



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-
CIRÚRGICA EM ENFERMAGEM À PESSOA
EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Marisa Cruz Lopes

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À
PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA
EM TRATAMENTO COM
IMUNOTERAPIA EM AMBULATÓRIO

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM
DOENÇA ONCOLÓGICA EM TRATAMENTO COM
IMUNOTERAPIA EM AMBULATÓRIO**

Relatório Final de Estágio

Marisa da Cruz Lopes

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, sob orientação da Professora Mestre Eloísa Maciel

Oliveira de Azeméis | 2024

“Não somos apenas o que pensamos ser. Somos mais: somos também o que lembrámos e aquilo de que nos esquecemos somos as palavras que trocámos, os enganos que cometemos, os impulsos a que cedemos ‘sem querer’.”

Sigmund Freud

AGRADECIMENTOS

À Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis pela oportunidade formativa no âmbito do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, que permitiu o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

À Professora Mestre Eloísa Maciel pela dedicação, conhecimento, força e resiliência ao longo deste percurso que me motivaram a alcançar os meus objetivos com sucesso.

Aos professores da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis com quem tive oportunidade de cruzar ao longo deste percurso académico, que foram uma fonte de inspiração, motivação e sabedoria em prol de uma enfermagem mais significativa para as pessoas.

Às enfermeiras especialistas, Ana, Joana, Cláudia, Eulália, pela dedicação e colaboração e a toda a equipa pelo acolhimento e partilha de conhecimento durante o período de estágio.

À minha família pelo apoio e carinho ao longo da azáfama destes dias.

Aos meus amigos por compreenderem a minha ausência e por tornarem tudo mais leve com as suas gargalhadas. Em especial, à minha querida amiga Sílvia, por ser um ímpeto de inspiração e um pilar durante todo este percurso.

Ao meu marido, Artur, pela paciência, compreensão e apoio incondicional ao longo desta caminhada. Obrigada por acreditares em mim em todos os momentos, mesmo nos mais difíceis e por me incentivares a continuar.

A todas as pessoas que se cruzaram comigo neste percurso o meu muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AEOP -Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa
AR – Artrite Reumatóide
CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*
CISNE - *Clinical Index of Stable Febrile Neutropenia*
CTCEA - *Critérios Terminológicos Comuns para os Efeitos Adversos*
CVC – Cateter Venoso Central
DC – Doenças Crónicas
DGS – Direção Geral de Saúde
EE – Enfermeiro Especialista
EEEMCPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em Situação Crónica
EPI – Equipamento de Proteção Individual
ESMO - *European Society for Medical Oncology*
ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
EULAR – *European Alliance of Associations for Rheumatology*
G-CSF - Fatores de Crescimento dos granulócitos
IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde
ICN – *International Council of Nurses*
INE – Instituto Nacional de Estatística
INS - *Infusion Nursing Society*
JBI - *Joanna Briggs Institute*
LES – Lúpus Eritematoso Sistémico
MASCC - *Multinational Association for Supportive Care in Cancer*
NF – Neutropenia Febril
OE – Ordem dos Enfermeiros
PICC - Cateter Central de Inserção Periférica
PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
SNS – Serviço Nacional de Saúde
SPR – Sociedade Portuguesa de Reumatologia
WHO – *World Health Organization*

RESUMO

As doenças crónicas representam uma das principais causas de morbimortalidade a nível mundial, esta conjuntura exige uma adaptação dos cuidados saúde direcionados à pessoa, família/ cuidador. Neste sentido, os enfermeiros têm um papel preponderante no tratamento e na manutenção da condição de saúde da pessoa com doença crónica, confrontando-se diariamente com a necessidade constante de renovação de competências para garantir uma prestação de cuidados seguros, de qualidade e baseados na mais recente evidência científica. A especialidade de enfermagem direcionada à pessoa em situação crónica contribui para o desenvolvimento contínuo de competências que imputam qualidade aos cuidados prestados.

Este relatório desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa tem por objetivo demonstrar as competências adquiridas enquanto enfermeiro especialista no decorrer deste percurso.

A primeira parte apresenta uma visão crítico-reflexiva sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação crónica. Procurou-se apresentar os objetivos específicos previamente traçados e concretizados, relatar as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas e aperfeiçoadas, recorrendo a um metodologia critico-reflexiva, demonstrando a importância do papel do enfermeiro especialista à pessoa em situação crónica.

Na segunda parte do relatório, desenvolveu-se a componente de investigação, nomeadamente uma revisão da literatura do tipo *scoping review* baseada na metodologia de *Joanna Briggs Institute* que se dedicou ao mapeamento das intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório, tendo por base um corpus de análise constituído por 8 artigos, que permitiram identificar e classificar as intervenções de enfermagem em cinco categorias.

A especialização em enfermagem à pessoa em situações crónica conferiu competências que contribuem para uma prestação de cuidados especializada e centrada na pessoa com doença crónica.

Palavras-chave: Doença crónica; imunoterapia; cuidados de enfermagem.

ABSTRACT

Chronic diseases represent one of the main causes of morbidity and mortality worldwide, and this situation demands an adaptation of healthcare services directed toward the person, family, or caregiver. In this context, nurses play a key role in the treatment and maintenance of the health condition of people with chronic diseases, facing a daily need for constant renewal of skills to ensure safe, high-quality care based on the latest scientific evidence. The specialty of nursing directed toward individuals in chronic conditions contributes to the continuous development of skills that enhance the quality of care provided.

This report, developed as part of the Professional Internship with Final Report, within the 1st Master's Degree Program in Medical-Surgical Nursing in the Area of Nursing for People in Chronic Situations, at the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, aims to demonstrate the competencies acquired as a specialist nurse throughout this journey.

The first part presents a critical-reflective view on the development of the common and specific competencies of the specialist nurse in medical-surgical nursing for individuals in chronic situations. The specific goals previously set and achieved were presented, as well as the activities carried out and the competencies acquired and developed, using a critical-reflective methodology to highlight the importance of the specialist's role in caring for individuals in chronic conditions.

In the second part of the report, the research component was developed, specifically a scoping review based on the Joanna Briggs Institute methodology, focusing on mapping nursing interventions directed toward people with cancer undergoing immunotherapy in an outpatient setting. This review was based on a corpus of eight articles, which allowed the identification and classification of nursing interventions into five categories.

The specialization in nursing for individuals in chronic situations has provided skills that contribute to specialized, person-centered care for individuals with chronic diseases.

Keywords: Chronic Disease; Immunotherapy; Nursing Care.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Descritores Mesh e CINAHL subject headings	77
Tabela 2: Tabela de extração dos resultados	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma PRISMA	80
-----------------------------------	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	21
1. Enquadramento do contexto de estágio	23
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	25
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	25
2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	28
2.3. Domínio da gestão dos cuidados	33
2.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	35
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica	39
3.1 Cuida da pessoa e família /cuidadores a vivenciar a doença crónica.....	39
3.2 Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica.....	47
4. Considerações finais	61
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	63
3. Resumo	65
4. Abstract.....	67
5. Fundamentação/enquadramento teórico	69
6. Finalidade e objetivos	73
7. Metodologia.....	75
7.1. Desenho do estudo	75
7.2. Considerações éticas.....	78
8. Resultados.....	79
9. Discussão.....	87

10. Conclusão	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	105
ANEXO I: Certificado de presença no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção.....	107
ANEXO II: Planeamento da sessão de formação em serviço “Imunoterapia”	109
ANEXO III: Sessão de formação em serviço “Imunoterapia”	111
ANEXO IV: Póster “Neutropenia Febril”	125
ANEXO V: Planificação da “Consulta à pessoa com doença autoimune a iniciar tratamento em contexto de hospital de dia”	127
ANEXO VI: Grelha de avaliação do PICC	161
ANEXO VII: Pesquisa preliminar – Frase booleana	163
ANEXO VIII: Desenho inicial da tabela de extração de dados	168

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), realizado entre 20 de setembro de 2023 e 12 de abril de 2024, sob orientação da professora mestre Eloísa Maciel.

A célere evolução da ciência atribui aos profissionais de saúde desafios no seu dia-a-dia subjacentes à prestação de cuidados, intimando uma constante renovação de saberes técnicos, científicos e humanísticos com o objetivo de otimizar os cuidados prestados. Posto isto, este trabalho pretende espelhar as competências aprofundadas ao longo deste percurso académico à luz da mais recente evidência científica, assim como da análise crítico-reflexiva sobre este processo de desenvolvimento, com o objetivo de obter o grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

De acordo com a *World Health Organization* (WHO) (2023), as Doenças Crónicas (DC) não transmissíveis definem-se por condições de longa duração, sendo o resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. Estas doenças comprometem as atividades de vida diária e implicam um acompanhamento contínuo nos cuidados de saúde, representam cerca de 74% das causas de morte no mundo. As doenças cardiovasculares, oncológicas, respiratórias crónicas e, por fim a diabetes são consideradas as principais DC, traduzindo-se numa preocupação para a WHO, que desenvolveu um plano de ação global para a sua prevenção e controlo (World Health Organization, 2023). Em Portugal, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), em 2021, a presença de DC ou de um problema de saúde prolongado afetou 43,9% da população com idade igual ou superior a 16 anos, verificando-se um aumento percentual comparativamente a anos anteriores (Instituto Nacional de Estatística, 2022). A realidade descrita impõe a necessidade de investir nos cuidados de enfermagem direcionadas à pessoa com DC.

A profissão de enfermagem tornou-se complexa em consequência da necessidade da prestação de cuidados altamente especializados. Benner (2001), refere que a especialização é o culminar de um processo de formação bem direcionado alicerçado ao conhecimento prático que é adquirido ao longo do tempo. Neste sentido, este percurso objetivou alcançar a perícia na prestação dos cuidados de enfermagem especializados, direcionados à pessoa com DC.

De acordo com o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 140/2019, publicado em diário da república a 6 de fevereiro de 2019, a especialização em determinada área de cuidados é, atualmente, transversal à maioria dos profissionais de saúde. O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE) acompanha esta exigência através da atribuição do título de Enfermeiro Especialista (EE) conferindo-lhe um conjunto de competências técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados especializados numa determinada área de especialidade de enfermagem. Apesar desta diferenciação existem um conjunto de competências comuns do EE que são transversais a qualquer contexto e referem-se à responsabilidade profissional, ética e legal, à melhoria contínua da qualidade, à gestão dos cuidados e ao desenvolvimento das aprendizagens profissionais, cruciais para a melhoria dos cuidados.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica (EEMCPSC) nº429/2018, publicado em diário da república a 16 de junho de 2018, é o enfermeiro especialista que centra a sua prática na prevenção da doença, na promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, assim como na capacitação da pessoa, família/cuidador a vivenciar a DC, adaptando-se à condição de saúde com impacto positivo na qualidade de vida. Estes cuidados especializados são contínuos e transversais ao meio hospitalar, domiciliário e comunitário.

