paralela decorreu o desenvolvimento de conhecimentos e competências sobre a promoção de estratégias de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança nos vários contextos de atuação. A reflexão sobre os processos e atividades desenvolvidas foi uma constante, bem como as discussões com os vários intervenientes no processo de aprendizagem, nomeadamente os tutores, os professores orientadores e os próprios colegas de curso. Esta conjugação permitiu o desenvolvimento do processo crítico-reflexivo e o aprimoramento do processo de tomada de decisão.

Ao longo deste percurso académico, pudemos notar que o papel do enfermeiro especialista no contexto da gestão da doença crónica tem um grande potencial na obtenção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, algo que nem sempre é valorizado no contexto da gestão dos recursos disponíveis. Estas e outras perceções foram apresentadas ao longo do presente relatório, onde se encontram expressas as experiências e a forma de aquisição de conhecimentos que nos permitiu desenvolver e consolidar as competências que justamente se exigem ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica.

Em termos globais, podemos afirmar que foi possível atingir os objetivos a que nos propusemos aquando da definição do projeto. Apesar das limitações impostas pelo elevado volume de carga laboral a que as enfermeiras tutoras se encontravam sujeitas, os campos de estágio mostraram-se particularmente adequados ao desenvolvimento de competências especializadas. As revisões de cariz narrativo que sentimos necessidade de realizar, permitiram aprofundar os nossos conhecimentos e desenvolver um olhar mais crítico acerca da prestação de cuidados de enfermagem especializados em determinadas áreas temáticas.

A tónica constante na prática baseada na evidência ao longo de todo este trajeto permitiu-nos formatar, moldar e apurar uma consciência crítica e reflexiva relativamente à prática da enfermagem especializada, que irá ditar a nossa futura prática profissional enquanto enfermeiro

especialista. A este respeito, registamos, com agrado, a proficuidade do trabalho realizado em conjunto com os orientadores e as enfermeiras tutoras, que nos permitiram adquirir um conjunto sólido e alargado de competências especializadas na área da enfermagem dedicada à pessoa em situação crónica.

Não podemos deixar de terminar este relatório sem um agradecimento sentido aos vários intervenientes que nos apoiaram, ajudando a ultrapassar as dificuldades e desafios que naturalmente foram emergindo no decorrer deste processo de aprendizagem. Não sendo possível nomear todos, faço uma menção especial aos colegas dos serviços onde decorreram os estágios, às enfermeiras tutoras e aos meus orientadores, Professor Doutor Carlos Vilela e Professor Doutor Luís Miguel Ferreira.

7. BIBLIOGRAFIA

Abo, S., Denehy, L., Ritchie, D., Lin, K.Y., Edbrooke, L., McDonald, C., Granger, C.L. (2021). People With Hematological Malignancies Treated With Bone Marrow Transplantation Have Improved Function, Quality of Life, and Fatigue Following Exercise Intervention: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Physical Therapy*, 101(8), pzab130. [https://doi: 10.1093/ptj/pzab130](https://doi.org/10.1093/ptj/pzab130).

Alfouzan, A.F. (2019). Head and Neck Cancer Pathology: Old World versus New World Disease. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 22, 1-8. [https://doi: 10.4103/njcp.njcp_310_18](https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_310_18).

Alsahafi, E., Begg, K., Amelio, I., Raulf, N., Lucarelli, P., Sauter, T., Tavassoli, M. (2019). Clinical Update on Head and Neck Cancer: Molecular Biology and Ongoing Challenges. *Cell Death Discovery*, 10, 540. [https://doi: 10.1038/s41419-019-1769-9](https://doi.org/10.1038/s41419-019-1769-9).

Balagula, Y., Rosen, S.T., Lacouture, M.E. (2011). The emergence of supportive oncodermatology: the study of dermatologic adverse events to cancer therapies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 65(3), 624-635. [https://doi: 10.1016/j.jaad.2010.06.051](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2010.06.051).

Bassan, F., Peter, F., Houbre, B., Brennstuhl, M.J., Costantini, M., Speyer, E., Tarquinio, C. (2014). Adherence to oral antineoplastic agents by cancer patients: definition and literature review. *European Journal of Cancer Care (Engl)*, 23(1), 22-35. [https://doi: 10.1111/ecc.12124](https://doi.org/10.1111/ecc.12124).

Batlle, M., Morgades, M., Vives, S., Ferrà, C., Oriol, A., Sancho, J.M., Xicoy, B., Moreno, M., Magallón, L., Ribera, J.M. (2014). Usefulness and safety of oral cryotherapy in the prevention of oral mucositis after conditioning regimens with high-dose melphalan for autologous stem cell transplantation for lymphoma and myeloma. *European Journal of Haematology*, 93(6), 487-491. [https://doi:10.1111/ejh.12386](https://doi.org/10.1111/ejh.12386).

Baysal, E., Sari, D., Vural, F., Çağırğan, S., Saydam, G., Töbü, M., Şahin, F., Soyer, N., Gediz, F., Acarlar, C., Timur, E., Güngör, A. (2021). The Effect of Cryotherapy on the Prevention of Oral Mucositis and on the Oral pH Value in Multiple Myeloma Patients Undergoing Autologous Stem Cell Transplantation. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(3), 151-146. [https://doi: 10.1016/j.soncn.2021.151146](https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151146).

Bell, R.B., Kademani, D., Homer, L., Dierks, E.J., Potter, B.E. (2007). Tongue cancer: is there a difference in survival compared with other subsites in the oral cavity?. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 65(2), 229-236. [https://doi: 10.1016/j.joms.2005.11.094](https://doi.org/10.1016/j.joms.2005.11.094).

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

- Bensadoun, R.J., Humbert, P., Krutmann, J, Luger, T., Triller, R., Rougier, A., Seite, S., Dreno, B. (2013). Daily baseline skin care in the prevention, treatment, and supportive care of skin toxicity in oncology patients: recommendations from a multinational expert panel. *Cancer Management and Research*, 5, 401-408. <https://doi: 10.2147/CMAR.S52256>.
- Bergler-Klein, J. (2019). What's new in the ESC 2018 guidelines for arterial hypertension: The ten most important messages. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 131(7-8), 180-185. <https://doi: 10.1007/s00508-018-1435-8>.
- Bestvina, C.M., Zullig, L.L., Rushing, C., Chino, F., Samsa, G.P., Altomare, I., Tulsy, J., Ubel, P., Schrag, D., Nicolla, J., Abernethy, A.P., Peppercorn, J., Zafar, S.Y. (2014). Patient-oncologist cost communication, financial distress, and medication adherence. *Journal of Oncology Practice*, 10(3), 162-7. <https://doi: 10.1200/JOP.2014.001406>.
- Billan, S., Kaidar-Person, O., Atrash, F., Doweck, I., Haim, N., Kuten, A., Ronen, O. (2013). Toxicity of induction chemotherapy with docetaxel, cisplatin and 5-fluorouracil for advanced head and neck cancer. *Israel Medical Association Journal*, 15(5), 231-5.
- Bolton, L. (2021). Managing Oral Mucositis in Patients With Cancer. *Wounds*, 33(5), 136-138. <http://doi:10.25270/wnds/2021.136138>.
- Botti, S., Cecco, V., Galgano, L., Gargiulo, G., Magarò, A., Orlando, L. (2015). Oral Mucositis in Hematopoietic Stem Cell Transplantation (HSCT): position statement by Gruppo Italiano Trapianto di Midollo Osseo (GITMO) Nurses Group. *DCTH*, 4, 205-223. https://www.researchgate.net/publication/284014938_Oral_Mucositis_in_Hematopoietic_Stem_Cell_Transplantation_HSCT_position_statement_by_Gruppo_Italiano_Trapianto_di_Midollo_Osseo_GITMO_Nurses_Group
- Brigle, K., Rogers, B. (2017). Pathobiology and Diagnosis of Multiple Myeloma. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(3), 225-236. <https://doi: 10.1016/j.soncn.2017.05.012>.
- Burns, L.J. (2009). Late effects after autologous hematopoietic cell transplantation. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 15 (1), 21-24. <https://doi: 10.1016/j.bbmt.2008.10.009>.
- Butow, P., Palmer, S., Pai, A., Goodenough, B., Lockett, T., King, M. (2010). Review of adherence-related issues in adolescents and young adults with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 28: 4800-4809. <https://doi: 10.1200/JCO.2009.22.2802>.
- Cabrera-Jaime, S., Martínez, C., Ferro-García, T., Giner-Boya, P., Icart-Isern, T., Estrada-Masllorens, J.M., Fernández-Ortega, P. (2018). Efficacy of Plantago major, chlorhexidine 0.12% and sodium bicarbonate 5% solution in the treatment of oral mucositis in cancer patients with solid tumour: A feasibility randomised triple-blind phase III clinical trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 32, 40-47. <https://doi: 10.1016/j.ejon.2017.11.006>.
- Campbell, C., Nowell, A., Karagheusian, K., Giroux, J., Kiteley, C., Martelli, L., McQuestion, M.,

Quinn, M., Rowe Samadhin, Y.P., Touw, M., Moody, L. (2020). Practical innovation: advanced practice nurses in cancer care. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 30, 9-15. [https://doi: 10.5737/23688076301915](https://doi.org/10.5737/23688076301915).

Carneiro, J., Brito, D. (2023). Portugal na OCDE: mortalidade evitável (prevenível e tratável). *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 39, 73-75. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v39i1.13571>.

Carvalho, C.G., Medeiros-Filho, J.B., Ferreira, M.C. (2018). Guide for health professionals addressing oral care for individuals in oncological treatment based on scientific evidence. *Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2651-2661. <https://doi:10.1007/s00520-018-4111-7>.

Castanho, L.C., Silveira, R.C., Braga, F.T., Canini, S.R., Reis, P.E., Voltarelli, J.C. (2011). Motivo de retirada do cateter de Hickman em pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoiéticas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(2), 244-8. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200014> .

Castro, E.A., Andrade, A.M., Santos, K.B., Soares, T.C., Esterici, L.T. (2012). Self-care after autologous bone marrow transplantation within the nursing care process. *Revista RENE*, 13(5), 1152-62. <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/4126/3213>

Charalambous, A., Wells, M., Campbell, P., Torrens, C., Östlund, U., Oldenmenger, W., Patiraki, E., Sharp, L., Nohavova, I., Domenech-Climent, N. (2018). A scoping review of trials of interventions led or delivered by cancer nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 86, 36-43. <https://doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.014>.

Chen, S.C. (2019). Oral Dysfunction in Patients With Head and Neck Cancer: A Systematic Review. *Journal of Nursing Research*, 27(6), e58. <https://doi: 10.1097/jnr.0000000000000363>.

Chen, A.B., Cronin, A., Weeks, J.C., Chrischilles, E.A., Malin, J., Hayman, J.A., & Schrag, D. (2013). Expectations about the effectiveness of radiation therapy among patients with incurable lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 31, 2730-2735. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.48.5748>.

Cheng, G., Dong, H., Yang, C., Liu, Y., Wu, Y., Zhu, L., Tong, X., Wang, S. (2021). A Review on the Advances and Challenges of Immunotherapy for Head and Neck Cancer. *Cancer Cell International*, 21, 406. <https://doi: 10.1186/s12935-021-02024-5>.

Chirravur, P., Sroussi, H., Villa, A. (2023). Caphosol tolerability in oral mucositis patients induced by bone marrow transplantation. *Oral Diseases*, 29(4), 1525-1530. <https://doi: 10.1111/odi.14167>.

Cirillo, N., Vicidomini, A., McCullough, M., Gambardella, A., Hassona, Y., Prime, S.S., Colella, G. (2015). A hyaluronic acid-based compound inhibits fibroblast senescence induced by oxidative stress in vitro and prevents oral mucositis in vivo. *Journal of Cellular Physiology*, 230, 1421-1429. <https://doi: 10.1002/jcp.24908>.

Cmelak, A.J., Arneson, K., Chau, N.G., Gilbert, R.W., Haddad, R.I. (2013). Locally advanced head and neck cancer. *American Society of Clinical Oncology Educational Book*, 237-44. [https://doi: 10.14694/EdBook_AM.2013.33.237](https://doi.org/10.14694/EdBook_AM.2013.33.237).

Corter, A.L., Findlay, M., Broom, R., Porter, D., & Petrie, K.J. (2013). Beliefs about medicine and illness are associated with fear of cancer recurrence in women taking adjuvant endocrine therapy for breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 18, 168-181. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12003>.

Cohen, E.E.W., Bell, R.B., Bifulco, C.B., Burtness, B., Gillison, M.L., Harrington, K.J., Le Q.-T., Lee, N.Y., Leidner, R., Lewis R.L., et al. (2019). The Society for Immunotherapy of Cancer Consensus Statement on Immunotherapy for the Treatment of Squamous Cell Carcinoma of the Head and Neck (HNSCC). *The Journal for ImmunoTherapy of Cancer*, 7, 184. [https://doi: 10.1186/s40425-019-0662-5](https://doi.org/10.1186/s40425-019-0662-5).

Coolbrandt, A., Wildiers, H., Aertgeerts, B., et al. (2014). Characteristics and effectiveness of complex nursing interventions aimed at reducing symptom burden in adult patients treated with chemotherapy: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 495-510. [https:// doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.08.008](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.008).

Correa, M.E.P., Cheng, K.K.F., Chiang, K., Kandwal, A., Loprinzi, C.L., Mori, T., Potting, C., Rouleau, T., Toro, J.J., Ranna, V., Vaddi, A., Peterson, D.E., Bossi, P., Lalla, R.V., Elad, S. (2020). Systematic review of oral cryotherapy for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer*, 28(5), 2449-2456. [https://doi: 10.1007/s00520-019-05217-x](https://doi.org/10.1007/s00520-019-05217-x).

Coolbrandt, A., Wildiers, H., Aertgeerts, B., et al. (2014). Characteristics and effectiveness of complex nursing interventions aimed at reducing symptom burden in adult patients treated with chemotherapy: a systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 51(3), 495-510. [https://doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.08.008](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.08.008).

Crombie, A.K., Farah, C.S., Batstone, M.D. (2014). Health-related quality of life of patients treated with primary chemoradiotherapy for oral cavity squamous cell carcinoma: a comparison with surgery. *British Journal of Oral Maxillofacial Surgery*, 52(2), 111-7. [https://doi: 10.1016/j.bjoms.2013.09.014](https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2013.09.014).

Cruz, F.B., Ikeda, A.L., Rosa, L.M., Radünz, V., Anders, J.C. (2017). Padronização dos procedimentos de enfermagem na infusão autogénica de células-tronco hematopoiéticas. *Revista Enfermagem UERJ*, 25(0), e8057. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2017.8057>.

Cunningham, I. (1992). Pulmonary infections after bone marrow transplant. *Seminars in Respiratory Infections*, 7(2), 132-8.

Curado, M.P., Hashibe, M. (2009). Recent changes in the epidemiology of head and neck cancer.

Current opinion in oncology, 21(3), 194-200. <https://doi: 10.1097/CCO.0b013e32832a68ca>.

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

Daugėlaitė, G., Užkuraitytė, K., Jagelavičienė, E., Filipauskas, A. (2019). Prevention and Treatment of Chemotherapy and Radiotherapy Induced Oral Mucositis. *Medicina (Kaunas)*, 22, 55(2), 25. <https://doi: 10.3390/medicina55020025>.

Davies, M.P., Fingas, S., Chantry, A. (2019). Mechanisms and treatment of bone pain in multiple myeloma. *Current Opinion Support Palliative Care*, 13(4), 408-416. <https://doi: 10.1097/SPC.0000000000000467>.

Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio da Presidência do Conselho de Ministros. Diário da República: I série, Nº 101 (2019). Acedido a 10 de jun. 2023. Disponível em www.dre.pt.