No que se refere ao desenvolvimento de competências do EEMCPSC, realizou-se um estágio num hospital de dia da zona norte do país, considerando-se um contexto enriquecido pela sua estrutura organizacional, desde o espaço físico, aos meios técnicos e humanos, valorizado também pelas inúmeras áreas de cuidados a que dá resposta, com maior assiduidade de pessoas com doença oncológica, hematológica ou autoimune, com o propósito de receber tratamentos específicos de contexto hospitalar, em regime de ambulatório.

Assim sendo, neste período aprofundaram-se conhecimentos técnicos, científicos e humanísticos e, como será possível expor ao longo deste relatório, foram planeados projetos dedicados a áreas *core* dos cuidados de enfermagem, com vista ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEMCPSC.

O modelo de iniciado a perito de Patricia Benner, aplicado à enfermagem, sustentado pelo modelo de Dreyfus (1981), esteve presente ao longo deste percurso, o qual, defende que a aquisição e o desenvolvimento de competências atravessam cinco estádios consecutivos: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

O estadio um, designado iniciado, caracteriza-se pela ausência de experiência no contexto da prática clínica, vivenciado por estudantes e novos profissionais que se centram no cumprimento de normas (Benner, 2001). No estadio dois, iniciado a avançado, percebe-se a dificuldade no estabelecimento de prioridades e, apesar da necessidade de supervisão, existe associação entre situações idênticas (Benner, 2001). No estadio três, competente, o enfermeiro tem experiência suficiente que lhe permite responder às reais necessidades da pessoa. A autora defende que os cuidados endereçados aos doentes devem ser garantidos por enfermeiros que pelo menos estejam neste nível (Benner, 2001). No estadio quatro, proficiente, a experiência confere a capacidade de prever os acontecimentos seguintes e agir em conformidade (Benner, 2001). Por fim, o estadio 5, compreende um nível de experiência avançado, cuja prestação de cuidados decorre de um entendimento global da situação e o enfermeiro é capaz de gerir situações complexas de forma ímpar (Benner, 2001).

A especialização em enfermagem vem valorizar o percurso profissional endereçado à pessoa com DC, prevendo-se que à luz da teoria de Patricia Benner espelhe o desenvolvimento de competências técnico, científicas e humanísticas, que aliadas à experiência profissional, permitam alcançar a perícia na prestação de cuidados.

Este Relatório Final de Estágio, também pretende dar a conhecer o trabalho de investigação elaborado paralelamente, inerente às intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório. Desde cedo, em contexto de estágio foi perceptível que a imunoterapia é um tratamento em franca evolução no que diz respeito aos tratamentos oncológicos, sendo pertinente o aprofundamento do conhecimento sobre a intervenção dos enfermeiros nesta área de cuidados.

De acordo com a WHO (2023), as doenças oncológicas representam a segunda causa de morte no mundo. De modo similar, em Portugal, a segunda causa de morte em 2021, estava associada a tumores malignos (Instituto Nacional de Estatística, 2024). No que respeita às doenças oncológicas, a WHO (2023) afirma que nos países desenvolvidos a deteção precoce e o tratamento adequado estão intrinsecamente associados ao aumento da sobrevivência. Neste contexto, a imunoterapia apresenta-se como um dos tratamentos que se está a disseminar na área da oncologia, sendo o papel do enfermeiro preponderante neste processo, exigindo um conhecimento aprofundado nesta área de cuidados (Bayer et al., 2017; Wiley et al., 2017). Neste sentido, realizou-se um estudo, segundo a metodologia de *scoping review*, ancorado no modelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), cujo objetivo foi mapear a evidência sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório, a fim de dar resposta à questão

de investigação: Quais as intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório?

Estruturalmente, este relatório está organizado em duas partes. A parte I, subjacente à componente de estágio, contempla o enquadramento do contexto de estágio, a análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEEMCPSC, finalizando-se com breves considerações finais. A parte II, integra a componente de investigação, na qual é apresentada uma *scoping review* sobre as intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório, que contempla o enquadramento teórico, a finalidade e objetivos, critérios de inclusão, metodologia, resultados, discussão e conclusão. Para finalizar, são apresentadas as conclusões finais relativas à elaboração do relatório e as referências bibliográficas.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento do contexto de estágio

O Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final inserido no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica realizou-se num hospital de dia da zona norte do país, cujo *core* dos cuidados se centra na realização de tratamentos programados, exclusivos do contexto hospitalar, em regime de ambulatório, com uma duração inferior a doze horas.

O tratamento em regime de ambulatório representa inúmeras vantagens, nomeadamente o impacto positivo na qualidade de vida das pessoas, uma vez que evita hospitalizações, ajudando à permanência no ambiente familiar, contribuindo para a manutenção da atividade profissional em alguns casos, com a garantia dos cuidados de saúde necessários serem assegurados, assim como a diminuição de custos em saúde (Oncology Day Hospital Task Force et al., 2017).

O hospital de dia integra múltiplas áreas clínicas, direcionadas ao tratamento de DC, como são exemplo a oncologia, a hematologia clínica, a medicina interna, a urologia, a neurologia, a dermatologia, a nefrologia, a infeciologia e a imunoalergologia, sendo passível qualquer outro serviço carecer da sua utilização desde que o solicite de forma programada. Apesar da multiplicidade de especialidades médicas, durante o período de estágio, constatou-se uma maior assiduidade de pessoas com doença oncológica, hematológica ou autoimune.

Este serviço dá resposta a inúmeros tratamentos e procedimentos, tais como a administração de tratamentos antineoplásicos, imunoterapia, hormonoterapia, analgesia ou terapêutica de suporte, realização de punções lombares diagnósticas e terapêuticas, transfusão de hemoderivados, realização de biópsias hepáticas e terapêuticas, paracenteses, toracocenteses, medulogramas, flebotomias, manutenção de cateteres venosos centrais (CVC) ou recobro de exames.

A somar-se aos tratamentos/procedimentos descritos anteriormente ainda existe a consulta de enfermagem direcionada à pessoa com doença oncológica, realizada pelos enfermeiros, sendo prévia ao início do tratamento.

A equipa de enfermagem distribui-se por uma sala de camas, duas salas de cadeirões e uma sala de cateteres. A área com doze camas é dedicada, essencialmente, a tratamentos mais prolongados, situações particulares de vulnerabilidade, tratamentos intravesicais ou exames complementares de diagnóstico e/ou terapêutica e recobro dos mesmos. Dispõe também de duas áreas físicas distintas com um total de doze cadeirões, destinados a tratamentos de curta, média e longa duração, até duas horas, até quatro horas e superior a quatro horas,

respetivamente. A sala de manutenção de cateteres destina-se à manutenção de CVC e procedimentos com uma duração inferior a uma hora.

A equipa multidisciplinar distribui-se pelos diferentes espaços físicos e é constituída pelos administrativos, assistentes operacionais, médicos e enfermeiros. A equipa de enfermagem é constituída por um total de dezasseis enfermeiros generalistas, sete enfermeiros especialistas dos quais três são enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e a enfermeira chefe. O serviço tem uma equipa médica que dá resposta às suas necessidades tendo em permanência um médico de hematologia. A equipa de enfermagem é alocada aos diferentes espaços físicos. Na sala de cateteres permanecem dois enfermeiros no turno da manhã e nos restantes locais, cada enfermeiro tem atribuídas quatro unidades por turno.

Posto isto, a multiplicidade de áreas de cuidados integradas no hospital de dia contribuiu para que este fosse um contexto clínico enriquecedor para a realização do estágio, favorecendo o desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados à pessoa com DC.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Os cuidados de enfermagem refletem-se, atualmente, numa maior exigência técnica e científica, determinando a necessidade do desenvolvimento das especialidades de enfermagem que conferem competências diferenciadas aos enfermeiros. A competência em enfermagem define-se pela integração de conhecimentos que agregam o pensamento crítico do profissional, as aptidões, os valores e as atitudes com implicação prática nas diferentes circunstâncias (Fukada, 2018), sendo conferido ao EE um conjunto de competências comuns e específicas. De acordo com o regulamento das competências comuns do EE nº 140/2019, publicado em diário da república a 6 de fevereiro de 2019, estas são transversais a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, conferindo-lhes competências nos domínios da conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda, em áreas de suporte aos cuidados, nomeadamente no âmbito da investigação, formação e assessoria.

Estas competências assentam em quatro domínios:

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal;

Domínio da melhoria contínua da qualidade;

Domínio da gestão dos cuidados;

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O regulamento das competências comuns supracitado confere ao EE aptidão para intervir na educação dos pares e das pessoas alvo dos cuidados, para orientar, para aconselhar, para liderar e, ainda para desenvolver trabalhos na área de investigação que contribuam para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem (Regulamento n.º140, 2019).

O percurso académico integrou o aprofundamento dos quatro domínios comuns, para os quais se fez uma explanação do seu desenvolvimento de seguida.

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

A profissão de enfermagem tem por objetivo a prestação de cuidados, centrados na pessoa, em resposta às reais necessidades ao longo de diferentes momentos do ciclo vital com o intuito de melhorar, recuperar ou manter a saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O exercício profissional do enfermeiro rege-se por um conjunto de deveres, representados pela

deontologia profissional, que vão de encontro à prestação de cuidados de excelência, garantindo o direito das pessoas receberem cuidados de qualidade (Ordem dos Enfermeiros, 2015). No mesmo seguimento, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define que todos os profissionais na sua prática de cuidados devem adotar uma conduta responsável, ética e legal que promova o respeito pelos direitos de todas as pessoas, refletindo-se na prática profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No dia-a-dia os enfermeiros são confrontados com questões éticas, morais e legais que obrigam a uma reflexão permanente. O percurso desenvolvido espelha esta realidade, sendo a partilha e a sedimentação de conhecimentos a base para cuidar da pessoa, família/cuidador de forma holística, honrando os direitos, as crenças e as vontades expressas, integrando novos paradigmas alicerçados ao cuidado centrado na pessoa, considerando a proteção pela liberdade e dignidade da pessoa cuidada.

O hospital de dia é um contexto singular da prestação de cuidados, na medida em que há uma elevada rotatividade de pessoas em tratamento ao longo de um dia, com vista a dar resposta, em tempo útil, aos inúmeros procedimentos que dele dependem. Nesta conjuntura, os recursos físicos e humanos vêm-se obrigados a acompanhar o aumento exponencial de tratamentos, procurando uma cultura de adaptação e reinvenção com o objetivo máximo de prestar os melhores cuidados, assegurando aspetos *core* dos cuidados de enfermagem, tais como o dever de informação, o dever de sigilo e o respeito pela intimidade, tal como vem mencionado no REPE (2015) nos artigos 104º, 105º, 106º e 107º.

O respeito pelo direito de cada pessoa aceder à informação foi concedido, como aspeto fundamental da prestação de cuidados. Ao longo do desenvolvimento do estágio, todos os cuidados foram previamente explicados à pessoa, família/cuidador, com recurso a uma comunicação terapêutica adequada considerando aspetos da comunicação verbal e não verbal, ou seja, uma comunicação clara, objetiva, adequada a cada pessoa, considerando o toque, o olhar e o posicionamento face à pessoa, havendo espaço para a escuta ativa e, consequentemente, o esclarecimento de qualquer informação. De acordo com Campos, permanecer ao lado do doente e ouvi-lo é uma intervenção essencial ao processo de recuperação, representa a humanização dos cuidados, concebendo cada pessoa de forma holística, repercutindo-se na satisfação das necessidades (Campos, 2017).

O desempenho dos cuidados considerando o respeito pela intimidade e, naturalmente, o respeito pela privacidade impõe uma união de esforços pela equipa para que sejam asseguradas. O local onde foi desenvolvido o estágio, apresenta condições físicas menos favoráveis à sua manutenção, nomeadamente a presença de salas amplas com múltiplos cadeirões, que do ponto de vista do profissional permite uma monitorização contínua e

iminente de cada pessoa, no entanto do ponto de vista da pessoa pode por em causa o direito à sua privacidade. A dualidade representada nesta situação é alvo de atenção, no entanto apesar desta lacuna, foi evidente o esforço em encontrar formas de a minimizar, nomeadamente conduzir as pessoas para um gabinete do serviço disponível em situações que se considere necessário, havendo sempre a necessidade de realizar o tratamento e, consequente monitorização nesse espaço amplo. A sala de cateteres e as salas de camas são espaços mais reservados que permitem que a pessoa seja salvaguardada com o direito à sua intimidade, neste seguimento, também a consulta de enfermagem oncológica prévia ao tratamento, realizada num gabinete próprio, garante esta questão, dando espaço à pessoa, família/cuidador, num ambiente reservado receber informação sobre o tratamento e expor questões, garantindo que o mesmo não é feito em ambientes desprovidos de privacidade. Ao longo do estágio foi desenvolvida uma consulta direcionada às pessoas com doença autoimune que irão iniciar tratamento em contexto de hospital de dia, que vai de encontro à consulta de enfermagem referida previamente. Esta consulta funciona como acolhimento ao hospital de dia e dá resposta a inúmeras questões que serão abordadas detalhadamente à *posteriori*, todavia representa uma forma de melhorar o respeito pela privacidade da pessoa, impedindo que este acolhimento seja feito em ambientes que não respeitem o direito à privacidade. Neste contexto de prestação de cuidados, o acolhimento das pessoas que realizam o tratamento na sala de cadeirões, poderia ser revisto de forma a proporcionar mais privacidade, todavia face ao elevado número de tratamentos que são realizados, os responsáveis do serviço deparam-se com a impossibilidade de reformular o espaço.

De acordo com o código deontológico, artigo 105º, o enfermeiro tem o dever de informar a pessoa, família/cuidador sobre os cuidados de enfermagem, assim como tem o dever de respeitar e promover o direito da pessoa ao consentimento informado, atendendo com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feita pela pessoa, família/cuidador sobre os cuidados de enfermagem, assim como os recursos que a pessoa tem à sua disposição e como as pessoas os podem obter. O EE é dotado de um conjunto de competências que o coloca num lugar privilegiado, devido ao seu conhecimento aprofundado e às competências acrescidas, no sentido de compreender a pessoa de uma forma holística e lhe dar informações precisas sobre os cuidados que esta poderá obter e, adquirir um consentimento livre e esclarecido da pessoa.

O regulamento das competências comuns do EE nº 140/2019, publicado em diário da república a 6 de fevereiro define que o EE tem competências técnicas, científicas e humanas para desenvolver cuidados de enfermagem especializados. A literatura, também menciona que o EE é essencial aos cuidados de saúde, oferece cuidados apropriados, individualizados,

promove a aquisição de boas práticas e, consequentemente contribui para uma melhor prestação de cuidados (M. A. Lopes et al., 2018).

O contexto de estágio permitiu cimentar as competências explanadas, a reflexão sobre as mesmas, assim como incitou o seu treino, estimulando a responsabilização e a flexibilização dos cuidados prestados, considerando a pessoa na centralidade dos cuidados. O EE assume um papel preponderante na operacionalização.

2.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, inerente às competências comuns do EE remete-nos para a importância da mobilização de saberes e habilidades rumo à melhoria contínua da qualidade dos cuidados. De acordo com o regulamento, o EE tem um papel preponderante na dinamização de projetos de melhoria contínua, com o desenvolvimento de práticas de qualidade, garantindo ambientes terapêuticos seguros (Regulamento n.º140, 2019).

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) tem reunido esforços para ir de encontro às necessidades e expectativas da pessoa que recebe cuidados de saúde, atribuindo um papel central à pessoa na gestão dos seus processos de saúde/doença (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Este processo poderá refletir-se na valorização dos recursos de saúde disponibilizados, com repercussão na sustentabilidade do SNS, à semelhança do que acontece em outros sistemas de saúde europeus (Ventura et al., 2022).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 enaltece a importância da transparência, quer por parte da pessoa, família/cuidador quer pelo profissional, na partilha de informação, fomentando a confiança, antecipando fragilidades e desafios inerentes à complexidade da prestação de cuidados de saúde (Lebre et al., 2022).

Este plano evidencia a relevância da qualidade e segurança nos cuidados de saúde, acrescentando que, na atualidade, os incidentes são uma fatalidade associada à prestação de cuidados de saúde. Assim sendo, para a melhoria da qualidade dos cuidados, o PNSD 2021-2026, defende a dotação dos sistemas de saúde de políticas e estratégias que reduzam incidentes evitáveis, que privilegiem uma cultura de aprendizagem com os erros e com as melhores práticas, associada a uma cultura de responsabilização e não culpabilização, fomentando o trabalho em equipa, a volição para aprender, a valorização e o apoio aos profissionais de saúde (Lebre et al., 2022).

O contexto de estágio revelou-se favorecedor relativamente às políticas instituídas para a melhoria da prestação dos cuidados de enfermagem. Atendendo à especificidade de doentes, tratamentos e, consequentemente, à tipologia dos cuidados, o serviço de hospital de dia dispunha de um conjunto de normas, procedimentos e instruções de trabalho que promoveram o aumento de conhecimentos técnicos e científicos, exigidos para uma prestação de cuidados de qualidade e em segurança. Para além disto, verificou-se que o espaço para a partilha de conhecimento entre pares, para o trabalho em equipa, assim como os momentos de reflexão e discussão sobre as práticas adotadas contribuíram indubitavelmente para o construto profissional de EE. Desta forma, o contexto de estágio assemelha-se aos ambientes potenciadores de aprendizagem especializada retratados na literatura, que incutem uma política reflexiva e de discussão, potenciando o desenvolvimento de competências avançadas de qualidade (Sundler et al., 2019).

Simultaneamente, as reuniões mensais dedicadas à equipa multidisciplinar revelaram-se cruciais para a união de sinergias com impacto na revisão de normas e procedimentos, assim como para a reflexão sobre os cuidados desenvolvidos na prática clínica e como meio de divulgação da mais recente evidência científica, refletindo a preocupação da equipa em seguir uma política sistemática e mensurável de melhoria da qualidade dos cuidados. O EE pelas competências científicas, técnicas e humanísticas que lhe são reconhecidas assume um papel preponderante no aconselhamento e orientação dos pares (Regulamento n.º140, 2019).

O PNSD 2021-2026 projeta a promoção da segurança na prestação de cuidados de saúde, o que tem impacto na melhoria contínua dos cuidados prestados. Este plano sustenta-se em cinco pilares: Pilar 1 – Cultura e Segurança; Pilar 2 – Liderança e Governança; Pilar 3 – Comunicação; Pilar 4 – Prevenção e Gestão de Incidentes; Pilar 5 – Práticas seguras em Ambientes Seguros, os quais integraram a prática clínica desenvolvida em contexto de estágio.

O pilar cinco do PNSD (2021-2026) corrobora a importância da monitorização regular da implementação de práticas seguras como meio de melhoria. Neste seguimento, imergem outras dinâmicas que impactam diretamente a prestação de cuidados seguros, nomeadamente a identificação inequívoca do doente, a segurança na administração de medicação e a redução de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

No local de estágio constatou-se uma alta rotatividade de pessoas nas unidades com diversificados tratamentos ao longo de um dia, pelo que, a identificação da pessoa é um processo essencial à administração de cuidados seguros, pois é fácil cruzarem-se pessoas com nomes idênticos, tratamentos semelhantes em unidades homólogas. Durante o período

de estágio foi perceptível a importância imposta a esta questão, sendo uma prática alvo de auditoria, com vista à identificação de lacunas e posterior implementação de estratégias de melhoria. Ao longo do estágio, a identificação positiva e inequívoca da pessoa foi perentória. Atendendo que é o enfermeiro que faz a admissão da pessoa no serviço, administra a terapêutica e a pessoa está integralmente ao seu cuidado é fundamental que o enfermeiro realize a identificação positiva e inequívoca da pessoa, no momento do acolhimento e ao longo do tratamento, isto é, no início da terapêutica, na mudança e antes da realização de algum procedimento. A pessoa verbalizava os seus dados havendo a confirmação do nome completo, da data de nascimento e do número do processo clínico. As pulseiras de identificação eram colocadas a todas as pessoas no início do tratamento e rejeitadas imediatamente antes de saírem da unidade. Esta prática coaduna-se com a norma nº 018/2011 instituída pela Direção Geral da Saúde (DGS) relativa à identificação de doentes no SNS, nomeadamente em contexto de hospital de dia. A reflexão sobre o tema leva à consciencialização da problemática associada à ausência ou erro na confirmação da identificação positiva e inequívoca nos ambientes de prestação de cuidados de saúde, o que poderá representar o princípio de um conjunto de passos que imputam consequências nefastas às pessoas que recorrem a estes serviços. Estudos dedicados a esta área demonstram que os erros associados à identificação dos doentes resultam em eventos adversos graves que podem ser evitados (Alkhaqani, 2023).

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto de hospital de dia transpõe-nos a inúmeros desafios. A complexidade associada aos cuidados prestados requer conhecimentos e habilidades que permitam aos enfermeiros uma dinamização segura dos cuidados, nomeadamente no que se refere à administração da terapêutica. A segurança na administração da medicação é neste contexto uma prioridade, uma vez que a maioria das pessoas que frequentam este serviço tem este propósito, acrescentando a este facto a administração de medicação específica, que necessita de cuidados particulares, como é exemplo a administração de terapêutica antineoplásica. A administração segura de quimioterapia é uma tarefa complexa que exige o cumprimento de normas sustentadas pela evidência (Coyne et al., 2019). Desta forma, o serviço adotou estratégias para garantir os cuidados inerentes à administração de medicação segura, criou um conjunto de normas e instruções de trabalho, baseados na mais recente evidência científica, disponíveis para os profissionais e que contemplam cuidados relacionados com a administração da terapêutica. O EE assume um papel fundamental na consciencialização da equipa para a adoção destas práticas seguras, sendo também um elemento de referência para a partilha de conhecimento na área. O reconhecimento do papel do EE na equipa, pelos pares, foi evidente,

considerando-o um elemento de perícia ímpar, com conhecimentos profundos e com capacidade para mobilizar saberes de forma eficaz e eficiente, adaptando-os às diversas situações da prática clínica, destacando-se pela proatividade, postura de liderança e, com um papel exímio no processo de tomada de decisão. Estas competências foram treinadas ao longo do estágio com a aquisição e aprofundamento de conhecimentos e habilidades das áreas core dos cuidados, com a partilha e mobilização destes conhecimentos e, integração de reflexões conjuntas, havendo espaço para balizar questões e integrar processos de tomada de decisão de forma consciente e eficaz. O conhecimento aprofundado traduz-se numa maior segurança dos cuidados prestados, tendo um impacto positivo na forma como estes são recebidos, traduzindo-se pela satisfação da pessoa (M. A. Lopes et al., 2018).