Di Nitto, M., Sollazzo, F., Biagioli, V., Torino, F., Alvaro, R., Vellone, E., Durante, A. (2022). Self-care behaviours in older adults treated with oral anticancer agents: A qualitative descriptive study. *European Journal of Oncology Nursing*, 58, 102139. <https://doi: 10.1016/j.ejon.2022.102139>.

Dimeo, F.C., Tilmann, M.H., Bertz, H., Kanz, L., Mertelsmann, R., Keul, J. (1997). Aerobic exercise in the rehabilitation of cancer patients after high dose chemotherapy and autologous peripheral stem cell transplantation. *Cancer*, 79(9), 1717-22.

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Doenças Oncológicas em Números 2015 - Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Direção Geral da Saúde, 5-65. <https://doi.org/ISSN: 2183-0746>.

Donabedian, A. (2023). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.

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

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

Durie, B.G., Harousseau, J.L., Miguel, J.S., Bladé, J., Barlogie, B., Anderson, K., Gertz, M., Dimopoulos, M., Westin, J., Sonneveld, P., Ludwig, H., Gahrton, G., Beksac, M., Crowley, J., Belch, A., Boccadaro, M., Cavo, M., Turesson, I., Joshua, D., Vesole, D., Kyle, R., Alexanian, R., Tricot, G., Attal, M., Merlini, G., Powles, R., Richardson, P., Shimizu, K., Tosi, P., Morgan, G., Rajkumar, S.V.

(2006). International Myeloma Working Group. International uniform response criteria for multiple myeloma. *Leukemia*, 20(9), 1467-73. [https://doi: 10.1038/sj.leu.2404284](https://doi.org/10.1038/sj.leu.2404284).

Elad, S., Raber-Durlacher, J.E., Brennan, M.T., Saunders, D.P., Mank, A.P., Zadik, Y., Quinn, B., Epstein, J.B., Blijlevens, N.M., Waltimo T., Passweg, J.R., Correa, M.E., Dahllöf, G., Garming-Legert, K.U., Logan, R.M., Potting, C.M., Shapira, M.Y., Soga, Y., Stringer, J., Stokman, M.A., Vokurka, S., Wallhult, E., Yarom, N., Jensen, S.B. (2015). Basic oral care for hematology-oncology patients and hematopoietic stem cell transplantation recipients: a position paper from the joint task force of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society of Oral Oncology (MASCC/ISOO) and the European Society for Blood and Marrow Transplantation (EBMT). *Support Care Cancer*, 23(1), 223-36. [https://doi: 10.1007/s00520-014-2378-x](https://doi.org/10.1007/s00520-014-2378-x).

Epstein, M., Morrison, C. (2022). Practical guidance for new multiple myeloma treatment regimens: A nursing perspective. *Seminars in Oncology*, 49(1), 103-117. [https://doi: 10.1053/j.seminoncol.2022.01.010](https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2022.01.010).

Ertekin, M.V., Koç, M., Karslıoğlu, I., Sezen, O. (2004). Zinc sulfate in the prevention of radiation-induced oropharyngeal mucositis: a prospective, placebo-controlled, randomized study. *International Journal of Radiation Oncology* Biology* Physics*, 58(1), 167-174. [https://doi: 10.1016/s0360-3016\(03\)01562-1](https://doi.org/10.1016/s0360-3016(03)01562-1).

European Commission. (2021). *Europe's Beating Cancer Plan*. European Commission.

European Medicines Agency (2020). https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/phelinun-epar-product-information_pt.pdf

European Oncology Nursing Society (2019). *EONS Occupational Safety Survey*. European Oncology Nursing Society.

Faasse, K., & Petrie, K.J. (2013). The nocebo effect: Patient expectations and medication side effects. *Postgraduate Medical Journal*, 89, 540-546. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131730>.

Fabbrocini, G., Cameli, N., Romano, M.C., Mariano, M., Panariello, L., Bianca, D., Monfrecola, G. (2012). Chemotherapy and skin reactions. *Journal of Experimental & Clinical Research*, 31 (1), 50. [https://doi: 10.1186/1756-9966-31-50](https://doi.org/10.1186/1756-9966-31-50).

Ferlay, J., Ervik, M., Lam, F., Colombet, M., Mery, L., Piñeros, M., et al. (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon: International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/today>

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., [...] Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359-E386. [https://doi: 10.1002/ijc.29210](https://doi.org/10.1002/ijc.29210).

Figueiredo, T.W., Mercês, N.N., Silva, L.A., Machado, C.A. (2019). Protocolo de cuidados de enfermagem no dia zero do transplante de células-tronco hematopoéticas: construção coletiva. *Texto-Contexto Enfermagem*, 28. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0010>.

Filho, F.S.A., Sobrinho, J.A., Rapoport, A., Carvalho, M.B., Novo, N.F., Juliano, Y. (2003). Study of demographic, ocupacional and co-carcinogenetics factors in squamous cell carcinoma of base of the tongue in women. *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia*, 69, 472-478.

Forastiere, A.A., Zhang, Q., Weber, R. S., Maor, M.H., Goepfert, H., Pajak, T.F., Morrison, W., Glisson, B., Trotti, A., Ridge, J.A., Thorstad, W., Wagner, H., Ensley, J.F., Cooper, J.S. (2013). Longterm results of RTOG 91-11: a comparison of three nonsurgical treatment strategies to preserve the larynx in patients with locally advanced larynx cancer. *Journal of clinical oncology*, 31(7), 845-852. <https://doi: 10.1200/JCO.2012.43.6097>.

Fuller, R., Hansen, A. (2019). Disruption ahead: navigating and leading the future of nursing. *Nursing Administration Quarterly*, 43, 212-221. <https://doi: 10.1097/NAQ.0000000000000354>.

Furness, S., Glenny, A.M., Worthington, H.V., Pavitt, S., Oliver, R., Clarkson, J.E., Macluskey, M., Chan, K.K., Conway, D.I. (2011). Interventions for the treatment of oral cavity and oropharyngeal cancer: chemotherapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi: 10.1002/14651858.CD006386.pub3>.

Galgano, L., Hutt, D. (2018). HSCT: How Does It Work? In: Kenyon, M., Babic, A., (ed.). *The European Blood and Marrow Transplantation Textbook for Nurses: Under the Auspices of EBMT*. Cham (CH): Springer, p. 23-36. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543664/pdf/Bookshelf_NBK543664.pdf

Gerecke, C., Fuhrmann, S., Striffler, S., Schmidt-Hieber, M., Einsele, H., Knop, S. (2016). The diagnosis and treatment of multiple myeloma. *Deutsches Arzteblatt International*, 113 (27-28), 470-476. <https://doi: 10.3238/arztebl.2016.0470>.

Girod, A., Mosseri, V., Jouffroy, T., Point, D., Rodriguez, J. (2009). Women and squamous cell carcinomas of the oral cavity and oropharynx: is there something new? *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 67(9), 1914-1920. <https://doi: 10.1016/j.joms.2009.04.031>.

Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration; Kocarnik, J.M., et al. (2022). Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *JAMA Oncology*, 8(3), 420-444. <https://doi: 10.1001/jamaoncol.2021.6987>.

Grajewski, S., Groneberg, D. (2009). Leukoplakie und Erythroplakie--Zwei orale Präkursorsläsionen. [Leukoplakia and erythroplakia--two orale precursor lesions]. *Laryngo-RhinoOtologie*, 88(10), 666-675. <https://doi: 10.1055/s-0029-1241184>.

Greipp, P.R., San Miguel, J., Durie, B.G., Crowley, J.J., Barlogie, B., Bladé, J., Boccadoro, M., Child,

J,A., Avet-Loiseau, H., Kyle, R.A., Lahuerta, J.J., Ludwig, H., Morgan, G., Powles, R., Shimizu, K., Shustik, C., Sonneveld, P., Tosi, P., Turesson, I., Westin, J. (2005). International staging system for multiple myeloma. *Journal of Clinical Oncology*, 23(15), 3412-20. <https://doi:10.1200/JCO.2005.04.242>.

Gündogdu, F., Sayar, S. (2022). Oncology nursing practices in the management of chemotherapy-related oral mucositis in accordance with evidence-based guidelines: a descriptive and cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 30(11), 9549-9557. <https://doi:10.1007/s00520-022-07361-3>.

Haddad, R., O'Neill, A., Rabinowits, G., Tishler, R., Khuri, F., Adkins, D., Clark, J., Sarlis, N., Lorch, J., Beitler, J.J., Limaye, S., Riley, S., Posner, M. (2013). Induction chemotherapy followed by concurrent chemoradiotherapy (sequential chemoradiotherapy) versus concurrent chemoradiotherapy alone in locally advanced head and neck cancer (PARADIGM): a randomised phase 3 trial. *The Lancet Oncology*, 14(3), 257-264. [https://doi:10.1016/S1470-2045\(13\)70011-1](https://doi:10.1016/S1470-2045(13)70011-1).

Hacker, E.D. (2019). Physical activity and exercise adherence in people with hematologic malignancies. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(8), 568-573. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.04.016>.

Hauswald, H., Zwicker, F., Rochet, N., Jensen, A. D., Debus, J., Lindel, K. (2013). Treatment of squamous cell carcinoma of the mobile tongue or tongue margins: An interdisciplinary challenge. *Acta Oncologica*, 52(5), 1017-1021. <https://doi:10.3109/0284186X.2012.722678>.

Heidary, N., Naik, H., Burgin, S. (2008). Chemotherapeutic agents and the skin: an update. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 58(4), 545-570. <https://doi:10.1016/j.jaad.2008.01.001>.

Heinz, W.J., Buchheidt, D., Christopeit, M., von Lilienfeld-Toal, M., Cornely, O.A., Einsele, H., Karthaus, M., Link, H., Mahlberg, R., Neumann, S., Ostermann, H., Penack, O., Ruhnke, M., Sandherr, M., Schiel, X., Vehreschild, J.J., Weissinger, F., Maschmeyer, G. (2017). Diagnosis and empirical treatment of fever of unknown origin (FUO) in adult neutropenic patients: guidelines of the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO). *Annals of Hematology*, 96(11), 1775-1792. <https://doi:10.1007/s00277-017-3098-3>.

Heller, M.K., Chapman, S.C., & Horne, R. (2015). Beliefs about medication predict the misattribution of a common symptom as a medication side effect—Evidence from an analogue online study. *Journal of Psychosomatic Research*, 79, 519-529. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.003>.

Himmel, M., Hartmann, M., Guntinas-Lichius, O. (2013). Cost effectiveness of neoadjuvant

chemotherapy in locally advanced operable head and neck cancer followed by surgery and postoperative radiotherapy: a Markov model-based decision analysis. *Oncology*, 84(6), 336-41. [https://doi: 10.1159/000350006](https://doi.org/10.1159/000350006).

Hofmarcher, T., Lindgren, P., Wilking, N., Jönsson, B. (2020). The cost of cancer in Europe 2018. *European Journal of Cancer*, 129, 41-49. [https://doi: 10.1016/j.ejca.2020.01.011](https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.01.011).

Holtick, U., Albrecht, M., Chemnitz, J.M., Theurich, S., Skoetz, N., Scheid, C., von Bergwelt-Baildon, M. (2014). Bone marrow versus peripheral blood allogeneic haematopoietic stem cell transplantation for haematological malignancies in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 20 (4), CD010189. [https://doi: 10.1002/14651858.CD010189.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010189.pub2).

Hong, C.H.L., Gueiros, L.A., Fulton, J.S., Cheng, K.K.F., Kandwal, A., Galiti, D., Fall-Dickson, J.M., Johansen, J., Ameringer, S., Kataoka, T., Weikel, D., Eilers, J., Ranna, V., Vaddi, A., Lalla, R.V., Bossi, P., Elad, S.; Mucositis Study Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer/International Society for Oral Oncology (MASCC/ISOO). (2019). Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Supportive Care in Cancer*, 27(10), 3949-3967. [https://doi:10.1007/s00520-019-04848-4](https://doi.org/10.1007/s00520-019-04848-4).

Horton, J.D., Knochelmann, H.M., Day T.A., Paulos C.M., Neskey D.M. (2019). Immune Evasion by Head and Neck Cancer: Foundations for Combination Therapy. *Trends in Cancer*, 5, 208-232. [https://doi: 10.1016/j.trecan.2019.02.007](https://doi.org/10.1016/j.trecan.2019.02.007).

Hussein, M. (1994). Multiple myeloma: An overview of diagnosis and management. *Cleveland Clinical Journal of Medicine*, 61 (4), 285-298. [https://doi: 10.3949/ccjm.61.4.285](https://doi.org/10.3949/ccjm.61.4.285).

Hutcheson, K.A., Bhayani, M.K., Beadle, B.M., Gold, K.A., Shinn, E.H., lai, S.Y., Lewin, J. (2013). Eat and exercise during radiotherapy or chemoradiotherapy for pharyngeal cancers: use it or lose it. *JAMA Otolaryngology Head & Neck Surgery*, 139(11), 1127-1134. [https://doi: 10.1001/jamaoto.2013.4715](https://doi.org/10.1001/jamaoto.2013.4715).

Hutcheson, K.A., Nurgalieva, Z., Zhao, H., Gunn, G.B., Giordano, S.H., Bhayani, M.K., Lewin, J.S., Lewis, C.M. (2019). Two-year prevalence of dysphagia and related outcomes in head and neck cancer survivors: an updated SEER-Medicare analysis. *Head & neck*, 41(2), 479-487. [https://doi: 10.1002/hed.25412](https://doi.org/10.1002/hed.25412).

Índice Nacional Terapêutico (2023). <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/cisplatina/informacao-geral>.

Índice Nacional Terapêutico (2023). <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/docetaxel/informacao-geral>.

Índice Nacional Terapêutico (2023).

<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/filgrastim/informacao-geral>.

Índice Nacional Terapêutico (2023).
<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/fluorouracilo/informacao-geral>.

Infusion Nurses Society. (2011). Infusion nursing standards of practice. *Journal of Infusion Nursing*, 34 (15). <https://source.yiboshi.com/20170417/1492425631944540325.pdf>

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

Isozaki, A.B., Brant, J.M. (2022). Clinical Updates in Mucositis-Related Symptom Management. *Seminars in Oncology Nursing*, 38 (1). <https://doi:10.1016/j.soncn.2022.151252>.

Izu, M., Silvino, Z. R., Santos, L. M. , & Balbino, C. M. (2021). Nursing care for patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02892.

Jacobsen, P.B., Nipp, R.D., Ganz, P.A. (2017). Addressing the survivorship care needs of patients receiving extended cancer treatment. *American Society of Clinical Oncology educational book*. 37, 674-683.

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

Jemal, A., Siegel, R., Ward, E., Murray, T., Xu, J., Smigal, C., Thun MJ. (2006). Cancer statistics, 2006. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 56 (2), 106-130. <https://doi:10.3322/canjclin.56.2.106>.

Jiang, Y., Wickersham, K.E., Zhang, X., Barton, D.L., Farris, K.B., Krauss, J.C., Harris, M.R. (2019). Side Effects, Self-Management Activities, and Adherence to Oral Anticancer Agents. *Patient Preference and Adherence*, 13, 2243-2252. <https://doi:10.2147/PPA.S224496>

Johnson, D.E., Burtness, B., Leemans, C.R., Lui, V.W.Y., Bauman, J.E., Grandis, J.R. (2020). Head and Neck Squamous Cell Carcinoma. *Nature Reviews Disease Primers*, 6, 92. <https://doi:10.1038/s41572-020-00224-3>.

Julian, R., Savani, M., Bauman, J.E. (2021). Immunotherapy Approaches in HPV-Associated Head and Neck Cancer. *Cancers*, 13, 5889. <https://doi:10.3390/cancers13235889>.

Jurdi, N.E., Nock, N., Fu, P., Cao, S., Cotton, J.M., Ali, N., Ravi, G., Pinto, R., Galloway, E., Kolke, S., Cooper, B., Tomlinson, B., Malek, E., Lance, C., Kolk, M.J., Ferrari, N., Lee, R., de Lima, M., Caimi, P.F., Metheny, L. (2021). Physical Activity and Sleep Measures Using a Fitness Tracking Device during Hematopoietic Cell Transplantation: A Pilot Study. *Transplant and Cellular Therapy*, 27(6), 502.e1-502.e6. <https://doi:10.1016/j.jtct.2021.02.015>.

Kelly, D., Campbell, P., Torrens, C., Charalambous, A., Östlund, U., Eicher, M., Larsson, M., Nohavova, I., Olsson, C., Simpson, M., Patiraki, E., Sharp, L., Wiseman, T., Oldenmenger, W., Wells, M. (2022). The effectiveness of nurse-led interventions for cancer symptom management 2000–2018: a systematic review and meta-analysis. *Health Science Review*, 4, September, 100052. <https://doi.org/10.1016/j.hsr.2022.100052>.

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

Kiprian, D., Jarzabski, A., Kawecki, A. (2016). Evaluation of efficacy of Caphosol in prevention and alleviation of acute side effects in patients treated with radiotherapy for head and neck cancers. *Contemporary Oncology (Pozn)*, 20(5), 389-393. <http://doi: 10.5114/wo.2016.64600>.

Kirby, E.R., Kenny, K.E., Broom, A.F., Oliffe, J.L., Lewis, S., Wyld, D.K., Yates, P.M., Parker, R.B., Lwin, Z. (2020). Responses to a cancer diagnosis: a qualitative patient-centred interview study. *Supportive Care in Cancer*, 28(1), 229-238. <https://doi: 10.1007/s00520-019-04796-z>.

Knips, L., Bergenthal, N., Streckmann, F., Monsef, I., Elter, T., Skoetz, N. (2019). Aerobic physical exercise for adult patients with haematological malignancies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1(1), CD009075. <https://doi: 10.1002/14651858.CD009075.pub3>.

Koniarczyk, H.L., Ferraro, C., Miceli, T. (2017). Hematopoietic stem cell transplantation for multiple myeloma. *Seminars in Oncology Nursing*, 33 (3), 265-278. <https://doi: 10.1016/j.soncn.2017.05.004>.

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

Liang, Y., Zhou, M., Wang, F., Wu, Z. (2018). Exercise for physical fitness, fatigue and quality of life of patients undergoing hematopoietic stem cell transplantation: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 48(12), 1046-1057. <https://doi: 10.1093/jjco/hyy144>.

Ligibel, J.A., Bohlke, K., May, A.M., Clinton, S.K., Demark-Wahnefried, W., Gilchrist, S.C., Irwin, M.L., Late, M., Mansfield, S., Marshall, T.F., Meyerhardt, J.A., Thomson, C.A., Wood, W.A., Alfano, C.M. (2022). Exercise, Diet, and Weight Management During Cancer Treatment: ASCO Guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 40(22), 2491-2507. <https://doi: 10.1200/JCO.22.00687>.

Lima, K., & Bernardino, E. (2014). Nursing care in a hematopoietic stem cells transplantation unit. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 845–853. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014000440013>.

Lin, C., Clark, R., Tu, P., Bosworth, H.B., & Zullig, L.L. (2017). Breast cancer oral anti-cancer medication adherence: A systematic review of psychosocial motivators and barriers. *Breast*

Cancer Research and Treatment, 165: 247–260. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4317-2>.

Llewellyn, C.D., McGurk, M., & Weinman, J. (2007). Illness and treatment beliefs in head and neck cancer: Is Leventhal's common sense model a useful framework for determining changes in outcomes over time? *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 17–26. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.01.013>.

López-Briz, E., Ruiz Garcia, V., Cabello, J.B., Bort-Martí, S., Carbonell Sanchis, R., & Burls, A. (2018). Heparin versus 0.9% sodium chloride locking for prevention of occlusion in central venous catheters in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD008462. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008462.pub3>.

Lüftner, D., Dell'Acqua, V., Selle, F., Khalil, A., Leonardi, M.C., De La Torre, Tomás A., Shenouda, G., Romero Fernandez, J., Orecchia, R., Moyal, D., Seité, S. (2018). Evaluation of supportive and barrierprotective skin care products in the daily prevention and treatment of cutaneous toxicity during systemic chemotherapy. *Onco Targets Therapy*, 17 (11), 5865-5872. <https://doi:10.2147/OTT.S155438>.

Ma, J., Liu, Y., Huang, X.L., Zhang, Z.Y., Myers, J.N., Neskey, D.M., Zhong, L.P. (2012). Induction chemotherapy decreases the rate of distant metastasis in patients with head and neck squamous cell carcinoma but does not improve survival or locoregional control: a meta-analysis. *Oral oncology*, 48(11), 1076-1084. <https://doi:10.1016/j.oraloncology.2012.06.014>.

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

Mackall, C., Fry, T., Gress, R., Peggs, K., Storek, J., Toubert, A.; Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR); National Marrow Donor Program (NMDP); European Blood and Marrow Transplant Group (EBMT); American Society of Blood and Marrow Transplantation (ASBMT); Canadian Blood and Marrow Transplant Group (CBMTG); Infectious Disease Society of America (IDSA); Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA); Association of Medical Microbiology and Infectious Diseases Canada (AMMI); Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2009). Background to hematopoietic cell transplantation, including post transplant immune recovery. *Bone Marrow Transplantation*, 44(8), 457-62. <https://doi:10.1038/bmt.2009.255>.

Magalhães, B. (2020). *Autogestão dos sintomas associados ao tratamento de quimioterapia na pessoa com doença oncológica*. Tesis Doctoral. Universidad de Jaen. <https://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/1061/1/Tesis%20PhD.pdf>

Magee, D., Bachtold, S., Brown, M., Farquhar-Smith, P. (2019). Cancer pain: where are we now?

Pain Management, 9 (1), 63-79. [https://doi: 10.2217/pmt-2018-0031](https://doi.org/10.2217/pmt-2018-0031).

Majhail, N.S., Rizzo, J.D., Lee, S.J., Aljurf, M., Atsuta, Y., Bonfim, C., Burns, L.J., Chaudhri, N., Davies, S., Okamoto, S., Seber, A., Socie, G., Szer, J., Van Lint, M.T., Wingard, J.R., Tichelli, A.; Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR); American Society for Blood and Marrow Transplantation (ASBMT); European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT); Asia-Pacific Blood and Marrow Transplantation Group (APBMT); Bone Marrow Transplant Society of Australia and New Zealand (BMTSANZ); East Mediterranean Blood and Marrow Transplantation Group (EMBMT); Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Ossea (SBTMO). (2012). Recommended screening and preventive practices for long-term survivors after hematopoietic cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation*, 47(3), 337-41. [https://doi: 10.1038/bmt.2012.5](https://doi.org/10.1038/bmt.2012.5).

Majhail, N.S., Rizzo, J.D., Lee, S.J., Aljurf, M., Atsuta, Y., Bonfim, C., Burns, L.J., Chaudhri, N., Davies, S., Okamoto, S., Seber, A., Socie, G., Szer, J., Van Lint, M.T., Wingard, J.R., Tichelli, A.; Center for International Blood and Marrow Transplant Research (CIBMTR); American Society for Blood and Marrow Transplantation (ASBMT); European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT); Asia-Pacific Blood and Marrow Transplantation Group (APBMT); Bone Marrow Transplant Society of Australia and New Zealand (BMTSANZ); East Mediterranean Blood and Marrow Transplantation Group (EMBMT); Sociedade Brasileira de Transplante de Medula Ossea (SBTMO). (2012). Recommended screening and preventive practices for long-term survivors after hematopoietic cell transplantation. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 18 (3), 348-71. [https://doi: 10.1016/j.bbmt.2011.12.519](https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2011.12.519).

Majithia, N., Hallemeier, C.L., Loprinzi, C.L.(2020). Treatment Complications - Oral Complications. In: Niederhuber, J.E., Armitage, J.O., Kastan, M.B., Doroshow, J.H., Tepper, J.E, eds. *Abeloff's Clinical Oncology E-Book*. 6th ed., 607-620. <https://www.us.elsevierhealth.com/abeloffs-clinical-oncology-9780323476744.html>

Mangold, A.R., Torgerson, R.R., Rogers, RS. (2016). Diseases of the tongue. *Clinical Dermatology*, 34, 458-69. [https://doi: 10.1016/j.clindermatol.2016.02.018](https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2016.02.018).

Mão de Ferro, A. (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Edições Colibri.

Marshall, V.K., Given, B.A. (2018). Factors Associated With Medication Beliefs in Patients With Cancer: An Integrative Review. *Oncology Nursing Forum*, 45(4), 508-526. [https://doi: 10.1188/18.ONF.508-526](https://doi.org/10.1188/18.ONF.508-526).

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

Marques, A.D., Szczepanik, A.P., Machado, C.A., Santos, P.N., Guimarães, P.R., Kalinke, L.P.

(2018). Hematopoietic stem cell transplantation and quality of life during the first year of treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26(0), e3065. <https://doi:10.1590/1518-8345.2474.3065>.

Matsuo, K., Akiba, J., Kusakawa, J., Yano, H. (2022). Squamous cell carcinoma of the tongue: subtypes and morphological features affecting prognosis. *American Journal of Physiology-Cell Physiology*, 323(6), C1611-C1623. <https://doi:10.1152/ajpcell.00098.2022>.

Mazzoni, A.S., Brooke, H.L., Berntsen, S., Nordin, K., Demmelmaier, I. (2020). Exercise Adherence and Effect of Self-Regulatory Behavior Change Techniques in Patients Undergoing Curative Cancer Treatment: Secondary Analysis from the Phys-Can Randomized Controlled Trial. *Integrative Cancer Therapies*, 19: 1534735420946834. doi: 10.1177/1534735420946834.

McCorkle, R., Ercolano, E., Lazenby, M., Schulman-Green, D., Schilling, L.S., Lorig, K., Wagner, E.H. (2011). Self-management: Enabling and empowering patients living with cancer as a chronic illness. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61(1), 50-62. <https://doi:10.3322/caac.20093>.

McGrady, M.E., Williams, S.N., Davies, S.M., Pai, A.L. (2014). Adherence to outpatient oral medication regimens in adolescent hematopoietic stem cell transplant recipients. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, 140-144. <https://doi:10.1016/j.ejon.2013.11.007>.

Mehdipour, M., Zenoz, A.T., Kermani, I.A., Hosseinpour, A. (2011). A comparison between zinc sulfate and chlorhexidine gluconate mouthwashes in the prevention of chemotherapy-induced oral mucositis. *Daru: Journal of Faculty of Pharmacy, Tehran University of Medical Sciences*, 19(1), 71-73. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3232076/pdf/DARU-19-071.pdf>

Meleis, Al. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.

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

Miceli, T., Lilleby, K., Noonan, K., Kurtin, S., Faiman, B., Mangan, P.A. (2013). Autologous hematopoietic stem cell transplantation for patients with multiple myeloma: an overview for nurses in community practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17. <https://doi:10.1188/13.CJON.S2.13-24>.

Michel, R.P., Berry, G.J. (editors). (2016). *Pathology of transplantation*. Cham: Springer, p. 401-40.

Miller, K.D., Nogueira, L., Devasia, T., Mariotto, A.B., Yabroff, K.R., Jemal, A., Kramer, J., Siegel, R.L. (2022). Cancer treatment and survivorship statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 72, 409-436. <https://doi:10.3322/caac.21731>.

Mitema, A., Maree, L., Young, A. (2019). Cancer treatment in Africa: the importance of the role of nursing. *Ecancer medical science*, 13, 944. <https://doi:10.3332/ecancer.2019.944>.

Mohammadi, F., Oshvandi, K., Kamallan, S.R., Khazaei, S., Ranjbar, H., Ahmadi-Motamayel, F., Gillespie, M., Jenabi, E., Vafaei, S.Y. (2022). Effectiveness of sodium bicarbonate and zinc chloride mouthwashes in the treatment of oral mucositis and quality of life in patients with cancer under chemotherapy. *Nursing Open*, 9(3), 1602-1611. [https://doi: 10.1002/nop2.1168](https://doi.org/10.1002/nop2.1168).

Mohile, S.G., Dale, W., Somerfield, M.R., Schonberg, M.A., Boyd, C.M., Burhenn, P.S., Canin, B., Cohen, H.J., Holmes, H.M., Hopkins, J.O., Janelins, M.C., Khorana, A.A., Klepin, H.D., Lichtman, S.M., Mustian, K.M., Tew, W.P., Hurria, A. (2018). Practical Assessment and Management of Vulnerabilities in Older Patients Receiving Chemotherapy: ASCO Guidelines for Geriatric Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 36, 2326-2347. [https://doi: 10.1200/JCO.2018.78.8687](https://doi.org/10.1200/JCO.2018.78.8687).

Moon, Z., Moss-Morris, R., Hunter, M.S., Carlisle, S., & Hughes, L.D. (2017). Barriers and facilitators of adjuvant hormone therapy adherence and persistence in women with breast cancer: A systematic review. *Patient Preference and Adherence*, 11: 305-322. <https://doi.org/10.2147/PPA.S126651>.

Morrison, C.F., Martsof, D.M., Wehrkamp, N., Tehan, R., Pai, A.L.H. (2017). Medication Adherence in Hematopoietic Stem Cell Transplantation: A Review of the Literature. *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 23(4), 562-568. [https://doi: 10.1016/j.bbmt.2017.01.008](https://doi.org/10.1016/j.bbmt.2017.01.008).

Morrison, C.F., Pai, A.L., Martsof, D. (2018). Facilitators and barriers to self management for adolescents and young adults following a hematopoietic stem cell transplant. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 35(1),36-42. [https://doi: 10.1177/1043454217723864](https://doi.org/10.1177/1043454217723864).

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

Mouchemore, K.A., Anderson, R.L. (2021). Immunomodulatory effects of G-CSF in cancer: Therapeutic implications. *Seminars in immunology*, 54, 101512. [https://doi: 10.1016/j.smim.2021.101512](https://doi.org/10.1016/j.smim.2021.101512).

Murray, J., Agreiter, I., Orlando, L., Hutt, D. (2018). BMT Settings, Infection and Infection Control. In: Kenyon, M., Babic, A. (ed.). *The European Blood and Marrow Transplantation Textbook for Nurses: Under the Auspices of EBMT*. Cham (CH): Springer, p. 97-133. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK543664/pdf/Bookshelf_NBK543664.pdf

Naymagon, L., Abdul-Hay, M. (2016). Novel agents in the treatment of multiple myeloma: a review about the future. *Journal of Hematology & Oncology*, 9 (1), 52. [https://doi: 10.1186/s13045-016-0282-1](https://doi.org/10.1186/s13045-016-0282-1).

NCCN. (2016). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). Survivorship (v.2 2016)*. National Comprehensive Cancer Network.

https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/survivorship.pdf

Neuss, M.N., Gilmore, T.R., Belderson, K.M., Billett, A.L., Conti-Kalchik, T., Harvey, B.E., Hendricks, C., LeFebvre, K.B., Mangu, P.B., McNiff, K., Olsen, M., Schulmeister, L., Von Gehr, A., Polovich, M. (2016). Updated American Society of Clinical Oncology/Oncology Nursing Society chemotherapy administration safety standards, including standards for pediatric oncology. *Journal of Oncology Practice*, 12(12), 1262-1271. <https://doi: 10.1200/JOP.2016.017905>.

Neville, B.W., Day, T. A. (2002). Oral cancer and precancerous lesions. *CA: a cancer journal for clinicians*, 52(4), 195-215. <https://doi: 10.3322/canjclin.52.4.195>.

Nipp, R.D., El-Jawahri, A., Fishbein, J.N., Eusebio, J., Stagl, J.M., Gallagher, E.R., Park, E.R., Jackson, V.A., Pirl, W.F., Greer, J.A., Temel, J.S. (2017). The relationship between coping strategies, quality of life, and mood in patients with incurable cancer. *Cancer*, 122(13), 2110-2116. <https://doi: 10.1002/cncr.30025>.