De acordo com o programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos de 2017, as IACS estão associadas ao aumento da morbilidade, mortalidade, ao prolongamento dos internamentos e, conseqüentemente incrementam custos em saúde (Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, 2017). Ao longo do período de estágio as precauções básicas de infeção, como por exemplo a higienização das mãos ou a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado foram adotadas como cuidado basilar durante a prestação de cuidados de enfermagem. As pessoas em tratamento em contexto de hospital de dia, frequentemente, têm condições de saúde que aumentam a predisposição para o risco de infeção, como são exemplo o tratamento com quimioterapia ou a terapêutica imunossupressora associada às doenças autoimunes, pelo que a prestação de cuidados num ambiente seguro implica a atenção dos profissionais relacionada com as questões básicas associadas ao controlo de infeção, que devem transcender a qualquer pessoa sob o cuidado do enfermeiro.

Neste contexto, houve a necessidade de aprofundar os meus conhecimentos relacionados com os cuidados ao Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), cujo objetivo foi o desenvolvimento de uma grelha de avaliação do local de inserção, no sentido de identificar precocemente sinais de infeção associados ao dispositivo evitando o agravamento. É de salientar que a reflexão acerca deste objetivo, será apresentada neste relatório mais à frente. O hospital tem normas e procedimentos que abarcam todos os serviços com diretivas relacionadas com a promoção das precauções básicas do controlo de infeção, nomeadamente sobre a higienização das mãos, havendo inclusive profissionais, designados interlocutores, que realizam auditorias nos respetivos serviços sobre o cumprimento destas normas, garantindo assim que a prática se assemelha à melhor e mais recente evidência científica e que as pessoas recebem cuidados de qualidade.

O serviço está certificado pela norma ISO 9001 e incluído na acreditação internacional pelo *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS). O processo de acreditação garante a prestação de cuidados de elevada qualidade, na medida em que demonstra a preocupação do mesmo em submeter os cuidados prestados a avaliações sistemáticas que confirmem o seguimento de princípios reconhecidos internacionalmente sob um processo rigoroso e imparcial (APCER, 2015). Neste seguimento, o hospital de dia é sujeito a processos de avaliação semestrais, que incluem aspetos relacionados com o tempo de espera pelo tratamento, conformidade dos registos com as intercorrências clínicas, critérios de avaliação das atividades dos processos de gestão e avaliação do nível de satisfação das pessoas com os cuidados de hospital de dia e consulta de enfermagem, entre outros, que serão explanados de seguida. Os resultados obtidos têm o objetivo de ser analisados e transformados em planos de melhoria nas situações em que se adequa.

No seguimento da melhoria contínua dos cuidados foi projetada uma consulta de enfermagem dedicada às pessoas com doença autoimune a iniciar tratamento médico. As pessoas com doença autoimune em tratamento no hospital de dia representam uma taxa importante de afluência, recebem tratamentos diferenciados, os quais exigem dos profissionais o desenvolvimento de competências específicas nesta área, havendo um conjunto de cuidados subjacentes aos tratamentos, que também, requerem a capacitação da pessoa. Neste seguimento, identificou-se uma oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados e foi desenvolvido um projeto durante o estágio subjacente à realização de uma consulta de enfermagem precedente ao início de tratamento sistémico, cujo objetivo *major* é contribuir com ganhos em saúde e melhorar a qualidade dos cuidados às pessoas com patologias do foro autoimune. O projeto foi recebido de forma positiva pela equipa de enfermagem. A OE redigiu um parecer sobre a consulta de enfermagem em que consta que esta é favorecedora de ganhos em saúde, permite a capacitação da pessoa com resultados subjacentes à maximização do bem-estar e autocuidado e, consequentemente melhoria da qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2021). Este projeto será abordado detalhadamente neste relatório mais à frente.

O EE é reconhecido na equipa como um elemento facilitador do processo de mudança, pelas competências que lhe estão subjacentes. Desta forma, o contexto de estágio revelou-se facilitador para treinar e cimentar competências enquanto EE convergindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

2.3. *Domínio da gestão dos cuidados*

No domínio da gestão dos cuidados, de acordo com o regulamento das competências comuns, o EE assume um papel importante na gestão dos cuidados de enfermagem, gere, otimiza e articula respostas associadas aos cuidados de saúde, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º140, 2019).

O EE deve perceber as suas funções de liderança e mobilizá-las em prol de situações inerentes aos cuidados de enfermagem que assim o exijam, deve também, coordenar, resolver problemas e verificar se as regras e padrões são cumpridos, divulgar informação e dar estabilidade à equipa (Pires et al., 2023). O EE tem um papel preponderante na organização dos cuidados de enfermagem, com repercussão na otimização da eficácia e eficiência dos mesmos (Cantante et al., 2020).

No contexto de estágio, foi evidente a importância do EE na organização dos cuidados de enfermagem. A função de responsável de turno era assumida pelo EE, sendo da sua competência a organização dos cuidados, a gestão dos recursos humanos e materiais, a gestão de vagas e respetiva otimização, a delegação de tarefas, a supervisão das tarefas e a coordenação da unidade, havendo oportunidade de colaborar nestes processos. Apesar disso, a equipa não se podia dissociar do seu papel, havendo necessidade de colaboração na gestão das vagas, na comunicação de intercorrências, percebendo-se a importância do trabalho em equipa para a manutenção de uma boa dinâmica do serviço.

O processo de tomada de decisão foi uma constante, desde decisões simples a decisões com complexidade e implicação direta nos cuidados. As competências adquiridas contribuem para um processo de tomada de decisão consciencioso e favorecedor da equidade e qualidade dos cuidados.

O processo de tomada de decisão foi aperfeiçoado objetivando a maximização dos cuidados prestados. A constante necessidade de priorizar cuidados, a identificação de situações desfavoráveis à realização dos tratamentos, a discussão entre a equipa multidisciplinar bem como a atuação em situações urgentes e emergentes, normalmente, associadas a reações à terapêutica instituída desencadearam habilidades subjacentes ao processo de tomada de decisão e responsabilização profissional, contribuindo para o construto enquanto EE.

Todas as pessoas têm direitos na saúde, mas também responsabilidades, pela sua manutenção enquanto seres individuais, contribuindo em primeira instância para a manutenção da mesma (Cantante et al., 2020). Desta forma, todas as pessoas devem ter um papel ativo nas decisões inerentes aos cuidados de saúde, o que implica terem um conhecimento aprofundado sobre a sua condição para assim tomarem decisões em

consciência e ponderadas. Pelo que desta forma, a tomada de decisão partilhada também constitui um dos principais aspetos dos cuidados de enfermagem. A manutenção da parceria de cuidados entre a pessoa e o profissional ou a equipa de saúde está na génese do cuidado centrado na pessoa e está intrínseca ao processo de tomada de decisão (Ventura et al., 2022). Esta colaboração mútua entre a pessoa e o profissional é um conceito essencial e complexo subjacente à prática de enfermagem e tem impacto no restabelecimento do processo de saúde/doença (Johansen & O'Brien, 2016). Assim sendo, assegurar a individualidade de cada pessoa, com respeito pelas suas crenças, valores e vontades foi uma premissa constante nos cuidados, transpondo-nos a desafios multiculturais que atualmente são uma constante nos cuidados de saúde. O EE tem competências, saberes e técnicas, que o coloca num papel privilegiado na gestão de casos complexos, colaborando de forma ímpar com as pessoas, famílias e cuidadores na gestão dos processos de saúde/doença, assistindo nos processos de tomada de decisão (Regulamento n.º140, 2019).

No seguimento da prestação de cuidados seguros e de qualidade é indissociável o conceito de dotações seguras. De acordo com o regulamento da norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem nº 743/2019, publicado em Diário da República, 2ª série, Nº184, a 25 de setembro de 2019, a dotação adequada, o nível de qualificação e o perfil de competências dos enfermeiros é determinante para atingir altos índices de segurança e de qualidade dos cuidados, tendo repercussões na organização e eficiência dos cuidados de saúde (Regulamento nº743, 2019). O cálculo para as dotações seguras dos cuidados de enfermagem tem em conta não só o número de horas de prestação de cuidados como, também integra a qualificação e as competências dos enfermeiros para que os recursos humanos sejam adequados às reais necessidades da população alvo dos cuidados e, consequentemente, se obtenha uma qualidade ímpar na segurança e qualidade dos mesmos. De acordo com o regulamento desenvolvido pela OE inerente a esta temática preconiza-se que num serviço de hospital de dia o cálculo das dotações seguras se realize de acordo com o número de atendimentos ou por posto de trabalho, devendo ter, preferencialmente, um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, podendo ainda integrar EE ou com competências acrescidas em outras áreas de cuidados de acordo com as necessidades dos contextos. Atualmente o hospital de dia, onde foi realizado o estágio, dá resposta ao preconizado pela OE no que se refere às dotações, o que concorre para a crescente capacidade de prestação de cuidados exímios em prol da pessoa cuidada.

Ao longo deste domínio, esteve patente a importância da gestão dos cuidados para a manutenção da qualidade e da segurança dos mesmos. Neste âmbito, o EE assume um papel essencial no ceio da equipa, de organização, otimização e supervisão dos cuidados prestados,

sendo passível a reflexão e integração de competências ao longo do período de estágio neste sentido.

2.4. *Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

O quarto domínio das competências comuns do EE, o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, remete-nos para as competências do EE associadas à capacidade de autoconhecimento, com um papel fundamental no estabelecimento das relações terapêuticas e multiprofissionais. O EE assume, também, um papel preponderante na equipa como elemento facilitador de processos de aprendizagem com um papel ativo no campo da investigação, promovendo a prática baseada na evidência (Regulamento n.º140, 2019).

De acordo com Benner (2001), a especialização assume um papel importante na profissão uma vez que tem impacto significativo no aumento do conhecimento dos profissionais e, em consequência capacita-os no sentido de compreender, interpretar e responder às necessidades apresentadas pelas pessoas alvo dos cuidados.