Nund, R.L., Ward, E.C., Scarinci, N.A., Cartmill, B., Kuipers, P., Porceddu, S.V. (2014). The lived experience of dysphagia following non-surgical treatment for head and neck cancer. *International journal of speech-language pathology*, 16(3), 282-289. <https://doi: 10.3109/17549507.2013.861869>.

Oertel, K., Spiegel, K., Schmalenberg, H., Dietz, A., Maschmeyer, G., Kuhnt, T., Sudhoff, H., Wendt, T.G., Guntinas-Lichius, O. (2012). Phase I trial of split-dose induction docetaxel, cisplatin, and 5-fluorouracil (TPF) chemotherapy followed by curative surgery combined with postoperative radiotherapy in patients with locally advanced oral and oropharyngeal squamous cell cancer (TISOC-1). *BMC cancer*, 12(1), 1-9. <https://doi: 10.1186/1471-2407-12-483>.

Oliver, R.J., Clarkson, J.E., Conway, D.I., Glenny, A., Macluskey, M., Pavitt, S., Sloan, P. (2007). CSROC Expert Panel; Worthington HV. Interventions for the treatment of oral and oropharyngeal cancers: surgical treatment. *Cochrane Database Syst Rev*, 17 (4), CD006205. <https://doi: 10.1002/14651858.CD006205.pub2>.

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

Okubo, M., Iwai, T., Nakashima, H., et al. Squamous cell carcinoma of the tongue dorsum: incidence and treatment considerations. (2017). *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*, 69, 6-10. <https://doi: 10.1007/s12070-016-0979-z>.

Ottery, F.D. (1994). Cancer cachexia: prevention, early diagnosis, and management. *Cancer practice*, 2(2), 123-131. <https://europepmc.org/article/med/8055014>.

Otto, S.E. (2001). *Enfermagem em Oncologia*. 3ª edição. Lusociência.

Palumbo, A., Anderson, K. (2011). Multiple myeloma. *New England Journal of Medicine*, 364, 1046-1060. <https://doi: 10.1056/NEJMra1011442>.

Palumbo, A., Cavallo, F., Gay, F., Di Raimondo, F., Ben Yehuda, D., Petrucci, M.T., Pezzatti, S., Caravita, T., Cerrato, C., Ribakovsky, E., Genuardi, M., Cafro, A., Marcatti, M., Catalano, L., Offidani, M., Carella, A.M., Zamagni, E., Patriarca, F., Musto, P., Evangelista, A., Ciccone, G., Omedé, P., Crippa, C., Corradini, P., Nagler, A., Boccadoro, M., Cavo, M. (2014). Autologous transplantation and maintenance therapy in multiple myeloma. *New England Journal of Medicine*, 371(10), 895-905. [https://doi: 10.1056/NEJMoa1402888](https://doi.org/10.1056/NEJMoa1402888).

Pamungkas, R.A., Chamroonsawasdi, K., Vatanasomboon, P. (2017). A systematic review: Family support integrated with diabetes self-management among uncontrolled type II diabetes mellitus patients. *Behavioral Sciences (Basel)*, 7(3), 62. [http://doi: 10.3390/bs7030062](http://doi.org/10.3390/bs7030062).

Pederson, C., Parran, L. (1999). Pain in adult recipients of blood or marrow transplant. *Cancer Nursing*, 22(6), 397-407. [https://doi: 10.1097/00002820-199912000-00001](https://doi.org/10.1097/00002820-199912000-00001).

Penaforte, M.H.O. (Coord.). (2023). *Guia Orientador de Boas Práticas na Administração de Terapêuticas Antineoplásicas Sistêmicas à Pessoa com Doença Oncológica*. Ordem dos Enfermeiros.

Peter, F., Wittekindt, C., Finkensieper, M., Kiehntopf, M., & Guntinas-Lichius, O. (2013). Prognostic impact of pretherapeutic laboratory values in head and neck cancer patients. *Journal of cancer research and clinical oncology*, 139, 171-178. [https://doi: 10.1007/s00432-012-1320-1](https://doi.org/10.1007/s00432-012-1320-1).

Peterson, D.E., Öhrn, K., Bowen, J., et al. (2013). Systematic review of oral cryotherapy for management of oral mucositis caused by cancer therapy. *Supportive Care in Cancer*, 21(1), 327-332. [https://doi:10.1007/s00520-012-1562-0](https://doi.org/10.1007/s00520-012-1562-0).

Phillips, J.L., Currow, D.C. (2010). Cancer as a chronic disease. *Collegian*, 17(2), 47-50. doi: 10.1016/j.colegn.2010.04.007.

Pinner, L.A., Tierney, D.K. (2020). *Late effects and survivorship care*. In Schmit-Pokorny K., Eisenberg S. (Eds.), *Hematopoietic stem cell transplantation: A manual for nursing practice* (3rd ed., pp. 315-336). Oncology Nursing Society.

Pituskin, E., Joy, A.A., Fairchild, A. (2021). Advanced Cancer as a Chronic Disease: Introduction. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(4), 151176. [https://doi: 10.1016/j.soncn.2021.151176](https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151176).

Pontes, L., Silva, S.R., Lima, A.P., Sandri, L.C., Batistela, A.P., Danski, M.T. (2018). Incidentes relacionados ao cateter de Hickman®: identificação de dano. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1915-20. [https://doi: 10.1590/0034-7167-2017-0051](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0051).

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Direção-Geral da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Circular Normativa n.º 9/DGCG. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Posner, M.R., Hershock, D.M., Blajman, C.R., Mickiewicz, E., Winkquist, E., Gorbounova, V., Tjulandin, S., Shin, D.M., Cullen, K., Ervin, T.J., Murphy, B.A., Racz, L.E., Cohen, R.B., Spaulding, M., Tishler, R.B., Roth, B., Viroglio, R. del C., Venkatesan, V., Romanov, I., Agarwala, S., Harter, K.W., Dugan, M., Cmelak, A., Markoe, A.M., Read, P.W., Steinbrenner, L., Colevas, A.D., Norris, C.M. Jr., Haddad, R.I. (2007). Cisplatin and fluorouracil alone or with docetaxel in head and neck cancer. *New England Journal of Medicine*, 357(17), 1705-1715. <https://doi:10.1056/NEJMoa070956>.

Posner, M.R., Norris, C.M., Wirth, L.J., Shin, D.M., Cullen, K.J., Winkquist, E.W., Blajman, C.R., Mickiewicz, E.A., Frenette, G.P., Plinar, L.F., Cohen, R.B., Steinbrenner, L.M., Freue, J.M., Gorbounova, V.A., Tjulandin, S.A., Racz, L.E., Adkins, D.R., Tishler, R.B., Roessner, M.R., Haddad, R.I. (2009). Sequential therapy for the locally advanced larynx and hypopharynx cancer subgroup in TAX 324: survival, surgery, and organ preservation. *Annals of oncology*, 20(5), 921-927. <https://doi:10.1093/annonc/mdn752>.

Precit, M.R., He, K., Mongkolrattanothai, K., Moghimi, B., Glucoft, M., Bard, J.D. (2022). Impact of FilmArray™ Respiratory Panel testing on the clinical management of pediatric bone marrow transplant patients. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 41(3),395-405. doi: 10.1007/s10096-021-04382-4.

Prins, M.C., van Hinte, G., Koenders, N., Rondel, A.L., Blijlevens, N.M.A., van den Berg, M.G.A. (2021). The effect of exercise and nutrition interventions on physical functioning in patients undergoing haematopoietic stem cell transplantation: a systematic review and meta-analysis. *Supportive Care in Cancer*, 29(11), 7111-7126. doi: 10.1007/s00520-021-06334-2.

Puts, M.T., Tu, H.A., Tourangeau, A., et al. (2014). Factors influencing adherence to cancer treatment in older adults with cancer: a systematic review. *Annals of Oncology*, 25(3), 564-77. <https://doi:10.1093/annonc/mdt433>.

Queensland Government, Department of Health. (2017). *Guidelines: Peripheral Intravenous Catheter*. https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0025/444490/icare-pivc-guideline.pdf

Queirós, P.J.P.; Vidinha, T.S.S.; Filho, A.J.A. (2014). Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (3), 157-164. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14081>.

Qian, J.M., Schoenfeld, J.D. (2021). Radiotherapy and Immunotherapy for Head and Neck Cancer:

Current Evidence and Challenges. *Frontiers in Oncology*, 10, 608772. [https://doi: 10.3389/fonc.2020.608772](https://doi.org/10.3389/fonc.2020.608772).

Raboni, S.M., Nogueira, M.B., Tsuchiya, L.R., Takahashi, G.A., Pereira, L.A., Pasquini, R., Siqueira, M.M. (2003). Respiratory tract viral infections in bone marrow transplant patients. *Transplantation*, 76(1), 142-6. doi: 10.1097/01.TP.0000072012.26176.58.

Rambod, M., Pasyar, N., Ramzi, M. (2018). The effect of zinc sulfate on prevention, incidence, and severity of mucositis in leukemia patients undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, 33, 14-21. [https://doi: 10.1016/j.ejon.2018.01.007](https://doi.org/10.1016/j.ejon.2018.01.007).

Rathod, S., Gupta, T., Ghosh-Laskar, S., Murthy, V., Budrukkar, A., Agarwal, J. (2013). Quality-of-life (QOL) outcomes in patients with head and neck squamous cell carcinoma (HNSCC) treated with intensity-modulated radiation therapy (IMRT) compared to three-dimensional conformal radiotherapy (3D-CRT): evidence from a prospective randomized study. *Oral Oncology*, 49(6), 634-642. [http:// doi: 10.1016/j.oraloncology.2013.02.013](http://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2013.02.013).

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República: 2ª Série, Nº 26 (2019). Acedido a 10 de jun. 2023. Acedido a 10 de jun. 2023. Disponível em www.dre.pt.

Regulamento n.º 76/2018 de 30 de janeiro. Diário da República: 2ª Série, Nº 21 (2018). Acedido a 10 de jun. 2023. Acedido a 10 de jun. 2023. Disponível em www.dre.pt.

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. Diário da República: 2ª Série, Nº 135 (2018). Acedido a 10 de jun. 2023. Acedido a 10 de jun. 2023. Disponível em www.dre.pt.

Remenar, E., Van Herpen, C., Germa Lluch, J., Stewart, S., Gorlia, T., Degardin, M., Vermorken, J. B. (2006). A randomized phase III multicenter trial of neoadjuvant docetaxel plus cisplatin and 5-fluorouracil (TPF) versus neoadjuvant PF in patients with locally advanced unresectable squamous cell carcinoma of the head and neck (SCCHN). Final analysis of EORTC 24971. *Journal of Clinical Oncology*, 24(18_suppl), 5516-5516. https://ascopubs.org/action/showCitFormats?doi=10.1200/jco.2006.24.18_suppl.5516

Rhodus, N.L., Kerr, A.R., Patel, K. (2014). Oral cancer: leukoplakia, premalignancy, and squamous cell carcinoma. *Dental Clinics of North America*, 58, 315-340. [https://doi: 10.1016/j.cden.2013.12.004](https://doi.org/10.1016/j.cden.2013.12.004).

Richardson, A. (1992). Studies exploring self-care for the person coping with cancer treatment: a review. *International Journal of Nursing Studies*, 29(2), 191-204. [http://doi: 10.1016/0020-7489\(92\)90008-5](http://doi.org/10.1016/0020-7489(92)90008-5).

Riley, P., Glenny, A.M., Worthington, H.V., Littlewood, A., Clarkson, J.E., McCabe, M.G. (2015). Interventions for preventing oral mucositis in patients with cancer receiving treatment: oral cryotherapy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 23(12), CD011552. [http://doi: 10.1002/14651858.CD011552.pub2](http://doi.org/10.1002/14651858.CD011552.pub2)

- Rodrigues, H.F., Garbin, L.M., Castanho, L.E., Simões, B.P., Curcioli, A.C., Silveira, R.C. (2015). Hickman catheters in hematopoietic stem cell transplantation: surgical implantation, removal and nursing care. *Revista Enfermagem UERJ*, 23(3), 304-9. <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA568371477&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=01043552&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E5dc363f1&aty=openweb-entry>.
- Rodrigues, J.A.P., Lacerda, M.R., Gomes, I.M., Paes, M.R., Ribeiro, R.P., Mercês, N.N.A. (2018). Research contributions for the Nursing care in pediatric transplantation of hematopoietic stem cells / Contribuições da pesquisa para os cuidados de Enfermagem em transplante pediátrico de células-tronco hematopoiéticas. *Revista De Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 10 (4), 964-970. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.964-970>.
- Rodrigues, N.P. (2019). *O estilo de gestão do regime terapêutico dos clientes com dor oncológica crônica: Influência na gestão do regime medicamentoso*. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto: ESEP. <http://hdl.handle.net/10400.26/29474>
- Rodriguez, A.L., Tariman, J.D., Enecio, T., Estrella, S.M. (2007). The role of high-dose chemotherapy supported by hematopoietic stem cell transplantation in patients with multiple myeloma: implications for nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 11(4), 579-89. <https://doi:10.1188/07.CJON.579-589>.
- Royal College of Nursing. (2016). *Standards for infusion therapy*. 4th Edition. <https://www.rcn.org.uk/professional-development/publications/pub-005704>
- Saddawi-Konefka, R., Simon, A.B., Sumner, W., Sharabi, A., Mell, L.K., Cohen, E.E.W. (2021). Defining the Role of Immunotherapy in the Curative Treatment of Locoregionally Advanced Head and Neck Cancer: Promises, Challenges, and Opportunities. *Frontiers in Oncology*, 11, 738626. <https://doi:10.3389/fonc.2021.738626>.
- Sahin, Z.A., Erguney, S. (2016). Effect on Symptom Management Education Receiving Patients of Chemotherapy. *J Cancer Educ*, 31(1), 101-7. <https://doi:10.1007/s13187-015-0801-8>.
- Salgado, T.M., Davis, E.J., Farris, K.B., Fawaz, S., Batra, P., & Henry, N.L. (2017). Identifying socio-demographic and clinical characteristics associated with medication beliefs about aromatase inhibitors among postmenopausal women with breast cancer. *Breast Cancer Research and Treatment*, 163: 311-319. <https://doi.org/10.1007/s10549-017-4177-9>.
- Sciubba, J.J. (2001). Oral cancer. The importance of early diagnosis and treatment. *American Journal of Clinical Dermatology*, 2, 239-251. <https://doi:10.2165/00128071-200102040-00005>.
- Scully, C., Bagan, J. V. (2009). Oral squamous cell carcinoma: overview of current understanding of aetiopathogenesis and clinical implications. *Oral diseases*, 15(6), 388-399. <https://doi:10.1111/j.1601-0825.2009.01563.x>.

- Sharma, S.K., Mudgal, S.K., Gaur, R., Sharma, R., Sharma, M., & Thakur, K. (2019). Heparin flush. vs. normal saline flush to maintain the patency of central venous catheter among adult patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(9), 2779-2792. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_669_19.
- Siegel, R., Naishadham, D., Jemal, A. (2013). Cancer Statistics, 2013. *A Cancer Journal for Clinicians*, 63(1), 11-30. <https://doi: 10.3322/caac.21166>.
- Siegel, R., Ward, E., Brawley, O., Jemal, A. (2011). Cancer statistics, 2011: the impact of eliminating socioeconomic and racial disparities on premature cancer deaths. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 61, 212-236. <https://doi: 10.3322/caac.20121>.
- Skolarus, T.A, Holmes-Rovner, M., Northouse, L.L., Fagerlin, A., Garlinghouse, C., Demers, R.Y., Rovner, D.R., Darwish-Yassine, M., Wei, J.T. (2013). Primary care perspectives on prostate cancer survivorship: implications for improving quality of care. *Urologic Oncology*, 31(6), 727-732. <http:// doi: 10.1016/j.urolonc.2011.06.002>.
- Smeltzer, E., Bare, B.G. (2014). *Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 12. São Paulo: Guanabara Koogan.
- Smith, R.N., Nolan, J.P. (2013). Central venous catheters. *British Medical Journal*, 347. <https://doi: 10.1136/bmj.f6570>.
- Sommariva, S., Pongiglione, B., Tarricone, R. (2016). Impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life and resource utilization: A systematic review. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 99, 13-36. <https://doi: 10.1016/j.critrevonc.2015.12.001>.
- Sonis, S.T. (2012). *Oral Mucositis - Pocket Books for Cancer Supportive Care*. Springer Healthcare.
- Spotten, L.E., Corish, C.A., Lorton, C.M., Dhuihir, P.U., O'donoghue, N.C., O'connor, B., Walsh, T.D. (2017). Subjective and objective taste and smell changes in cancer. *Annals of Oncology*, 28(5), 969-984. <https://doi: 10.1093/annonc/mdx018>.
- Sridharan, G., Alex, S., Bhandare, P., Patankar, S. (2017). Microinvasive oral squamous cell carcinoma- A clinicopathological study. *Medical Research Archives*, 5(7). <https://esmed.org/MRA/mra/article/view/1403>
- Steinmann, D., Babadağ Savaş, B., Felber, S., Joy, S., Mertens, I., Cramer, H., Paul, A., Layer, M., Klafke, N., Stolz, R., Heyder, U., Neuberger, P., Winkler, M., Idler, C., Heine, R., Kaschdailewitsch, E., John, H., Schmelting, B., Zielke, T., Horneber, M., Witt, C.M., Voiss, P. (2021). Nursing Procedures for the Prevention and Treatment of Mucositis Induced by Cancer Therapies: Clinical Practice Guideline Based on an Interdisciplinary Consensus Process and a Systematic Literature Search. *Integrative Cancer Therapies*, 20, 1534735420940412. <https://doi:>

10.1177/1534735420940412.

Stephens, J.M.L. (2013). *Hematopoietic stem cell transplantation. A manual for nursing practice*. ONCOLOGY NURSING SOCIETY. Edited by Ezzone, SA. Oncology Nursing Society. Pittsburgh, PA; 2nd ed.

Sturgis, E. M., Moore, B. A., Glisson, B. S., Kies, M. S., Shin, D. M., & Byers, R. M. (2005). Neoadjuvant chemotherapy for squamous cell carcinoma of the oral tongue in young adults: a case series. *Head & Neck: Journal for the Sciences and Specialties of the Head and Neck*, 27(9), 748-756. <https://doi: 10.1002/hed.20240>.

Sun, Z., Sun, X., Chen, Z., Du, J., Wu, Y. (2022). Head and Neck Squamous Cell Carcinoma: Risk Factors, Molecular Alterations, Immunology and Peptide Vaccines. *International Journal of Peptide Research and Therapeutics*, 28, 19. <https://doi: 10.1007/s10989-021-10334-5>.

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R.L., et al. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(3), 209-249. <https://doi: 10.3322/caac.21660>.

Swerdlow, S.H., Campo, E., Pileri, S.A., Harris, N.L., Stein, H., Siebert, R., Advani, R., Ghielmini, M., Salles, G.A., Zelenetz, A.D., Jaffe, E.S. (2016). The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms. *Blood*, 127(20), 2375-90. <https://doi: 10.1182/blood-2016-01-643569>.

Svanberg, A., Öhrn, K., Birgegård, G. (2015). Caphosol(®) mouthwash gives no additional protection against oral mucositis compared to cryotherapy alone in stem cell transplantation. A pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 50-3. <http://doi: 10.1016/j.ejon.2014.07.011>.

Tadbi, A.A., Mehrabani, D., Heydari, S.T. (2009). Sociodemographic and etiologic differences of malignant orofacial tumors in Iran. *Journal of Craniofacial Surgery*, 20(3), 837-40. <https://doi: 10.1097/SCS.0b013e3181a2d62a>.

Tahmasebi, E., Alikhani, M., Yazdanian, A., Yazdanian, M., Tebyanian, H., Seifalian, A. (2020). The current markers of cancer stem cell in oral cancers. *Life Sciences*, 249, 117483. <https://doi: 10.1016/j.lfs.2020.117483>.

Talwar, B., Donnelly, R., Skelly, R., Donaldson, M. (2016). Nutritional management in head and neck cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. *The Journal of Laryngology & Otology*, 130(S2), S32-S40. <https://doi: 10.1017/S0022215116000402>.

Taxbro, K., Hammarskjöld, F., Thelin, B. O., Lewin, F., Hagman, H., Hanberger, H., & Berg, S. (2019). Clinical impact of peripherally inserted central catheters vs implanted port catheters in patients with cancer: an open-label, randomised, two-centre trial. *British Journal of Anaesthesia*, 122(6), 734-741. <https://doi: 10.1016/j.bja.2019.01.038>.

Thusty, G.C., Alonso, W.W., Berger, A.M. (2022). Exercise Interventions During Hospitalization for Stem Cell Transplantation: An Integrative Review. *Western Journal of Nursing Research*, 44(12), 1167-1182. doi: 10.1177/01939459221124433.

Todaro, J., Manhani, A.R.A.B., Kutner, J.M., Ribeiro, A.A.F., Rodrigues, M., Kerbauy, F.R., Sobrinho, J.N., Ferreira, E., Hamerschlag, N. (2011). Transplante autólogo em mieloma múltiplo: experiência de um serviço brasileiro em 15 anos de seguimento. *Einstein (São Paulo)*. 9 (2), 119-23. [https://doi: 10.1590/S1679-45082011AO1845](https://doi.org/10.1590/S1679-45082011AO1845).

Toh, T., Akita, T., Saito, M., Shigetomi, T. (2019). Squamous cell carcinoma initially arising in the midline of the dorsum of the tongue in a young adult: a case report and review of the literature. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology*, 31(3), 185-188. <https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2018.12.001>

Tomey, A.M., & Alligood, M.R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Lusociência.

Tormey, C.A., Snyder, E.L. (2015). Hematopoietic progenitor cell administration. In: Wingard, J.R., Gastineau, D.A., Leather, H.L., Snyder, E.L., Szczepiorkowski, Z.M. (editors). *Hematopoietic stem cell transplantation: a handbook for clinicians*. American Association of Blood Banks, p. 191-9.

Torre, L.A., Siegel, R.L., Ward, E.M., Jemal A. (2016). Global Cancer Incidence and Mortality Rates and Trends. An Update. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 25(1),16-27. [https://doi: 10.1158/1055-9965.EPI-15-0578](https://doi.org/10.1158/1055-9965.EPI-15-0578).

Tuominen, L., Stolt, M., Meretoja, R., Leino-Kilpi, H. (2019). Effectiveness of nursing interventions among patients with cancer: an overview of systematic reviews. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 2401-2419. [https://doi: 10.1111/jocn.14762](https://doi.org/10.1111/jocn.14762).

Uchiyama, K., Iwabuchi, H., Yamada, M., Sugiyama, K., Nakayama, S. (2012). Digestive symptoms as side effects of combination chemotherapy of docetaxel, nedaplatin and 5-fluorouracil for head and neck cancer. *Gan to kagaku ryoho. Cancer & chemotherapy*, 39(11), 1659-1664. <https://europepmc.org/article/med/23152015>

WHO (2020). *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System: antineoplastic and immunomodulating agents*. World Health Organization. https://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=L&showdescription=no

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

WHO (2018). *Cancer*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>

Wild, C.P., Weiderpass, E., Stewart, B.W. (2020). *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. International Agency for Research on Cancer, Paris.

Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D.L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S.E., Kreutz, R., Laurent, S., Lip, G.Y.H., McManus, R., Narkiewicz, K., Ruschitzka, F., Schmieder, R.E., Shlyakhto, E., Tsioufis, C., Aboyans, V., Desormais, I.; ESC Scientific Document Group. (2018). 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *European Heart Journal*, 39(33), 3021-3104. <https://doi:10.1093/eurheartj/ehy339>.

Wilson, F., Mood, D., Nordstrom, C.K. (2013). The influence of easy-to-read pamphlets about self-care management of radiation side effects on patients knowledge. *Oncology Nursing Forum*, 37(6), 774-781. <https://doi:10.1188/10.ONF.774-781>.

Winkeljohn, D. (2010). Adherence to oral cancer therapies: nursing interventions. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(4), 461-6. <https://doi:10.1188/10.CJON.461-466>.

van den Beuken-van Everdingen, M.H., de Rijke, J.M., Kessels, A.G., Schouten, H.C., Van Kleef, M., Patijn, J. (2007). Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Annals of Oncology*, 18(9), 1437-1449. <https://doi:10.1093/annonc/mdm056>.

van der Molen, L., van Rossum, M.A., Burkhead, L.M., Smeele, L.E., Hilgers, F.J. (2009). Functional outcomes and rehabilitation strategies in patients treated with chemoradiotherapy for advanced head and neck cancer: a systematic review. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 266(6), 889-900. <http://doi:10.1007/s00405-008-0817-3>.

van der Molen, L., van Rossum, M.A., Rasch, C.R., Smeele, L.E., Hilgers, F.J. (2014). Two-year results of a prospective preventive swallowing rehabilitation trial in patients treated with chemoradiation for advanced head and neck cancer. *European Archives of Otorhinolaryngology*, 271(5), 1257-1270. <http://doi:10.1007/s00405-013-2640-8>.

Vokurka, S., Bystrická, E., Svoboda, T., Škoda Gorican, I.K., Sever, M., Mazur, E., Kopinska, A., Pavlicová, V., Mocanu, O., Tanase, A., Ghelase, R., Zítková, M., Labudíková, M., Raida, L., Hrabánková-Navrátilová, D., Bocková, J. (2014). The availability of HEPA-filtered rooms and the incidence of pneumonia in patients after haematopoietic stem cell transplantation (HSCT): results from a prospective, multicentre, eastern European study. *Journal of Clinical Nursing*, 23(11-12), 1648-52. <https://doi:10.1111/jocn.12286>.

Xiang, E., Ni, J., Glotzbecker, B., Laubach, J., Soiffer, R., McDonnell, A.M. (2019). Evaluating the adverse effects of melphalan formulations. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 25(7), 1631-1637. <https://doi:10.1177/1078155218804042>.

Young, A.M., Charalambous, A., Owen, R.I., Njodzeka, B., Oldenmenger, W.H., Alqudimat, M.R.,

So, W.K.W. (2020). Essential oncology nursing care along the cancer continuum. *Lancet Oncology*, 21 (12), e555–e563. [https://doi: 10.1016/S1470-2045\(20\)30612-4](https://doi: 10.1016/S1470-2045(20)30612-4).

Zhang, S., Wu, X., Diao, P., Wang, C., Wang, D., Li, S., Wang, Y., Cheng, J. (2020). Identification of a prognostic alternative splicing signature in oral squamous cell carcinoma. *Journal of cellular physiology*, 235(5), 4804-4813. <https://doi: 10.1002/jcp.29357>.

Zini, A., Czerninski, R., & Sgan-Cohen, H. D. (2010). Oral cancer over four decades: epidemiology, trends, histology, and survival by anatomical sites. *Journal of oral pathology & medicine*, 39(4), 299-305. <https://doi: 10.1111/j.1600-0714.2009.00845.x>.

Zhang, H. (2021). Bridging antifungal prophylaxis with micafungin in hematopoietic stem cell transplantation: a retrospective analysis. *Hematology*, 26(1), 670-674. doi: 10.1080/16078454.2021.1959982.

Zhong, L., Wang, H.L., Xu, B., Yuan, Y., Wang, X., Zhang, Y.Y., Hu, Z.S. (2017). Normal saline versus heparin for patency of central venous catheters in adult patients—A systematic review and meta-analysis. *Critical Care*, 21(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1585-x>.

Zhou, J.Z., Jou, J., Cohen, E. (2021). Vaccine Strategies for Human Papillomavirus-Associated Head and Neck Cancers. *Cancers*, 14, 33. <https://doi: 10.3390/cancers14010033>.

Zulu, S., Kenyon, M. (2018). Principles of Conditioning Therapy and Cell Infusion. In Kenyon, M., Babic, A. (editors). *The European Blood and Marrow Transplantation Textbook for Nurses*. Chapter 6. London: Springer. <https://doi: 10.1007/978-3-319-50026-3>.

8. ANEXOS

Anexo I

Objetivos e atividades definidas no projeto de desenvolvimento de competências

O objetivo geral foi pensado para expor de forma sintética, mas igualmente abrangente a área das competências a desenvolver. Nesse sentido, foi pensado para incluir uma área temática em torno da qual o enfermeiro especialista pudesse desenvolver competências especializadas. O objetivo geral foi definido da seguinte forma: “Desenvolver competências na área do doente oncológico em programa de quimioterapia”.

Na sequência da definição do objetivo geral, definimos os objetivos específicos com base nas competências transversais expressas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Estes objetivos encontram-se descritos no Quadro 1:

Quadro 1: Objetivos específicos

Objetivos específicos
1 - Melhorar a capacidade de identificar as necessidades do doente oncológico em programa de quimioterapia
2- Melhorar a capacidade de promover intervenções especializadas junto de doentes oncológicos neutropénicos
3- Desenvolver a capacidade de intervir na área dos procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos
4- Desenvolver capacidades para a promoção da autogestão e do autocuidado no doente oncológico em processo de transição
5- Desenvolver a capacidade de intervenção como gestor de risco local
6- Desenvolver conhecimentos sobre a promoção de estratégias de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança nos vários contextos de atuação

Apresentam-se de seguida as atividades desenvolvidas para cada um dos objetivos específicos.

Para o objetivo 1:

- a) Pesquisar evidência científica centrada no processo do sistema tegumentar no doente oncológico em regime de quimioterapia;
- b) Definir os dados necessários para a definição de diagnósticos específicos das alterações do processo tegumentar no contexto do HD;
- c) Discutir o plano de cuidados com a enfermeira tutora, com a coordenadora de estágio e os orientadores de projeto;
- d) Conceber pelo menos um plano de cuidados no contexto do HD;
- e) Treinar a contratualizar os planos de cuidados com a pessoa e - caso seja necessário - com a família / cuidador;
- f) Treinar, sob a supervisão da enfermeira tutora, a avaliação da evolução da pessoa e - caso seja necessário - da família/cuidador(es).

Para o objetivo 2:

- a) Pesquisar evidência científica sobre a autogestão do regime de exercício em doentes neutropénicos no contexto do STMO;
- b) Discutir as melhores estratégias de intervenção com a enfermeira tutora, com a coordenadora de estágio e os orientadores do projeto;
- c) Conceber pelo menos um plano de cuidados no contexto do STMO;
- d) Treinar o planeamento de estratégias que promovam a melhoria da performance no domínio do ensinar sobre regime de exercício;
- e) Treinar, sob a supervisão da enfermeira tutora, a avaliação da evolução da pessoa e - caso seja necessário - da família/cuidador(es).

Para o objetivo 3:

- a) Consultar a informação e orientações técnicas sobre o controlo de infeção;
- b) Entrevistar a equipa de elos de ligação do GLC-PPCIRA do HD e do STMO para conhecer a forma como desenvolvem as suas atividades nos respetivos serviços;
- c) Acompanhar os elos de ligação do GL-PPCIRA em pelo menos 5 auditorias da higienização das mãos no STMO;
- d) Acompanhar os elos de ligação do GL-PPCIRA em pelo menos 5 auditorias de utilização correta de luvas no STMO;
- e) Analisar com os elos de ligação do GLC-PPCIRA do HD e do STMO os principais desafios de prevenção, intervenção e controlo de infeção associados aos

cuidados de saúde e de resistência aos antimicrobianos performance na realização de auditorias no STMO:

Para o objetivo 4:

- a) Pesquisar evidência científica recorrendo a bases de dados sobre fatores que influenciam autogestão do regime medicamentoso;
- b) Conceber pelo menos um plano de cuidados no contexto do STMO;
- c) Discutir o potencial da pessoa para a autogestão do regime medicamentoso com as tutoras e a coordenadora de estágio;
- d) Treinar a contratualizar com a pessoa o potencial para a gestão do regime medicamentoso;
- e) Treinar, sob a supervisão da enfermeira tutora, a avaliação da evolução da pessoa na gestão do regime medicamentoso.