De acordo com o regulamento das competências comuns do EE (Regulamento n.º140, 2019) e o *International Council of Nurses* (ICN) (2020), o EE reconhece os seus limites ao nível do conhecimento e das competências, adaptando os cuidados prestados às reais necessidades. O envolvimento na aquisição de novos saberes é crucial para garantir a manutenção de cuidados especializados, baseados na evidência, seguros e competentes (Schober et al., 2020).

O percurso explanado neste relatório teve impacto no autoconhecimento e no amadurecimento profissional, refletindo o desenvolvimento de competências que permitem uma prestação de cuidados profícua e sustentada na evidência. As experiências vivenciadas, a partilha e a reflexão sobre as mesmas integraram este processo contribuindo para o progresso. Neste contexto, desenvolveram-se novas aprendizagens de forma auto-orientada ou sob a participação em eventos dedicados à divulgação de saberes e técnicas inovadoras para os cuidados de saúde.

A participação no 5º congresso internacional de IACS (ANEXO I) revelou-se um momento de aprendizagem de grande importância. A consciencialização da problemática associada às IACS é, hoje em dia, essencial. De acordo com o Observatório Português dos Sistemas de Saúde, representam um problema de saúde pública à escala mundial independentemente do sistema de saúde, constituindo uma ameaça para a segurança do doente (Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2018). A consciencialização e a reflexão sobre as problemáticas abordadas despertaram o interesse neste domínio, pelo que ao longo do

estágio foram aprofundados conhecimentos científicos numa área que cruza este tema, relacionada com os cuidados direcionados ao PICC, que será abordada detalhadamente à *posteriori* neste relatório.

Ao longo do período de estágio foram, também, aprofundados conhecimentos científicos sobre o tratamento com imunoterapia. Atualmente, a imunoterapia emerge como um importante complemento ao tratamento convencional nas doenças oncológicas (American Cancer Society, 2019). No hospital de dia é um tratamento comum, despoletando o interesse e a exigência de aprofundar os saberes técnicos e científicos. Durante o estágio a pesquisa baseada na evidência foi constante permitindo aplicar à prática as competências adquiridas, com intervenção direta junto da pessoa, família/cuidador. Neste contexto, juntamente com a enfermeira gestora identificou-se a necessidade de aprofundar o conhecimento da equipa sobre o tratamento com imunoterapia, surgindo desta forma a oportunidade de difundir estes conhecimentos através de uma formação em serviço (ANEXO II e III). A equipa partilhou da opinião que a formação veio trazer ganhos nos conhecimentos assim como à qualidade dos cuidados, reconhecem a renovação de saberes como algo positivo para o dia-a-dia da prática clínica. Apesar de haver informação sobre a qual já têm conhecimento, estes momentos ajudam na estruturação do processo de pensamento, na partilha de conhecimentos, no esclarecimento de dúvidas e, na reflexão sobre o que já é feito e o que ainda pode ser melhorado. Efetivamente, o EE é o profissional que se apresenta como um agente ativo no ceio da equipa, assume um papel de liderança junto dos pares através da orientação, do ensino e da consultadoria, garantindo que os cuidados de enfermagem correspondem à prática baseada na evidência (Schober et al., 2020).

Ainda relacionada com a imunoterapia, no âmbito do trabalho de investigação, realizou-se uma *scoping review* sobre as intervenções de enfermagem à pessoa a realizar tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório, da qual se pretende a divulgação e cujo estudo será apresentado neste relatório.

Outra área de atenção no período de estágio foi a neutropenia, a literatura refere que a neutropenia é uma das principais complicações associadas ao tratamento com quimioterapia (Klastersky et al., 2016). Desde o início do estágio, percebeu-se o elevado número de pessoas sob tratamento direcionado à doença oncológica, sendo comum haver tratamentos adiados por alterações analíticas. A neutropenia era uma problemática constante no contexto, impondo uma necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a mesma, representando também uma área de interesse para o desenvolvimento de competências. Face ao exposto, realizou-se uma pesquisa em diferentes bases de dados científicas, a qual sustentou a elaboração de um póster sobre as intervenções de enfermagem relacionadas com a neutropenia febril. De forma a disponibilizar este conhecimento de apoio à tomada de decisão dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem na neutropenia, o póster foi

colocado estrategicamente num gabinete de enfermagem para que toda a equipa pudesse consultar (ANEXO IV).

A experiência profissional aliada ao contínuo desenvolvimento de aprendizagens relacionadas com os saberes técnicos e científicos e a oportunidade de partilha contribuiu para o desenvolvimento profissional enquanto EE, concorrendo para uma prestação de cuidados continuamente mais segura, assertiva, tecnicamente mais atualizada e ágil.

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica

O percurso profissional desenvolvido, desde cedo, pautou-se pela prestação de cuidados à pessoa com DC. O ingresso no mestrado foi impulsionado pela necessidade de melhorar a minha conduta profissional na prestação de cuidados.

De acordo com a WHO (2023), as DC tendem a ser de longa duração, podem comprometer as atividades de vida diária da pessoa e implicam um acompanhamento contínuo nos cuidados de saúde. Em Portugal, estas doenças têm uma tendência crescente (Instituto Nacional de Estatística, 2022), o que requer o investimento em cuidados de saúde direcionados à pessoa com DC. Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença crónica representam um cuidado contínuo no domínio da prevenção da doença, na promoção de estilos de vida saudáveis, na adesão e adaptação ao regime terapêutico, no sentido de capacitar a pessoa, família/cuidador e contribuir para a redefinição dos papéis de vida, podendo ser desenvolvido tanto a nível hospitalar, domiciliar ou comunitário (Regulamento nº429, 2018).

Este capítulo pretende demonstrar as competências adquiridas enquanto EE na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, dando ênfase aos objetivos específicos definidos no contexto de estágio.

3.1 Cuida da pessoa e família /cuidadores a vivenciar a doença crónica

De acordo com o regulamento do EE, este mobiliza conhecimentos e habilidades para responder eficazmente às necessidades da pessoa com DC, estabelecendo parcerias nos cuidados que promovam a sua qualidade e segurança (Regulamento nº429, 2018). Desta forma, para a obtenção de competências no âmbito do EE definiam-se os seguintes objetivos: desenvolver competências que fomentem intervenções especializadas, direcionadas à pessoa com neutropenia e desenvolver competências no âmbito dos cuidados de enfermagem, direcionados à pessoa, família/cuidador que promovam a capacitação da pessoa, família/cuidador face aos processos terapêuticos subjacentes ao tratamento com imunoterapia. Estes objetivos serão abordados detalhadamente de seguida, refletindo a importância de um cuidado de enfermagem especializado quando se cuida da pessoa e família/cuidador a vivenciar a doença crónica.

As DC não transmissíveis caracterizam-se por condições de longa duração e resultam de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais, implicam um acompanhamento contínuo nos cuidados de saúde pelo impacto que têm nas atividades de vida diária de cada pessoa (World Health Organization, 2023). Por sua vez, as doenças oncológicas representam umas das principais DC no mundo (World Health Organization, 2023). De acordo com a *WHO* (2022), o cancro é uma das principais causas de morte a nível mundial, representando 10 milhões de mortes em 2020, aproximadamente 1 em cada 6 mortes (World Health Organization, 2022).

Apesar da evolução na área da prevenção e nos tratamentos oncológicos, a neutropenia febril continua a ser uma das complicações mais frequentes e graves deste tipo de tratamento (Klastersky et al., 2016; Qadire et al., 2023), sendo a sua prevalência de aproximadamente 8 casos por cada 1000 pessoas que estão sob tratamento com quimioterapia (Klastersky et al., 2016). Ainda é considerada uma urgência médica com repercussão no aumento dos dias de hospitalização (Alsharawneh, 2021; Barré et al., 2022; Klastersky et al., 2016). A mortalidade associada a esta complicação tem vindo a diminuir paulatinamente, contudo ainda é considerada significativa. A neutropenia febril apresenta-se como umas das principais causas de morbilidade, sendo que 20% a 30% das pessoas têm necessidade de tratamento em contexto hospitalar, contribuindo assim para uma maior utilização de recursos de saúde bem como atrasos no tratamento ou ajuste das doses e consecutivamente comprometimento da eficácia do mesmo (Klastersky et al., 2016).

No contexto de estágio, a neutropenia representa uma realidade com a qual os enfermeiros se confrontam frequentemente face à tipologia de tratamentos que são realizados. Por conseguinte, aprofundar os conhecimentos neste domínio, rumo ao desenvolvimento de uma intervenção especializada, foi uma mais-valia para o desenvolvimento de competências enquanto EE. O desenvolvimento de conhecimentos com base na melhor evidência científica, relacionados com a neutropenia, permitiu a mobilização de conhecimentos e habilidades para o contexto da prática, contribuindo para a melhoria da prestação direta de cuidados, centrada na pessoa, família/cuidador, diminuindo possíveis complicações que pudessem advir deste efeito adverso tão comum associado à quimioterapia. A partilha destes conhecimentos, a divulgação de estratégias e intervenções referidas na evidência científica são uma mais-valia para os cuidados desenvolvidos diariamente, visto que apoiam a tomada de decisão do enfermeiro. Com efeito, o enfermeiro com conhecimentos avançados na área de oncologia desempenha um papel preponderante na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, contribui para a manutenção da autonomia da pessoa e, consequentemente é reconhecido e valorizado pelo desempenho do seu papel enquanto

prestador de cuidados, permitindo o estabelecimento de uma relação empática com a pessoa (Nascimento et al., 2014).

A neutropenia febril é classificada por uma temperatura corporal superior a 38,3°C ou duas leituras de superiores a 38°C por um período de 2 horas associada a uma contagem de neutrófilos $<0,5 \times 10^9/l$, ou uma previsão de uma contagem de neutrófilos inferior a $0,5 \times 10^9/l$ (Klastersky et al., 2016; Qadire et al., 2023).

Há uma relação entre a gravidade da neutropenia e a intensidade da quimioterapia, sendo que os diferentes regimes de tratamento são classificados como alto risco ($>20\%$), risco intermédio ($10\%-20\%$) ou baixo risco ($<10\%$) (Klastersky et al., 2016). Para além da intensidade da quimioterapia existem outros fatores associados a um maior risco de desenvolver neutropenia febril, nomeadamente a idade (pessoas mais velhas); a presença de doença avançada; antecedentes de neutropenia febril; pessoas que não estão sob antibioterapia profilática ou sob fatores de crescimento dos granulócitos (G-CSF); mucosite; doença cardiovascular e um pior status funcional; havendo um maior risco de desenvolvimento de neutropenia febril e de complicações associadas quando estão presentes uma ou mais comorbilidades (Klastersky et al., 2016). Na maior parte dos tratamentos de quimioterapia, no primeiro ciclo de tratamento para tumores comuns o risco de desenvolvimento de neutropenia febril é máximo (Klastersky et al., 2016). Atualmente, as diretrizes recomendam a avaliação de risco de neutropenia para a identificação precoce de infeções, situações de neutropenia febril e complicações subjacentes à neutropenia (Barré et al., 2022; Wilson et al., 2018).