Para o objetivo 5:

- a) Consultar a documentação existente nos serviços sobre a política de gestão de risco local e os planos específicos dos serviços;
- b) Reunir com o enfermeiro Gestor de Risco Local para apurar o seu conteúdo funcional e os desafios inerentes à função;
- c) Acompanhar o enfermeiro responsável pela gestão de risco local no decorrer das suas atividades durante 2 turnos;
- d) Executar, sob supervisão do enfermeiro Gestor de Risco Local, um procedimento de autoinspeção de segurança no STMO.

Para o objetivo 6:

- a) Consultar a documentação existente nos serviços sobre a estratégia de prevenção do risco geral (clínico e não clínico);
- b) Reunir com o enfermeiro responsável pela prevenção do risco geral para apurar o seu conteúdo funcional;
- c) Frequentar a formação institucional em Gestão de Risco Geral.

Desenvolvimento das atividades

No quadro 2 especificamos algumas das atividades que mereceram maior detalhe, por objetivo e quando tal se justificou:

Quadro 2: Especificação de atividades

Objetivo	Atividade	Especificação
1	a) Pesquisar evidência científica centrada no processo do sistema tegumentar no doente oncológico em regime de quimioterapia.	A pesquisa incidirá sobre: - Alterações da mucosa oral associadas a quimioterapia; - Alterações da pele associadas a quimioterapia;
2	a) Pesquisar evidência científica sobre a autogestão do regime de exercício em doentes neutropénicos no contexto do STMO.	A pesquisa incidirá sobre: - Prevenção de infeções respiratórias em doentes neutropénicos; - Regime de exercício tido como eficaz na prevenção das infeções respiratórias.
3	b) Entrevistar a equipa de elos de ligação do GLC-PPCIRA do HD e do STMO para conhecer a forma como desenvolvem as suas atividades nos respetivos serviços.	Nas entrevistas perspetiva-se as seguintes questões: - Quais as principais funções que desempenham relativamente à prevenção de infeções; - Que conjunto de atividades promovem, orientam ou dinamizam relacionadas com a prevenção de infeções.
5	b) Reunir com o enfermeiro Gestor de Risco Local para apurar o seu conteúdo funcional e os desafios inerentes à função.	Solicitar uma reunião com o enfermeiro Gestor de Risco Local; Identificar as suas principais funções e atividades; Discutir o papel do enfermeiro especialista neste contexto.
6	b) Reunir com o enfermeiro responsável pela prevenção do risco geral para apurar o seu conteúdo funcional.	Solicitar uma reunião com o enfermeiro responsável pela prevenção do risco geral; Identificar as suas principais funções e atividades; Discutir o papel do enfermeiro especialista neste contexto.

Anexo II

Revisão narrativa da literatura centrada no processo do sistema tegumentar no doente oncológico em regime de QT

A QT de indução sistêmica (ou neoadjuvante pré-operatória) com regimes à base de taxanos, desempenha um papel importante no tratamento bem-sucedido em doentes com carcinoma espinocelular da cavidade oral (Sturgis et al., 2005). No entanto, a gestão dos efeitos colaterais da QT em doentes oncológicos continua a ser importante porque pode afetar a tolerância e a continuidade do tratamento, além de diminuir a qualidade de vida dos doentes. Os principais efeitos adversos imediatos consistem em náuseas, vômitos e alterações do foro gastrointestinal, geralmente diarreia (Iki & Urabe, 2000), mas existem muitas outras, como sejam aquelas que afetam a pele e os tegumentos. As toxicidades cutâneas associadas aos medicamentos citotóxicos clássicos e à terapia hormonal incluem a pele seca, bem como alterações nos cabelos e nas unhas. Antimetabólitos como a capecitabina e o 5-fluorouracil podem causar síndrome mão-pé, caracterizado por eritema, inchaço, bolhas, ulceração e descamação nas palmas das mãos e plantas dos pés, associado a parestesia, dor e prurido (Fabbrocini et al., 2012). Os agentes alquilantes estão associados à alopecia, hiperpigmentação e dermatite por radiação de memória. Os agentes antimetabólicos, incluindo alcalóides da vinca e taxanos, causam alterações nas unhas, erupção cutânea maculopapular, eritema e alopecia. Além disso, modificadores de DNA como a bleomicina e os inibidores de topoisomerase, podem causar eritema, paroníquia, alopecia, hiperpigmentação e esclerose cutânea (Heidary et al., 2008). Estes eventos cutâneos adversos parecem estar relacionados com a disfunção da barreira cutânea, razão pela qual a adesão a uma rotina de cuidados da pele com produtos adequados pode reduzir o agravamento das reações cutâneas e também tratar algumas delas (desaparecimento dos sinais cutâneos em 9% dos doentes) (Bensadoun et al., 2013; Lüftner et al., 2018).

No caso da QT utilizada para tratamento de doentes oncológicos da cabeça-pescoço, por vezes em regime de quimiorradioterapia adjuvante, também está associada a mucosite oral aguda, disfagia, náuseas, vômitos, rouquidão, dermatite e complicações a longo prazo, como estenose esofágica, hipotireoidismo, osteorradionecrose, xerostomia e fibrose subcutânea (Cmelac et al., 2013).

O esquema de doxetaxel+cisplatina+5-Fluoracilo também é reconhecidamente emetizante (Uchiyama et al., 2012), pelo que o doente deve ser informado por forma a poder reconhecer os efeitos secundários, solicitar apoio do enfermeiro e não desistir do tratamento. A QT também pode provocar alterações cutâneas, incluindo

hiperpigmentação, fragilidade e secura da pele. Por outro lado, o esquema doxetaxel + cisplatina + fluoracilo provoca neutropenia, o que pode levar à interrupção do tratamento.

Entre as complicações mais frequentes e incapacitantes resultantes da quimioterapia encontra-se a mucosite oral (MO), que se caracteriza pela inflamação, eritema e/ou ulceração da mucosa da cavidade oral, acompanhada de dor. Os doentes com MO apresentam lesões epiteliais inflamadas da boca que progredem para formar ulcerações dolorosas com hemorragia submucosa e infecção. Ocorre em quase todos os doentes que realizam tratamentos de radioterapia na região da cabeça e pescoço e em 20% a 80% daqueles submetidos a quimioterapia, causando odinofagia, disfagia, comprometimento da fala e dor persistente na cavidade oral. Daqui resultam consequências significativas no estado nutricional e na condição física destes doentes, podendo, conseqüentemente, afetar a sua saúde mental e qualidade de vida (Ertekin et al., 2004; Mehdipour et al., 2011; Nipp et al., 2017; Rambod et al., 2018).

A MO torna dolorosos os atos de comer, beber e falar, resultando em sofrimento, perda de peso e declínio da saúde. Esses sintomas ocorrem em até 40% dos doentes entre 5 a 10 dias após o início da QT, e em quase todos os doentes dentro de 1 a 2 semanas após o início da radioterapia para o cancro da cabeça e pescoço. A mucosite oral pode ser grave o suficiente para interromper o tratamento e reduzir as taxas de sobrevivência (Bolton, 2021).

O epitélio de revestimento da cavidade oral é formado por células de rápida divisão celular, muito sensíveis à ação de drogas citotóxicas e/ou radioterapia. A intensidade destes efeitos depende de fatores como o tipo de citostáticos administrados, o estadió da doença oncológica, a idade e o estado geral do doente, os hábitos de higiene oral, nos quais se inclui a avaliação por estomatologia, entre outros. Os tratamentos oncológicos alteram a flora basal na mucosa oral e intestinal, que potenciam a ulceração e a diarreia. Além disso as bactérias estimulam a resposta inflamatória, e, em consequência, a MO (Isozaki & Brant, 2022).

As manifestações da MO podem evoluir de um grau ligeiro até um grau severo e incapacitante. No seu estadió inicial, apresenta-se como um eritema da mucosa, que pode ser acompanhado por uma sensação de ardor, semelhante às queimaduras alimentares. Em alguns doentes a mucosite pode evoluir para estádios mais severos, que se caracterizam pelo aparecimento de lesões ulceradas. O desenvolvimento destas úlceras é acompanhado pelo agravamento da dor e da incapacidade de tolerar a alimentação oral. Os primeiros sinais de MO habitualmente ocorrem 3 a 4 dias após

o início da QT e tendem a aumentar de intensidade 3 a 5 dias mais tarde, persistindo por mais 3 a 5 dias (Sonis, 2012).

Nos casos em que a MO grave se encontra instalada, pode ser necessário recorrer a nutrição entérica ou parentérica e fazer uso de analgésicos opioides. O uso destas estratégias advém do elevado risco de infecções sistêmicas decorrentes da interrupção da barreira da mucosa oral, podendo resultar em internamentos não programados e/ou mais prolongados, bem como na limitação dos esquemas terapêuticos (Carvalho et al., 2018; Hong et al., 2019).

Apesar da sua alta incidência, não existe um tratamento único para a mucosite oral, tendo-se realizado diversos esforços no sentido de desenvolver terapias de suporte com o propósito de reduzir a dor associada (Cirillo et al., 2015). A ausência de uniformidade de protocolos na gestão da mucosite relacionada com a quimioterapia e a percepção da sua eficácia pelos enfermeiros, também tem obstado à sua implementação de maneira uniforme (Gündogdu et al., 2022).

Nos últimos anos, vários estudos examinaram a prevalência da mucosite oral em doentes submetidos a quimioterapia, tentando identificar uma forma adequada de tratamento (Cabrera-Jaime, 2018; Mehdipour et al., 2011; Rambod et al., 2018). Contudo, existem poucos ensaios clínicos na literatura que comprovem a eficácia de qualquer tipo de tratamento ou método de prevenção. Os resultados de uma revisão sistemática da literatura datada de 2019 mostraram que a laserterapia, a crioterapia, a higiene bucal profissional, alguns agentes antimicrobianos, a geleia real, as pastilhas de *L. brevis*, a suplementação de zinco e a Benzidamina são os melhores métodos de tratamento e/ou prevenção da mucosite oral (Daugélaitė et al., 2019).

Outra revisão sistemática, de Steinman et al. (2021), identificou 19 procedimentos de enfermagem realizados com o propósito de mitigar os efeitos da mucosite, que incluíam o uso de elixires bucais, como sejam chás, suplementos, aplicações de óleos e diferentes tipos de cubos de gelo para chupar, além de solução de linhaça, própolis e leite de égua. Nesta revisão sistemática da literatura, apenas 12 de 329 ensaios clínicos randomizados e meta-análises cumpriam os critérios de inclusão: camomila (n=3), calêndula (n=1), sálvia (n=1), própolis (n=2) e sugar cubos de gelo (crioterapia) (n=5). O própolis e a crioterapia mostram a melhor evidência experimental de eficácia na mucosite oral. Estas evidências atuais apoiam o uso de alguns procedimentos de enfermagem, por exemplo, o própolis para a mucosite de grau 2 e 3, com o intuito de melhorar a mucosite oral, mas continuam a faltar diretrizes gerais para o tratamento de suporte da mucosite, propondo-se a realização de mais estudos interdisciplinares de investigação nesta área (Steinman et al., 2021).

Mais recentemente, o uso de elixires bucais com cloreto de zinco e bicarbonato de sódio no início da quimioterapia mostraram-se eficazes no tratamento e redução da gravidade da mucosite oral, bem como na melhoria da qualidade de vida destes doentes (Mohammadi et al., 2022). Refira-se que as estratégias de tratamento e prevenção têm investido mais sobre os mediadores pró-inflamatórios, as interleucinas e a modulação da resposta inflamatória do hospedeiro ao tratamento oncológico (Isozaki & Brant, 2022).

É por tudo isto que os cuidados orais devem ser reconhecidos como uma componente crítica dos cuidados ao doente submetido a QT, exigindo uma abordagem multidisciplinar como a chave para o sucesso dos cuidados (Elad et al., 2015). A evidência aponta também para a importância de uma abordagem sistemática, baseada na educação e na promoção de cuidados de higiene oral e para a necessidade da existência de políticas e protocolos específicos nas instituições de saúde que orientem os profissionais (Botti et al., 2014).

Neste sentido, os cuidados de enfermagem devem englobar uma correta avaliação, planeamento e execução/supervisão dos cuidados de higiene oral, minimizando assim a severidade e duração das complicações que afetam a cavidade oral e contribuindo significativamente para o sucesso dos tratamentos e melhoria da qualidade de vida do doente. Não podendo ainda ser evitada, deve-se minorar a intensidade da MO mediante a utilização de protocolos de higiene oral adequados, prevenindo infeções, aliviando a dor e o desconforto (Carvalho et al., 2018), sendo pertinente a utilização de uma escala que permita avaliar o grau de mucosite e instituir o tratamento mais adequado.

Os cuidados gerais de higiene oral consistem nos cuidados que devem fazer parte da rotina diária do doente antes, durante e após os tratamentos, no sentido de manter uma boa saúde oral e reduzir o risco de complicações. No âmbito exclusivo da MO existe evidência escassa sobre o recurso a soluções para os cuidados orais, com o intuito da redução da gravidade e incidência da mesma; no entanto estas soluções podem ajudar a melhorar o conforto do doente (Hong et al., 2019; Kenyon & Babic, 2018):

- Colutório de Clorhexidina - Ex: Eludril Care® ou EluPerio®, evitando colutórios que contenham álcool (ex: Eludril Pro®, Eludril Pro Elixir®, Eludril Classic Colutório Antibacteriano e Calmante®);

- Solução de Peróxido de Hidrogénio a 10 volumes com solução salina a 0,9 % em partes iguais, em SOS;
- Colutórios de fórmulas neutras - Soro Fisiológico a 0,9% e /ou Solução de Bicarbonato de Sódio a 0,5% (em pó: duas colheres de sopa num litro de água ou solução aquosa 1,4%, já disponível, misturando 1/3 desta a 2/3 de água destilada para injectáveis); ou Soro Fisiológico a 0,9% e /ou Solução de Bicarbonato de Sódio a 0,5% 5% - Concentração bidária: diluir 120ml de NaHCO₃ 8,4% em 80ml de água = 200ml de Solução (Cabrera-Jaime et al., 2018);
- Lubrificantes e substitutos salivares - Ex: Xerolacer gel tópico® (e), se prescrito;
- Agentes protectores e cicatrizantes - Ex: Elgydium Clinic Cicalium® em Spray ou Gel (Produtos para acalmar as úlceras da boca) e Gelclair®, se prescritos;
- Nistatina, se prescrita.

A Solução Supersaturada de Fosfato de Cálcio (ex: Caphosol®) já esteve preconizada para manter a integridade da cavidade oral e era preparada misturando num copo as duas ampolas diferentes que a compunham. Devia-se bochechar com metade do líquido, rejeitar, bochechando de seguida com a outra metade e voltar a rejeitar. Contudo, a atual evidência científica relativa ao seu uso não é consensual (Chirravur et al., 2023; Kiprian et al., 2016; Svanberg et al., 2015).

No âmbito terapêutico e de carácter preventivo, existem vários tratamentos em fase de investigação: os fatores preventivos do Zinco nos tratamentos de quimioterapia, o do Selénio nas quimioterapias de alta dose, o ácido fólico enquanto colutório nas MO induzidas por quimioterapia com Metotrexato, a crioterapia nos transplantes alogénicos, os colutórios de eritropoietina e o spray oral de Fator de crescimento epidérmico recombinado. Ao nível do tratamento destacam-se também as terapias fotodinâmicas, a fotobiomodulação no efeito curativo e analgésico, o colutório de clorhexidina+fluconazole+propolis e a vitamina E (Isozaki & Brant, 2022).

Apesar destas estratégias em fase de consolidação, a crioterapia oral continua a desempenhar um papel relevante do ponto de vista profilático e analgésico. A crioterapia oral consiste no arrefecimento da cavidade oral através da utilização de gelo, água gelada ou gelados. Os cubos de gelo devem ser arredondados de forma a evitar extremidades afiadas que possam ferir a mucosa do doente (Riley et al., 2015). Trata-se de um método convencional acessível, que, associado a um protocolo de cuidados orais, parece ter resultados positivos na prevenção e redução da severidade da MO. Esta recomendado para alguns regimes de quimioterapia ou outros agentes de

semi-vida curta, enquanto para outros permanece em investigação (Majithia et al., 2020; Kenyon & Babic, 2018; Sonis, 2012).

Apesar do seu mecanismo de ação não ser precisamente conhecido, vários estudos apontam no sentido de que a vasoconstrição local causada pela crioterapia possa reduzir a exposição da mucosa oral aos agentes citotóxicos, reduzindo o fluxo sanguíneo e, conseqüentemente, diminuindo o pico de concentração sanguínea de citostático nas células da mucosa oral. Acredita-se que uma temperatura mais reduzida dos tecidos diminui a atividade metabólica na camada basal, tornando o epitélio menos suscetível aos agentes citotóxicos (Correa et al., 2020; Majithia et al., 2020).

É sabido que os tratamentos com quimioterapia levam a uma diminuição no pH da saliva, o que resulta em xerostomia. Seria importante manter o pH oral num valor alcalino (7.0-7.5), de forma a preservar a saúde oral. Alguns estudos mostraram que a crioterapia aumenta o pH oral dos doentes, o que diminui o risco de xerostomia e mucosite (Baysal et al., 2021).

A crioterapia oral demonstrou ser segura, com baixas taxas de reações adversas ligeiras, tais como cefaleias, calafrios, alterações do paladar e sensibilidade dentária, o que parece contribuir para a forte adesão dos doentes (Riley et al., 2015). A oferta de um copo de gelo picado sem arestas (granizado) ou cubos de gelo ou água mineral gelada, 5 minutos antes do início da perfusão de QT e até 30 min após término da perfusão tem efeitos comprovados (Batlle et al., 2014). Em perfusões de QT prolongadas, o doente pode manter a crioterapia enquanto tolerar, estando recomendadas pausas de até 20 minutos (Peterson et al., 2013).

Anexo III

Revisão narrativa da literatura centrada nos fatores que influenciam a autogestão do regime medicamentoso em doentes oncológicos submetidos a TCPH

Não sendo um fenómeno novo, e muito menos limitado à terapêutica anti-oncológica oral, a autogestão do regime medicamentoso em doentes oncológicos constitui um desafio para a enfermagem. Como é sabido, as crenças sobre os medicamentos utilizados no tratamento do cancro estão ligadas à adesão terapêutica no decurso do tratamento. A terapêutica oral contra o cancro tem vindo a aumentar, o que vai tornando os doentes cada vez mais responsáveis pela autogestão do seu regime medicamentoso, sobretudo no domicílio. Neste sentido, os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação e no apoio às crenças facilitadoras sobre o uso destes medicamentos, podendo abordar as crenças sobre a terapêutica medicamentosa e esclarecer conceitos errados sobre o tratamento. A própria compreensão acerca dos fatores que influenciam estas crenças pode ajudar a estruturar futuras intervenções que melhorem a adesão terapêutica e a gestão dos sintomas (Marshall & Given, 2018).

No caso dos doentes oncológicos, existe uma grande variedade de fatores associados às crenças sobre os medicamentos, incluindo análises de risco-benefício; adesão; sintomas e efeitos colaterais; exposição prévia à doença e uso de medicamentos; características do tratamento oncológico; medo de recidiva da doença; informação prévia sobre o diagnóstico ou tratamento do cancro; coping e até fatores demográficos. Independentemente da sua tipologia ou classificação, a medicação utilizada no tratamento da doença oncológica parece estar associada a fatores semelhantes. Algumas revisões sistemáticas concentram-se nas crenças acerca dos medicamentos, especificamente em termos de adesão à terapêutica oral (Lin et al., 2017; Moon et al., 2017). Para além da já clássica adesão terapêutica, a investigação em torno desta temática começa a avaliar mais fatores que podem estar associados às crenças sobre medicamentos. Por exemplo, a investigação em torno das crenças sobre medicamentos envolve estudos que exploram as expectativas negativas sobre os medicamentos e o seu papel no desenvolvimento de crenças nesta matéria (Faasse & Petrie, 2013; Heller et al., 2015), o exame das crenças sobre medicamentos e a sua ligação com a sintomatologia relacionada com a doença oncológica (Corter et al., 2013), depressão (Salgado et al., 2017) e a importância do ensino do doente na forma como ele constrói as suas crenças acerca da medicação usada no tratamento do cancro (Chen et al., 2013; Llewellyn et al., 2007).

O problema agudiza-se no caso dos idosos tratados com terapêutica anticancerígena oral, que se prende com a necessidade de gerir o tratamento em contexto domiciliário. Foram

identificadas nove categorias dentro de três dimensões de manutenção do autocuidado: a adesão ao regime medicamentoso, as adaptações alimentares e a atividade física; a monitorização do autocuidado: estado geral de saúde, monitorização da doença, o reconhecimento de sinais e sintomas e comparência às consultas de seguimento; e a gestão do autocuidado: gestão de efeitos colaterais relacionados com os agentes anticancerígenos orais e a gestão de doenças. Apesar do autocuidado ser uma área de especial interesse no âmbito da investigação em oncologia, continua a ser pouco compreendido em doentes idosos que tomam agentes anticancerígenos orais. Os enfermeiros podem desempenhar um papel fundamental na avaliação e apoio aos comportamentos de autocuidado, educando os doentes para implementarem comportamentos corretos e eficazes de autocuidado, garantidos resultados positivos e ganhos em saúde. No entanto, continuam a ser necessário insistir na produção de mais conhecimento nesta matéria, por forma a estabelecer intervenções apropriadas para melhorar o autocuidado em doentes idosos que tomam agentes anticancerígenos orais (Di Nitto et al., 2022).

A adesão às terapias orais contra o cancro está longe de ser a ideal e cabe aos enfermeiros o desenvolvimento de programas, instrumentos e intervenções que possam melhorar os resultados. Muitos novos agentes antineoplásicos em desenvolvimento são terapias orais e são necessários estudos adicionais específicos para os novos agentes para rastrear taxas de adesão precisas. Nesse sentido, os enfermeiros são fundamentais na recolha de dados ou no desenvolvimento de protocolos de investigação para medir e monitorizar a adesão. Cabe-lhes instruir os doentes e monitorizar a adesão e as toxicidades. A identificação de um único enfermeiro que desempenhe este papel no contexto dos serviços hospitalares, pode ajudar a promover a confiança dos doentes e proporcionar-lhes um único ponto de contacto referencial. O mesmo enfermeiro também pode solicitar aos doentes que contactem telefonicamente o serviço hospitalar a partir do momento em que recebem as suas receitas, para rever as instruções que lhes foram transmitidas. Os enfermeiros podem desenvolver materiais e atividades de educação para a adesão ao regime medicamentoso, incluindo, por exemplo, um boletim informativo e sessões de esclarecimento sobre terapias orais em intervalos programados (Winkeljohn, 2010).

Existem várias intervenções de enfermagem para aumentar a adesão à terapêutica oral contra o cancro, tais como: o ensino do doente e do cuidador, a gestão de efeitos secundários e questões de segurança no uso de medicamentos. Os enfermeiros oncológicos estão numa posição única para promover a adesão dos doentes às terapias orais contra o cancro, garantindo que estes compreendem os objetivos do tratamento, promovendo práticas prescritivas seguras, gerindo proativamente os efeitos secundários do tratamento e identificando e combatendo eventuais barreiras que condicionem a adesão. Ao

providenciarem informação e treino ao doente e à família, influenciam significativamente a adesão ao regime medicamentoso, sendo que a manutenção desta adesão também passa pela monitorização e gestão dos efeitos secundários do tratamento (Winkeljohn, 2010).

Dada a diversidade dos efeitos secundários e o facto dos doentes terem de gerir o seu regime medicamentoso em contexto domiciliário, a educação do doente deve ser tão minuciosa e completa quanto possível. O ensino deve ocorrer no momento apropriado. Aquando do diagnóstico inicial, quando é informado de uma recaída ou da progressão da doença pré-existente, o doente estará ansioso e assustado, sendo que esse momento pode não ser o recomendado para ensinar sobre terapia oral. O stress da nova informação limita a capacidade para aprender, compreender e reter o ensino que se pretenda realizar sobre qualquer forma de terapia, seja ela intravenosa ou oral. Idealmente, deve agendar-se uma consulta de acompanhamento com o médico ou enfermeiro para rever o plano de tratamento, especificamente aquele que implique o uso de terapêutica oral. Outros fatores a serem considerados na educação do doente incluem avaliar a existência de quaisquer barreiras que possam impedir o processo de aprendizagem e identificar métodos apropriados de aprendizagem (por exemplo, escrito, verbal e/ou visual). O ensino deve ser adaptado a cada indivíduo, evitando o uso de discursos padronizados, privilegiando o diálogo personalizado e mostrando disponibilidade para que os doentes e os familiares cuidadores possam colocar as suas dúvidas. Se os doentes se sentirem desconfortáveis com os seus prestadores de cuidados de saúde, o desconforto pode impedir a sua capacidade e vontade de aprender. O ensino deve incluir o doente, bem como qualquer familiar ou cuidador envolvido. A família ou o(s) cuidador(es) podem ajudar a monitorizar a adesão e administrar medicamentos orais, bem como ajudar na notificação de efeitos secundários (Winkeljohn, 2010).

No entanto, quando chegamos ao momento de avaliar a eficácia das estratégias de adesão ao regime medicamentoso oral, não existe homogeneidade. Com efeito, existe uma grande heterogeneidade nas estratégias para avaliar a adesão ao regime medicamentoso, que geralmente assentam na contagem de comprimidos, no relato do próprio doente ou numa combinação de ambas estratégias (Morrison et al., 2017). Um estudo piloto de Jiang et al. (2019), identificou fatores associados à adesão à terapêutica anti-oncológica oral, incluindo as associações potenciais entre a gravidade dos efeitos colaterais, a eficácia da autogestão dos efeitos colaterais e a adesão ao regime medicamentoso. No entanto, continuam a ser necessários mais estudos longitudinais prospetivos, com amostras maiores e acompanhamento de longo prazo, que permitam ajudar a revelar mais detalhes sobre as relações complexas e dinâmicas entre a adesão, os efeitos colaterais, a gestão de efeitos secundários e outros fatores igualmente importantes, como sejam a autoeficácia, a autorregulação, as características psicossociais e as características clínicas dos doentes.

Apenas dessa forma se conseguirá orientar o desenvolvimento de intervenções eficazes para melhorar a adesão ao regime terapêutico (Jiang et al., 2019).

Esta questão é particularmente mais relevante no caso dos doentes submetidos a TCPH. Encontra-se sobejamente demonstrado que populações pediátricas e adultas com cancro submetidas a TCPH a adesão ao regime medicamentoso oral está abaixo dos 80% a 95% recomendados. Uma revisão sistemática da literatura publicada em 2017 mostrou que a taxa de adesão à terapêutica oral variou entre os 33% e os 94,7%. (Morrison et al., 2017). Ainda na mesma revisão, a adesão ao regime medicamentoso foi diminuindo ao longo do tempo em praticamente todos os estudos analisados. Note-se que foram utilizados diferentes métodos para medir a adesão, mas a maioria baseou-se na informação reportada pelos próprios doentes. Para todos os efeitos, continuam a ser necessários mais estudos de investigação acerca da adesão ao regime medicamentoso em doentes submetidos a TCPH, por forma a compreender melhor os elementos que podem facilitar ou bloquear esta adesão, e sua relação direta com a obtenção de ganhos em saúde (Morrison et al, 2017).

O TCPH é um regime de tratamento intensivo e multifacetado, que obriga a períodos de internamento longos, consultas frequentes em regime de ambulatório e um extensor conjunto de estratégias terapêuticas de suporte, incluindo transfusões de hemoderivados (eritrócitos e/ou plaquetas), apoio nutricional, gestão de sintomas e controlo da infeção. Para além disso, estes doentes devem cumprir um regime medicamentoso complexo que inclui, entre outros, medicação com propósito profilático e/ou efeito imunossupressor. O regime medicamentoso é complexo, não apenas devido ao número e tipo de medicamentos, mas também devido ao horário variado de administração de cada medicamento e à mudança frequente das prescrições (McGrady et al., 2014). Após a alta, os doentes e a sua família assumem total responsabilidade pela autogestão do regime medicamentoso. O papel da família no cumprimento eficaz deste regime de tratamento altamente complexo é essencial para evitar infeções e minimizar o risco de outras complicações, como sejam a DECH ou inclusive a recidiva da doença. A não adesão às medidas de isolamento e à antibioterapia profilática no período de neutropenia aumenta o risco de contrair uma infeção potencialmente fatal. A regressão, o eventual compromisso cognitivo, o stress e o isolamento social também são fatores que estes doentes podem vivenciar, o que pode afetar negativamente a adesão a um regime medicamentoso complexo (Butow et al., 2010).

Existe uma necessidade absoluta de realizar mais investigação acerca da adesão ao regime medicamentoso focada no desenvolvimento e avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem no âmbito dos doentes submetidos a TPHP. Estes estudos servirão para nos elucidar acerca das barreiras à adesão, elementos preditores, fatores modificáveis e a suas relações com os resultados em saúde. Ao longo da vida, o impacto da adesão ao regime

medicamentoso na obtenção de resultados em saúde, tais como a taxa de infecção, de recidiva, de DECH e de mortalidade em doentes transplantados, permite aprimorar o processo de tomada de decisão no momento de escolher e utilizar as intervenções mais adequadas (Morrison et al., 2017).

Anexo IV

Política de segurança e o papel do Gestor de Risco Local na instituição onde foram realizados os estágios

Devido à complexidade e diversidade da informação em Gestão de Risco e Saúde Ocupacional, a instituição onde realizámos o estágio dispõe de manuais e planos que foram elaborados com o objetivo de serem instrumentos práticos e de fácil utilização, em especial para o Gestor de Risco Local (GRL), servindo de meio de formação e de informação ao nível de cada posto de trabalho. Estes documentos facilitam a divulgação imediata de procedimentos.

A documentação existente sobre a política de gestão de risco local segue as mesmas diretivas gerais relativas à instituição e consubstancia-se nos seguintes documentos:

- 1 - Manual de Gestão de Risco / Saúde Ocupacional;
- 2 - Plano de Segurança da instituição (Plano de Emergência Interna, Plano de Emergência Externa e Plano de Segurança e Vigilância);
- 3 - Plano Específico do Serviço (Emergência Interna e Externa - quando aplicável);
- 4 - Fichas de Segurança;
- 5 - Manuais dos Equipamentos.

Esta documentação encontra-se na pasta de Gestão de Risco Local, e tem como principais propósitos ajudar o Gestor de Risco Local (GRL) a organizar a informação do seu serviço e disponibilizar a informação mais pertinente para o programa anual de atividades de forma organizada.

A Gestão do Risco consiste no conjunto de atividades coordenadas para avaliar e controlar os riscos, para o que a instituição dispõe de uma estrutura orgânica que coordena as atividades de avaliação e controlo de riscos. O sistema de avaliação e controlo de riscos no hospital tem como objetivo garantir a segurança a todos os níveis e como tal proteger a saúde dos profissionais, doentes e terceiros. Pretende ainda, melhorar a motivação dos profissionais, promover a qualidade dos serviços prestados e contribuir, consequentemente, para aumentar a produtividade hospitalar.