De acordo com as diretrizes da *European Society of Clinical Oncology* (2016) o instrumento mais utilizado para avaliação do risco de neutropenia é o Índice de *Multinational Association for Supportive Care in Cancer* (MASCC), permite aos profissionais avaliarem com brevidade a possibilidade de a pessoa desenvolver neutropenia febril (Klastersky et al., 2016). O protocolo de orientação clínica hospitalar também inclui a avaliação do risco de neutropenia segundo o índice de MASCC. O índice de MASCC estratifica em alto e baixo risco de acordo com o score do instrumento de avaliação. Este instrumento tem uma pontuação máxima de 26, sendo que valores inferiores a 21 pontos, baixo risco, valores superiores ou iguais a 21 são pessoas com alto risco de neutropenia febril (Klastersky et al., 2000).

A literatura defende o uso de escalas para a monitorização do risco de desenvolver neutropenia, contudo no hospital de dia, onde se decorreu o estágio, ainda não é uma intervenção adotada com frequência. No entanto, é de uma mais-valia ímpar a sua introdução nos cuidados prestados, uma vez que esta estratificação objetiva ajuda a definir intervenções num domínio multidisciplinar, ajustadas a cada pessoa, contribuindo para o desenvolvimento de cuidados personalizados na exata medida das necessidades de cada pessoa, família/cuidador. Os instrumentos de avaliação permitem a obtenção de dados

objetivos contribuindo para o processo de tomada de decisão e qualidade dos cuidados (Gardona & Barbosa, 2018).

Percebeu-se que a alta rotatividade das pessoas que realiza tratamentos diariamente, tem impacto na gestão do tempo dos cuidados prestados, influenciando diretamente a aplicação de instrumentos de avaliação. A equipa reconhece que a adoção destes instrumentos é importante, porém a organização estrutural do serviço, bem como a alta afluência de pessoas em tratamento diariamente, são fatores que dificultam a sua implementação.

Não obstante, a capacitação da pessoa, família/ cuidador é uma das intervenções que é frequentemente implementada perante a pessoa em situação crónica, e à luz da literatura, está associada a ganhos em saúde. De acordo com as diretrizes da *European Society for Medical Oncology* (ESMO) a educação das pessoas em contexto de ambulatório sobre os sintomas associados à neutropenia febril é fulcral, nomeadamente capacitar a pessoa para monitorizar a temperatura corporal e instruir para o contacto de serviços adequados em caso de alterações (Klastersky et al., 2016).

Na consulta de enfermagem que antecede o início do tratamento é iniciado este processo de capacitação da pessoa, família/cuidador. Nesta consulta é ainda divulgado o contacto do serviço para que as pessoas possam ligar e esclarecer questões com a equipa de enfermagem, permitindo primar pela proximidade.

As pessoas com doença oncológica em tratamento no hospital de dia, vislumbram-se com um processo de transição saúde/doença, que abarca uma série de mudanças que impactam diretamente a vida da pessoa e dos seus familiares. A teoria das transições oferece uma estrutura que visa compreender as experiências dos indivíduos que enfrentam vivências que requerem a aquisição de habilidades, redefinição de objetivos, adaptação de sentimentos e alterações de comportamento (Smith & Parker, 2015). Esta teoria de médio alcance de *Afaf Meleis* suporta os cuidados de enfermagem direcionados às pessoas que vivenciam transições (Geary & Schumacher, 2012; Smith & Parker, 2015). Neste contexto, esta teoria suportou os cuidados prestados de forma diferenciada. Desde o diagnóstico, ao tratamento, às alterações exigidas pelo mesmo, incluindo as complicações que lhes estão intrínsecas, o papel dos enfermeiros está em constante adaptação, a par do processo que está a ser vivenciado.

O objetivo da intervenção de enfermagem é atingir resultados que facilitem a vivência deste processo de forma saudável e bem sucedida (Smith & Parker, 2015). Os cuidados de enfermagem assumem-se imprescindíveis nestas situações, funcionam como agentes facilitadores do processo de transição, sendo indubitável o seu contributo para que este decorra de forma saudável (Smith & Parker, 2015). Desta forma, as intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença oncológica deverão encaminhar-se para a consciencialização, para o envolvimento e para o apoio à mudança. Para além disso, deverão

contribuir para a integração de conhecimentos e habilidades que melhorem a autogestão dos efeitos adversos intrínsecos ao processo de tratamento e, por conseguinte, promovam a autonomia no processo de autocuidado (Magalhães, 2020). A operacionalização da teoria das transições auxilia os enfermeiros a terem uma compreensão holística das crenças, das visões, das experiências e dos resultados desejados, direcionando as intervenções para as necessidades específicas da pessoa e dos cuidadores, promovendo transições facilitadoras (Smith & Parker, 2015).

Posto isto, no contexto de estágio as pessoas que estão em processo de tratamento, estão a vivenciar um processo de transição saúde/doença que requer mudanças significativas e este modelo sustenta os cuidados de enfermagem na promoção de transições facilitadoras que potenciem o bem-estar de cada pessoa.

Tanto o cuidado centrado na pessoa como o processo de transição são *core* nos cuidados de enfermagem (Koinberg et al., 2018). O EE tem um papel preponderante no cuidado centrado na pessoa e na difusão desta prática pela equipa. Como já foi referido anteriormente neste trabalho, o cuidado centrado na pessoa prima pela tomada de decisão partilhada, com respeito pela individualidade de cada pessoa, pelas suas crenças e valores. Durante o estágio, o contacto com a consulta de enfermagem foi pontual, contudo a oportunidade de reflexão sobre as necessidades subjacentes à mesma foi constante.

As pessoas com baixo risco de desenvolvimento de neutropenia febril podem ser tratadas em contexto ambulatório desde que tenham perfeita compreensão sobre os riscos e a necessidade de vigilância. Por outro lado, as pessoas com alto risco de desenvolver neutropenia febril devem ser internadas. A necessidade de acompanhamento diário, a avaliação da resposta ao tratamento e a frequência de avaliação clínica é definida pela classificação da gravidade da neutropenia (Klastersky et al., 2016).

Um recente estudo mapeou um conjunto de intervenções de enfermagem especializadas direcionadas à pessoa com neutropenia febril que visam a prevenção do choque séptico nestas pessoas, distinguindo as intervenções autónomas de enfermagem das intervenções interdependentes. De acordo com este estudo as intervenções de enfermagem autónomas e especializadas direcionadas à pessoa com neutropenia febril centram-se na utilização de escalas para avaliação do risco, cumprimento de protocolos/*guidelines* de atuação, controlo ambiental, educação para a saúde e avaliação do doente; por sua vez, as intervenções interdependentes de enfermagem são a administração de antibiótica, realização de exames complementares de diagnóstico e administração de terapêutica profilática (C. Santos & Sousa, 2021).

Ao longo do período de estágio foram inúmeros os cuidados direcionados a pessoas com risco de desenvolver neutropenia, permitindo a reflexão e a partilha de conhecimentos sobre

a temática. Neste sentido, procedeu-se ao aprofundamento de conhecimentos neste domínio, recorrendo também à elaboração de uma pesquisa em bases de dados, a qual culminou com a elaboração de um póster sobre os cuidados de enfermagem à pessoa com neutropenia (ANEXO IV), afixado estrategicamente na sala de enfermagem para que facilmente pudesse ser consultado por todos os enfermeiros.

Os protocolos de cuidados de enfermagem inerentes à neutropenia febril podem contribuir para que mais pessoas beneficiem do tratamento completo com quimioterapia contribuindo para o aumento da qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, contribui para uma melhoria dos resultados (Dolan et al., 2005; Kaplow & Spinks, 2015). Este tipo de protocolos auxiliam os enfermeiros menos experientes na tomada de decisão ajudando na resolução de questões dúbias (Dolan et al., 2005).

Os enfermeiros poderão liderar iniciativas destinadas a equipas multidisciplinares na gestão da neutropenia através da sua partilha de experiências. Para além disso, podem partilhar as suas vivências com os restantes elementos, naquilo que se refere à avaliação do risco de neutropenia, monitorização de sintomas, educação da pessoa e continuidade dos cuidados (Dolan et al., 2005). De acordo com um estudo de Dolan e colaboradores, que evidencia a importância do desenvolvimento de protocolos subjacentes aos cuidados prestados, para o desenvolvimento de um protocolo relacionado com a neutropenia febril devem ser considerados vários aspetos tais como os fatores de risco para a neutropenia pré-tratamento, eventos que suscitem a necessidade do uso proativo das colónias de granulócitos em ciclos subsequentes; contextos de doença que seria vantajoso evitar reduções ou atrasos na dose de medicação; frequência com que a contagem de células sanguíneas dos pacientes é monitorizada (Dolan et al., 2005). Este mesmo estudo refere a importância de se criar uma lista de verificação de fatores de risco relevantes que possam usar na avaliação do risco de neutropenia (Dolan et al., 2005).

A capacitação tanto da pessoa como da família tem como objetivo prevenir e minimizar o risco de complicações da neutropenia febril, considerando-se importante que os enfermeiros estabeleçam uma relação de cooperação entre as pessoas e a sua família (Dolan et al., 2005). De modo a garantir uma identificação precoce de sinais e sintomas de complicações associadas à quimioterapia, defende-se que cada pessoa deverá receber uma lista de sinais e sintomas para procederem a uma espécie de autoavaliação; para além disto, os enfermeiros devem ensinar e instruir sobre a monitorização da temperatura, medidas de prevenção de infeção (higiene geral, higiene das mãos, higiene oral, ingestão alimentar adequada, evitar aglomerados de pessoas) (Dolan et al., 2005; Kaplow & Spinks, 2015).

A capacitação da pessoa, família/cuidador é uma intervenção frequente no contexto do hospital de dia, desde a consulta de enfermagem pré-tratamento assim como durante a realização dos mesmos. A equipa de enfermagem está sensibilizada para a temática e prima

por desenvolver um trabalho colaborativo com a pessoa, família/cuidador. Mesmo assim, reconhece-se espaço à melhoria da qualidade dos cuidados, nomeadamente com a aplicação de escalas de risco de desenvolvimento de neutropenia, de acordo com a literatura, que permitem a personalização dos cuidados.

Em suma, a prevenção de complicações associadas à neutropenia exige um trabalho colaborativo entre a equipa multidisciplinar com uma participação ativa, dos enfermeiros, da pessoa e família/cuidadores (Nascimento et al., 2014). Neste sentido, o EE é fundamental no desenvolvimento de cuidados de enfermagem de alta qualidade, uma vez que o pensamento crítico-reflexivo que lhe está subjacente incentiva a sua melhoria. O contexto de estágio foi favorecedor ao desenvolvimento de competências no âmbito da especialidade pois proporcionou oportunidades para aprofundar conhecimentos e habilidades, refletir sobre as práticas adotadas e compará-las com a evidência científica, disseminando o conhecimento mais atual e contribuindo para a melhoria contínua da prestação de cuidados, centrados na pessoa.