Por forma a operacionalizar a Gestão de Risco (GR), responder aos requisitos legais e cumprir os requisitos do Health Quality System (HQS), a estratégia institucional assenta numa visão integrada do risco e na existência e participação de Gestores de Risco Local (GRL). A escolha do GRL faz-se por proposta dos Diretores de Serviço à Gestão de Risco do Hospital e a nomeação é feita pelo Conselho de Administração. O Diretor de Serviço deverá ter em conta, no elemento a propor, o seu interesse, motivação e dinamismo para a Gestão de Risco. Para além disso, o GRL deve ter sentido de responsabilidade e capacidade para comunicar com a equipa do seu serviço.

O GRL é o correspondente da Gestão de Risco na Unidade/Serviço, servindo de elo de ligação, canal de divulgação, meio de informação, de participação e consulta, de gestão de complexidade (pelo reforço das competências e qualificações, do saber-

fazer, do conhecimento das exigências legais e/ou regulamentares a cumprir pela Instituição) e de criação de uma cultura de prevenção. Trata-se do elemento fundamental desta arquitetura operacional e é nomeado pelo período de dois anos, findo o qual poderá ser substituído por outro elemento proposto pelo Diretor de Serviço. Caso não o faça, o elemento nomeado continuará a assegurar as atividades de gestão de risco, por novo período de dois anos. Nos serviços clínicos onde o risco clínico também está presente, o profissional a nomear deverá ser obrigatoriamente: um profissional da área clínica: enfermeiro, médico ou técnico. O GRL é dispensado das atividades normais do serviço por um período de 7h/mês, ficando a seu cargo a elaboração de um horário de trabalho para a Gestão de Risco, ou 04h/mês nos Serviços com menos de 15 trabalhadores.

No âmbito geral da Gestão de Risco, o papel do GRL consiste em:

- Comparecer às reuniões de Gestão de Risco;
- Coordenar a avaliação periódica dos riscos - *brainstorming* no seu serviço;
- Elaborar com o Serviço de Segurança no Trabalho e Gestão de Risco Geral (SSTGRG) o Plano de Controlo de Riscos decorrente do *brainstorming*;
- Monitorizar as ações corretivas relacionadas com a Segurança e Saúde no Trabalho (SST) e Gestão de Risco do seu Serviço;
- Informar o Diretor/Responsável de Serviço dos problemas detetados, que não podem ser facilmente corrigidos, ou que necessitam de recursos externos para os resolver;
- Supervisionar e comunicar ao Diretor de Serviço e ao SSTGRG todas as alterações que afetem o seu Serviço: alterações de instalações, novos equipamentos de trabalho, alterações de procedimentos, transferências de pessoal, etc.

As atividades dos GRL em ambos Serviços, obedecem a um cronograma comum que pode ser alvo de alterações pontuais, mas que genericamente define o conjunto de atividades que realiza numa base anual. As eventuais alterações a este cronograma resultam mais de eventuais mudanças no horário previsto do que nas atividades a realizar.

Veja-se, de forma esquemática, o Quadro 1 onde se encontram resumidas as atividades do GRL e respetiva periodicidade:

Quadro 1 - Cronograma anual de atividades dos GRL

Nº	Atividades	Periodicidade
1	<i>Brainstorming</i> - Avaliação e riscos.	Anual
2	Caracterização dos postos de trabalho do serviço	Anual
3	Controlo de riscos - Monitorização dos Planos de Ação do Serviço	Anual
4	Elaboração de procedimentos específicos no âmbito da segurança e higiene no trabalho do Serviço	Sempre que necessário
5	Autoinspeções de Segurança	Anual
6	Reuniões com a Gestão de Risco	Mensal
7	Divulgação dos indicadores de Gestão de Risco no Serviço	Trimestral

8	Integração de novos funcionários no Serviço quanto à Gestão de Risco e SHST	Sempre que existam novos elementos no serviço
9	Atualização das listagens de produtos químicos no Serviço e das fichas de segurança dos produtos	Semestral
10	Participação obrigatória na formação para “Gestores e Risco Local”	Estão planeados 2 cursos por ano. Deverão inscrever-se num deles
11	Atualização do Manual de Gestão de Risco	Sempre que sejam efetuadas atualizações pela Gestão de Risco/Saúde Ocupacional
12	Divulgação de informação no serviço	Mensal
13	Verificação periódica das caixas de primeiros socorros no serviço e outro material, mediante check-list elaborada pela GR	Semestral
14	Registo e informação à gestão de risco de todas as alterações que se efetuam no serviço (aquisição de novos equipamentos, alterações em procedimentos de trabalho, alterações de instalações, etc.)	Sempre que necessário
15	Organização dos equipamentos do serviço (manuais, identificação)	Sempre que necessário
16	Atualização do plano específico de emergência interna e externa	Anual

Tivemos a oportunidade de confirmar o conteúdo funcional dos enfermeiros GRL no âmbito hospitalar, uma vez que não difere daquilo que já se encontrava descrito na documentação institucional previamente consultada. Em ambos casos as respostas às nossas questões foram invariavelmente as mesmas, uma vez que nos dois Serviços as funções desempenhadas obedecem a uma política institucional comum, com objetivos, atores e funções iguais, apenas com a única diferença de as desempenharem em serviços de natureza distinta no que concerne à tipologia de tratamento de doentes oncológicos.

A escolha de enfermeiros especialistas para o desempenho de funções enquanto Gestores de Risco Local constitui a norma institucional, sobretudo no caso de se tratar de serviços clínicos. No caso do HD, a função recai sobre uma enfermeira especialista, ao passo que no STMO a função é partilhada entre um enfermeiro especialista e um médico assistente graduado sénior. Este último caso não é único na instituição, sendo que a partilha de funções se justificou pela dimensão do próprio serviço. No que pudemos verificar, ficamos com a sensação que o enfermeiro GRL cumpria na íntegra as funções que em teoria deveriam ser desempenhadas pelos dois GRL.

A gestão dos riscos no contexto deste hospital é um processo interativo e complexo, que pretende antecipar os fatores que podem afetar o serviço de modo a aumentar a probabilidade de sucesso quando estes se manifestam, e assim atingir os objetivos da instituição.

A gestão de riscos pode ser realizada pelo GRL que tenha formação através dos processos e ferramentas comunicadas pelo SSTGRG e coordenadas por este e com a participação dos profissionais do serviço. Quando assim é, os GRL devem comunicar obrigatoriamente ao SSTGRG e solicitar a avaliação de riscos nos seus serviços, sendo

agendado de acordo com as prioridades e disponibilidades do Serviço, de modo a garantir a atualização das avaliações de risco. Note-se que a avaliação é apenas um meio para chegar a um fim, pelo que deve ser um processo dinâmico que permita ser revisto periodicamente em função das transformações tecnológicas ou organizativas que se vão introduzindo.

Em ambos Serviços foi ressalvada a importância da avaliação preliminar de riscos. Apesar do GRL poder estar envolvido na avaliação preliminar de risco sempre que surgem novas instalações ou alterações dos componentes materiais de trabalho, o papel do GRL é de maior importância na avaliação de riscos por *Brainstorming*. Esta metodologia consiste na avaliação através da participação dos trabalhadores na identificação dos potenciais riscos nos seus locais de trabalho. A avaliação de riscos tem início com um *brainstorming* no serviço, onde se elabora uma lista dos fatores de risco e potenciais riscos, aos quais é atribuído um índice por cada elemento que participa no *Brainstorming* (no máximo 10 elementos, representantes dos diferentes grupos profissionais). Posteriormente, são selecionados os 5 riscos com nível mais elevado. A avaliação de riscos é efetuada de 2 em 2 anos, sendo avaliados todo o tipo de riscos (gerais e clínicos) da instituição. No final do estudo é elaborado um relatório e plano de ação por setor de trabalho/posto de trabalho que é discutido com o Diretor/Responsável do Serviço e o GRL. Compete a o Diretor/Responsável do Serviço, em colaboração com o GRL, a implementação das medidas, devendo recorrer aos diversos Serviços da instituição para a sua implementação. O GRL deve acompanhar a implementação das ações e sempre que necessário informar o SSTGRG sobre a situação das mesmas.

Ao nível específico do serviço onde se encontra integrado, as funções e responsabilidades do GRL, que em ambos Serviços recaem sob a alçada de enfermeiros especialistas, são as seguintes:

- Coordenar a implementação da Política de Gestão de Risco no Serviço;
- Coordenar a avaliação periódica dos riscos (gerais e clínicos, se aplicável) no seu Serviço;
- Elaborar com a Gestão de Risco o Plano de Controlo de Riscos do seu Serviço;
- Monitorizar as ações corretivas relacionadas com a Gestão de Risco;
- Funcionar como interface entre a Gestão de Risco e o seu Serviço;
- Coordenar a formação em Gestão de Risco do seu Serviço;
- Desenvolver e implementar procedimentos para tarefas específicas no sentido de minimizar os perigos;
- Informar todos os novos trabalhadores dos riscos específicos na sua área de trabalho e dos procedimentos de controlo de riscos em prática;
- Acompanhar a realização dos exames médicos e registos do pessoal do Serviço;
- Assegurar que existem Equipamentos de Proteção Individual (EPI) apropriados e disponíveis para os trabalhadores do Serviço;
- Assegurar que os procedimentos estabelecidos e políticas de gestão de risco são cumpridos;

- Informar o Diretor/Responsável de Serviço dos problemas detetados, que não podem ser facilmente corrigidos, ou que necessitam de recursos externos para os resolver;
- Acompanhar a evolução das notificações de risco (geral e clínico, se aplicável) no seu Serviço;
- Acompanhar a evolução dos acidentes de trabalho e doenças profissionais no seu Serviço;
- Manter a documentação de Gestão de Risco atualizada para o seu Serviço (Manual de Gestão de Risco e Saúde Ocupacional, Planos de Emergência, Fichas de Segurança, Manuais dos Equipamentos, etc.);
- Organizar e manter a informação atualizada sobre Gestão de Risco no seu Serviço, por forma a poder informar adequadamente os colegas de trabalho nas reuniões de Serviço acerca do ponto da situação. Esta informação é fornecida pela GR. Deve ter informação sobre: acidentes de trabalho, notificações de risco, doenças profissionais, participação de ocorrências, reclamações e realização dos exames de saúde do seu Serviço (admissão, periódicos e ocasionais);
- Supervisionar e comunica à Gestão de Risco todas as alterações que afetem o seu Serviço: alterações de instalações, novos equipamentos de trabalho, alterações de procedimentos, transferências de pessoal, etc;
- Colaborar nas auditorias internas e externas ao Serviço;
- Colaborar nos programas de investigação desenvolvidos pela Gestão de Risco/Saúde Ocupacional;
- Efetuar formação obrigatória: Suporte Básico de Vida, Movimentação Manual de Cargas, Segurança contra Incêndios, Planeamento de Emergência, Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho, Resíduos Hospitalares, Controlo de Infeção e Gestão de Risco;
- Participar nas reuniões bimensais e anuais da Gestão de Risco.

Dado o conjunto alargado de funções e responsabilidades que lhes estão atribuídos, a escolha do GRL deve recair sobre alguém com sentido de responsabilidade, capacidade de comunicação com a equipa o seu Serviço, interesse, motivação e dinamismo para a Gestão de Risco.

Entre as atividades programadas do GRL, destaca-se a verificação dos kits de derrame, a verificação das caixas de primeiros socorros no serviço e de outro material (duches de segurança, lava-olhos de emergência, kits de derrame, etc.), mediante o uso de uma check-list elaborada pela GR.

De acordo com o preconizado, cada chuveiro de segurança e lava-olhos deve ser inspecionado semestralmente pelo GRL ou pelo responsável pelo Sector ou Chefe do Serviço na sua ausência. Esta inspeção semestral consiste na verificação da integridade do equipamento, possíveis derrames e garantia de livre acesso ao equipamento (sem barreiras que impeçam a sua utilização imediata em caso de emergência). Qualquer não conformidade, caso não possa ser corrigida de imediato, é comunicada ao Serviço de Instalações e Equipamentos, seguida do preenchimento de uma ficha de notificação de risco para a GR.

Outras das atividades que merecem ser destacadas é a realização de auditorias de utilização correta de luvas e de auditorias da higienização das mãos, que são posteriormente enviadas ao GLC-PPCIRA.

As autoinspeções de segurança também fazem parte do conjunto de procedimentos institucionais relacionados com a política de gestão de riscos do hospital. São parte integrante do Programa de identificação de perigos e eliminação dos mesmos, aplicando-se a todos os Departamentos e Serviços. Tem o propósito de identificar os fatores de risco para o Ambiente, Segurança e Saúde no Trabalho (ASST) associados às tarefas e postos de trabalho de cada serviço, avaliar os riscos decorrentes e desenvolver medidas de controlo adequadas, envolvendo os gestores de risco local e as chefias dos serviços. Pretende-se que garantam a identificação dos perigos no local de trabalho, com vista à adoção de medidas preventivas. Também pretende garantir que se efetuam as medidas preventivas corretas, por ordem de prioridades, para se evitarem acidentes.

O GRL tem a responsabilidade de preencher corretamente as listas de verificação da autoinspeção, remeter ao Diretor de Serviço e ao SSOGR uma cópia de cada lista de verificação preenchida, garantir a atualização do Diário de Perigos Pendentes e o registo de medidas preventivas. Competirá depois ao Diretor de Serviço/Departamento a homologação das listas de verificação, dinamização e acompanhamento da implementação de medidas.

A monitorização dos Fatores de Risco Pendentes também passa pelo enfermeiro GRL, cabendo-lhe o Registo do tipo “Diário de Bordo” que contém “Fichas dos Fatores de Risco Pendentes” em que se introduzem os detalhes de todos os perigos não eliminados.

A execução do procedimento consiste na verificação de um conjunto de 130 itens distribuídos pelas seguintes áreas a avaliar:

- a) Higiene e limpeza do serviço;
- b) Segurança;
- c) Ventilação;
- d) Iluminação;
- e) Temperatura;
- f) Conforto acústico;
- g) Vigilância;
- h) Segurança contra incêndios;
- i) Equipamento de trabalho;
- j) Movimentação manual de cargas/doentes;
- k) Postos dotados de visor;
- l) Substâncias perigosas e agentes biológicos;
- m) Equipamento de proteção individual;
- n) Quartos de internamento;
- o) Q.I.S Doentes em internamento;
- p) Primeiros socorros/Acidentes/Incidentes;
- q) Resíduos hospitalares

- r) Instalações sanitárias dos trabalhadores;
- s) Vestiários;
- t) Radiações;
- u) Ambiente psicossocial;
- v) Comunicação.

Cada item pode ser avaliado da seguinte forma: S-Sim, P-Parcialmente, N-Não ou NA-Não Aplicável. No final da inspeção, e após o preenchimento integral da lista de verificação, realiza-se a revisão quanto a erros. No caso dos itens que têm uma resposta “Não”, são propostas ações corretivas. As ações consideradas necessárias são notificadas aos serviços responsáveis, que neste caso incluem a Direção do Serviço, o Conselho de Administração, o SIET e/ou SAL.

É de seguida arquivada uma cópia da inspeção, bem como dos comprovativos dos documentos gerados na sequência das ações corretivas propostas, no capítulo específico do Manual do GRL. Note-se que para cada perigo é proposta uma medida de controlo e melhoria. Os problemas de resolução mais complexa/delicada são remetidos ao Diretor de Serviço e ao SSOGRG.

Mas o papel do GRL não termina aqui, dado que o acompanhamento das medidas também o inclui. Importa garantir a conservação de todas e quaisquer melhorias conseguidas, eliminando os riscos que lhes deram origem. Para isso é necessário que o GRL efetue as inspeções e comunique com a Gestão de Risco por forma a garantir o devido acompanhamento das medidas.