Posto isto, aborda-se de seguida o segundo objetivo inerente a esta competência específica que se relaciona com o desenvolvimento de competências no âmbito dos cuidados de enfermagem, direcionados à pessoa família/cuidador que promovam a capacitação da pessoa, família/cuidador face aos processos terapêuticos subjacentes ao tratamento com imunoterapia.

Tal como já foi referido anteriormente neste capítulo, as doenças oncológicas representam umas das principais DC do mundo (World Health Organization, 2023), sendo que os tumores malignos representaram uma das principais causas de morte em 2021 a nível nacional (Instituto Nacional de Estatística, 2024). Por conseguinte, é urgente o investimento na prevenção, na identificação precoce e no tratamento para diminuir a mortalidade relacionada com esta enfermidade (Murthy et al., 2024). Apesar de atualmente estarem disponíveis múltiplos tratamentos, a sua escolha depende de diversos fatores, contudo o processo revela-se sempre complexo (Farkona et al., 2016; World Health Organization, 2022). Neste contexto, a imunoterapia destaca-se como uma terapêutica em progressão e a consolidar-se entre os diferentes tratamentos para o cancro (Bayer et al., 2017; Galioto et al., 2019; Wiley et al., 2017). Os cuidados de enfermagem direcionados à pessoa sob tratamento com imunoterapia são inúmeros (Fontoura et al., 2021), o que exige às equipas de enfermagem um vasto conhecimento nesta área (Bayer et al., 2017; Wiley et al., 2017). Por conseguinte, devem ser capacitadas para o acompanhamento, para a vigilância, monitorização e gestão dos sinais e sintomas relacionados com este tratamento (Fialho et al., 2021; Fontoura et al., 2021; Galioto et al., 2019).

O hospital de dia, face à conjuntura das condições de saúde das pessoas que o frequentam, disponibiliza múltiplos tratamentos diariamente entre os quais o tratamento com

imunoterapia. Os enfermeiros têm de ter um vasto conhecimento no sentido de adequar os cuidados prestados e, também se cruzam com a necessidade de uma constante renovação de saberes e competências no sentido de adequar os cuidados à mais recente evidência.

Efetivamente, os enfermeiros necessitam de formação/ educação na área da oncologia, a curto prazo, sendo que, a realização de formações de curta duração tem impacto imediato na prestação de cuidados (Mohammad, 2023). Posto isto, e em reflexão com a chefia percebeu-se que havia espaço para a realização de formação neste domínio (ANEXO III), que acrescentou valor à qualidade dos cuidados prestados.

A integração de elementos novos na equipa assim como a evolução dos próprios cuidados justificam esta necessidade, embora seja uma equipa dinâmica, com múltiplos conhecimentos, a formação em serviço é sempre um espaço de partilha que leva a ganhos na prestação dos cuidados diretos. A própria equipa partilha que a formação trouxe ganhos para a prestação de cuidados, vendo nesta renovação do conhecimento oportunidade de melhorar as práticas nos contextos de prestação de cuidados, refletindo sobre o que já é feito atualmente e o que ainda pode melhor.

O tratamento com imunoterapia exige uma abordagem interprofissional e especializada, nomeadamente no que diz respeito à gestão dos efeitos adversos, exigindo uma coordenação dos cuidados eficaz, destacando-se neste contexto a importância da educação por pares e da definição de orientações para a organização dos cuidados (Galioto et al., 2019). Este dado, vem reforçar a necessidade da formação contínua para aquisição imediata de alguns conhecimentos e dar oportunidade a momentos de partilha entre os elementos da equipa.

Ao longo do período de estágio, a procura pela melhoria dos cuidados prestados às pessoas, impulsionou o constante aprofundamento de conhecimento para melhorar a prestação dos cuidados. A capacitação das pessoas relativamente aos efeitos adversos relacionados com a imunoterapia é a intervenção com maior enfoque na literatura e, por conseguinte, a intervenção com maior atenção no período de estágio. Tal como já foi referido anteriormente, na consulta de enfermagem pré-tratamento, inicia-se o processo de capacitação da pessoa, família/cuidador, em função do tipo de tratamento que será iniciado e, portanto, este é um processo contínuo ao longo de cada sessão de tratamento.

O EE tem também o dever de primar pelo dinamismo no ceio das equipas, orientar os seus pares, divulgar conhecimento e ser o elemento de referência, incentivando a prestação de cuidados baseados na evidência (Schober et al., 2020). Acrescenta-se, ainda, que o EE presta cuidados especializados a uma pessoa ou grupo de pessoas, que se repercutem não só nos cuidados diretos mas em simultâneo na avaliação contínua da prestação de cuidados introduzindo alterações na mesma que cursem no sentido de alcançar a prática baseada na

mais recente evidência científica, efetuando mudanças de forma a remover barreiras e facilitar a introdução das melhores práticas de enfermagem (Iseler et al., 2023).

Ao longo da elaboração da componente de investigação deste relatório, identificaram-se um conjunto de intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença oncológica, a realizar tratamento com imunoterapia, em contexto de hospital de dia, percebendo-se que ainda há oportunidade de melhoria inerente aos cuidados prestados.

3.2 Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica

O EE tem um papel preponderante na maximização do ambiente terapêutico, articulando os cuidados com a pessoa, família/cuidador, considerando o contexto dos cuidados e a diversidade das intervenções para a gestão do risco e do ambiente, adequando os cuidados de enfermagem em segurança (Regulamento nº429, 2018). Neste âmbito, foram estabelecidos dois objetivos específicos inerentes às competências do EE. O primeiro objetivo relacionou-se com o planeamento dos cuidados de enfermagem direcionados à pessoa, família/cuidador em tratamento da doença autoimune e o segundo objetivo referiu-se ao desenvolvimento de competências que promovam a melhoria contínua e a segurança na prestação dos cuidados direcionados à pessoa com doença crónica, especificamente pessoas com PICC. Estes objetivos serão abordados detalhadamente neste capítulo, refletindo a importância de um cuidado de enfermagem especializado para o desenvolvimento de competências específicas do EEEMCPSC.

O EE contribui para a adaptação e adesão ao regime terapêutico, capacitando a pessoa, família/cuidador para vivenciar a DC de acordo com as implicações desta e o seu impacto na qualidade de vida, gerindo os processos terapêuticos em resposta à adaptação à DC (Regulamento nº429, 2018). Desta forma, o primeiro objetivo refere-se ao planeamento dos cuidados de enfermagem direcionados à pessoa, família/cuidador em tratamento da doença autoimune.

As doenças autoimunes são consideradas raras, afetam entre 3% a 5% da população mundial e integram cerca de 100 tipos diferentes de patologias autoimunes, sendo o Lúpus Eritematoso Sistémico (LES) e a Artrite Reumatóide (AR) as mais comuns (Wang et al., 2015; Xiao et al., 2021). Estudos recentes apontam para uma tendência crescente da prevalência deste tipo de patologias (Miller, 2023). As doenças autoimunes são consideradas um desafio para os profissionais de saúde, contudo a evolução da ciência melhorou significativamente o prognóstico e, prevê-se que esta evolução continue numa perspetiva positiva (Xiao et al.,

2021). Estas doenças têm um impacto significativo nas pessoas e nas famílias, bem como na sociedade implicando custos acrescidos aos cuidados de saúde (Miller, 2023).

Os dados sobre a prevalência de doenças autoimunes em Portugal ainda são escassos contudo, um estudo nacional sobre doenças autoimunes reporta a AR, o LES e a Síndrome de Sjörden como as mais prevalentes (Abreu et al., 2006). De acordo com a Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) estima-se que a AR afete entre 0,8 a 1,5% da população, com maior incidência em mulheres e, apesar de poder aparecer em qualquer idade, percebe-se que existe um pico de incidência em mulheres após a menopausa (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2019). O LES atinge cerca de 0,07% da população portuguesa, maioritariamente mulheres em idade reprodutiva, entre os 20 e os 30 anos, embora possa atingir crianças ou pessoas com mais de 65 anos (Sociedade Portuguesa Reumatologia, 2019).

A AR é uma DC, inflamatória, autoimune que provoca inflamação das articulações, apesar de ser incurável, quando tratada eficazmente, tem um bom prognóstico vital e funcional (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2019). O LES também é definido por uma DC, inflamatória e autoimune, todavia manifesta-se pela produção de anticorpos direcionados a componentes autólogos, com atingimento sistémico, repercussões em diferentes órgãos e, em muitos casos, com apresentação de lesões cutâneas (Ferenkeh-Koroma, 2012; Sociedade Portuguesa Reumatologia, 2019).

De acordo com dados fornecidos pela própria instituição, no hospital de dia, um número significativo de pessoas recebe tratamentos específicos direcionados à doença autoimune, nomeadamente AR e LES. Os tratamentos direcionados a pessoas com estas patologias exigem cuidados particulares emergindo assim a necessidade de um cuidado personalizado, centrado na pessoa e que dê resposta às reais necessidades. Desta forma, surge o objetivo específico de estágio referente ao planeamento dos cuidados de enfermagem direcionados à pessoa, família/cuidador que irá iniciar tratamento para a doença autoimune em contexto de hospital de dia. Para a sua concretização, procedeu-se ao planeamento de uma consulta de enfermagem direcionada às pessoas com doença autoimune que irão iniciar tratamento em contexto de hospital de dia, nomeadamente AR e LES.

O EE tem um papel preponderante na prestação de cuidados, sendo responsável pela melhoria da qualidade dos mesmos, desenvolvendo, planeando e orientando programas, direcionados a indivíduos e/ou populações específicas, integrando-os no ceio das equipas com o objetivo que melhorar a qualidade dos cuidados (Schober et al., 2020). Posto isto, o planeamento desta consulta revelou-se um desafio, pela especificidade das patologias e do contexto, que por si só exigem cuidados de enfermagem particulares, que aliados à in experiência no desenvolvimento de projetos semelhantes, numa fase inicial implicou o

aprofundamento de uma vasta rede de conhecimentos, contribuindo simultaneamente para o desenvolvimento e amadurecimento de competências enquanto EE.

A gestão eficaz destas patologias exige uma priorização dos cuidados integrados e multidisciplinares, em que os enfermeiros têm um papel chave uma vez que, pelo exercício do seu papel estão expostos por longos períodos à presença da pessoa conduzindo a uma maior proximidade, sendo este aspeto fulcral para o processo de capacitação, de gestão da doença e de suporte (Bech et al., 2020; Cano García et al., 2023; García et al., 2021).

A *European Alliance of Associations for Rheumatology* (EULAR) (2020) nas recomendações que emanou sobre os cuidados direcionados às pessoas com doenças reumatológicas evidenciou o impacto positivo do papel do enfermeiro na capacitação da pessoa, família/cuidador, na gestão contínua da doença, no apoio psicossocial, refletindo-se na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, da segurança e do aumento da satisfação com os mesmos (Bech et al., 2020). Para além disto, as intervenções de enfermagem têm impacto positivo na perceção da autoeficácia, na definição de estratégias de *coping*, na gravidade dos sintomas apresentados, no estado físico e mental, no estadio da doença e na própria qualidade dos cuidados (Bech et al., 2020). Atendendo ao facto de que as doenças reumáticas autoimunes sistémicas, onde se incluem a AR e o LES, são patologias incuráveis, o tratamento destas condições tem como objetivo interromper a progressão da doença, diminuir os sinais e sintomas e, consequentemente melhorar a qualidade de vida das pessoas (Wojeck et al., 2023). O tratamento é complexo, pelo que requer cuidados holísticos e especializados, onde os enfermeiros têm um papel fundamental na gestão e apoio contínuo destas pessoas através de intervenções no âmbito da capacitação sobre a doença, que se realizam de forma continuada quer presencialmente, quer com recurso à tele saúde (Wojeck et al., 2023).

Com base nestes pressupostos elaborou-se este projeto, explanado no ANEXO V, que contempla a integração da consulta de enfermagem direcionada à pessoa com doença autoimune que iniciam tratamento em contexto de hospital de dia.

A complexidade dos cuidados subjacentes a estas patologias exige um planeamento dos cuidados de enfermagem, desde a colheita de dados, a nomeação de diagnósticos de enfermagem, o planeamento dos cuidados *per si* e a avaliação dos resultados, permitindo uma humanização dos cuidados, o que concorre, por um lado, para a diminuição das complicações associadas às doenças, com impacto na melhoria da qualidade de vida das pessoas (Souza et al., 2022).

O planeamento da consulta de enfermagem direcionada às pessoas com doença autoimune que irão iniciar tratamento em contexto de hospital de dia emerge para colmatar uma necessidade identificada na atual organização dos cuidados, com vista a garantir a segurança e a melhoria contínua dos mesmos. Desta forma, cumpre-se com o dever de garantir a

qualidade e excelência dos cuidados de enfermagem de forma eficaz e eficiente sendo a consulta de enfermagem enquanto autónoma e independentemente do contexto, um meio a otimizar (Ordem do Enfermeiros, 2021). Apesar do planeamento da consulta se direcionar a pessoas com AR e LES, especificamente, num futuro próximo prevê-se que seja replicada para pessoas com outras patologias do foro autoimune em tratamento em contexto de hospital de dia, indo de encontro ao objetivo da equipa.

Com efeito, a consulta de enfermagem representa uma intervenção essencial da prestação de cuidados de enfermagem, exige envolvimento, motivação e disponibilidade por parte da equipa e visa promover a saúde, prevenir a doença e/ou complicações contribuindo para o processo de recuperação e/ou adaptação ao estado de saúde, para a capacitação da pessoa direcionada à gestão da saúde e, consequentemente melhoria da qualidade de vida (Ordem do Enfermeiros, 2021).

O início do estágio implicou o reconhecimento do contexto e, consequentemente, a identificação das necessidades do mesmo. Desta forma, elaborou-se o planeamento da consulta, que aguarda parecer do conselho de administração, para posterior implementação, passando pelo processo de formação da equipa e, por fim avaliação dos resultados obtidos com o mesmo. A implementação da consulta implica um processo gradual, o cronograma que se apresenta no ANEXO V, representa as várias etapas, na expectativa que se ajuste quer à equipa multidisciplinar quer aos recursos humanos, físicos e materiais para que atinja o máximo do seu potencial.

A consulta planeada é especificamente destinada ao contexto de hospital de dia e centra-se nas pessoas que têm doenças autoimunes, nomeadamente AR e LES, que irão iniciar tratamento. Desta forma, definiram-se objetivos endereçados à consulta de enfermagem, nomeadamente acolher a pessoa, família/cuidador e capacitá-la face ao novo regime terapêutico que irá iniciar em contexto de hospital de dia.

Vários estudos refletem a importância do papel do enfermeiro na gestão destas doenças (Bech et al., 2020; Cano García et al., 2023; García et al., 2021; Wojeck et al., 2023). O estudo de Bech e colaboradores, nas recomendações sobre o papel do enfermeiro na gestão de pessoas com AR enaltece a importância da consulta de enfermagem e da disponibilização de um enfermeiro em tempo útil, com recurso a métodos como a tele saúde; valoriza, também, a capacitação centrada na pessoa baseada nas suas necessidades, com impacto na diminuição de sintomas, melhoria dos cuidados e otimização da relação custo-benefício intrínseca aos cuidados de saúde (Bech et al., 2020).

A intervenção de enfermagem no domínio de autogestão da DC deve atender às especificidades da mesma, o enfermeiro deve orientar as suas intervenções de acordo com os resultados pretendidos e as necessidades das pessoas em concomitância com o cuidado centrado na pessoa (Aranda, 2008; Souza et al., 2022). O processo de enfermagem pode estar

divido em vários momentos desde a colheita de dados, ao diagnóstico de enfermagem, o planeamento, a implementação e a avaliação (Alvim, 2013).

Posto isto, no planeamento definiu-se que a primeira consulta seria de cariz presencial, realizada pré-tratamento com o objetivo de capacitar a pessoa, família/cuidador face ao novo regime terapêutico. Para esta consulta, foram delineados pontos-chave a abordar com base na revisão da literatura realizada face à patologia, à sintomatologia subjacente e às possíveis complicações induzidas pelo tratamento.

A doenças autoimunes alvo desta consulta podem apresentar um conjunto de sinais e sintomas que podem variar de pessoa para pessoa. A AR apresenta como sintomas mais prevalentes a fadiga, dor, edema, perda de sensibilidade e rigidez articular, tendo impacto a nível psicológico, funcional e na qualidade de vida das pessoas (Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2019; Wojeck et al., 2023). No caso do LES, os sintomas mais prevalentes são a fadiga, o cansaço, as mialgias, dor e/ou inflamação nas articulações, lesões cutâneas ou da mucosa oral e nasal, alopecia, ou eritema malar com a forma de asa de borboleta, ou fenómeno de Raynaud (Pullen & Hammond, 2023; Sociedade Portuguesa Reumatologia, 2019).

O AR e o LES apresentam alguns sinais e sintomas que se cruzam como são exemplo a fadiga, o cansaço e a dor. No entanto, não são apenas coincidentes nestes pontos, ambas têm impacto significativo a nível psicológico e na qualidade de vida das pessoas (Branco et al., 2016; Pullen & Hammond, 2023; Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2019; Sociedade Portuguesa Reumatologia, 2019; Wojeck et al., 2023).

A fadiga tem um grande impacto na vida das pessoas com AR e LES, sendo que a EULAR recomenda por isso a gestão da mesma como uma prioridade, realçando o impacto positivo das intervenções não farmacológicas e a importância do enfermeiro na gestão holística (E. Santos et al., 2023; Sezgin & Bektas, 2022). Esta recomendação fala ainda da monitorização através de instrumentos (E. Santos et al., 2023). Neste sentido, no projeto integrou-se a escala da severidade da fadiga, uma vez que é uma escala validada para a população portuguesa (Gomes, 2011). Foi efetuado um pedido de autorização aos autores da validação da mesma para que esta fosse usada na consulta de enfermagem e integrada no programa informático dedicado à documentação dos cuidados de enfermagem, sendo concedido um parecer positivo. Após a aprovação da consulta planeou-se o pedido de autorização aos serviços partilhados do ministério da saúde para a integração da escala da severidade da fadiga no sistema de informação em uso.

Os tratamentos da AR e do LES estão intrinsecamente interligados com as manifestações clínicas e da atividade da doença tendo como principal objetivo a remissão e a evicção de agudizações (Bech et al., 2020; Fanouriakis et al., 2024; Pullen & Hammond, 2023; Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2019; Sociedade Portuguesa Reumatologia, 2019). Na AR e no

LES os fármacos mais utilizados são medicamentos modificadores da atividade da doença, anti-inflamatórios, corticosteroides, imunossupressores e biológicos (Fanouriakis et al., 2024; Pullen & Hammond, 2023; Sociedade Portuguesa de Reumatologia, 2019; Sociedade Portuguesa Reumatologia, 2019; Valdoleiros et al., 2021).

Assim sendo, na primeira consulta de enfermagem, presencial, planeou-se a realização do acolhimento da pessoa no hospital de dia, a avaliação do conhecimento da pessoa face à doença e ao regime terapêutico, avaliação dos sinais e sintomas da doença e capacitação da pessoa, família/cuidador sobre o novo regime terapêutico, possíveis complicações associadas, cuidados a ter e recursos disponíveis. Ao longo da consulta é importante validar a informação que a pessoa, família/cuidador retém e compreende com recurso às técnicas *teach-back* e *chunk and check*.

O *chunk and check* é uma técnica de comunicação que consiste em dividir a informação dada em partes (*chunking*) e verificar se a pessoa compreendeu a informação fornecida (*checking*) (Hersh et al., 2015). Este método complementa-se com o *teach-back*, que, também representa uma técnica de comunicação, usada essencialmente em contextos de cuidados de saúde, que tem por objetivo que a pessoas compreendam corretamente as informações que lhe estão a ser dadas. Desta forma, a técnica consiste em pedir à pessoa que repita por palavras suas a informação que lhe foi transmitida (Talevski et al., 2020). Ambas as técnicas são essenciais no processo de capacitação para a gestão da DC, na medida em que garantem que as informações complexas são compreendidas de forma clara e precisa contribuindo desta forma para uma melhoria da comunicação, maior segurança nos cuidados e melhoria da qualidade dos mesmos (Hersh et al., 2015; Talevski et al., 2020). O EE tem um papel preponderante na estruturação do processo de capacitação e na difusão do mesmo pela equipa a fim de garantir a qualidade e o sucesso das intervenções de enfermagem.

Desta forma para além da colheita de dados realizada, atendendo aos sinais e sintomas frequentemente associados à AR e ao LES, propôs-se a utilização de instrumentos de avaliação como a escala numérica ou a escala qualitativa da dor, a Escala da Ansiedade e Depressão e a aplicação do *Mini COG®* (ANEXO V). Os instrumentos de avaliação são um meio de obter dados de forma objetiva, que permitem identificar alterações do estado de saúde, nomeadamente aspetos subjetivos, permitindo um acompanhamento assíduo e pormenorizado, tendo a vantagem de permitir a uniformização dos cuidados (Gardona & Barbosa, 2018).

Após o início do tratamento planeou-se a realização de uma consulta de enfermagem telefónica, estando prevista a sua concretização entre o segundo e o quarto dia após o tratamento. Esta consulta centra-se no seguimento da pessoa em contexto do domicílio, com o objetivo de avaliar o cumprimento do regime medicamentoso inerente ao protocolo de tratamento prescrito, detetar precocemente a presença de efeitos secundários inerentes ao

tratamento realizado em contexto de hospital de dia, bem como esclarecer dúvidas adicionais. Neste sentido, elaborou-se um documento “Diário de registo de sinais e sintomas” o qual contempla os sinais/sintomas adversos mais frequentes e de mensurável autovigilância no domicílio, associados aos tratamentos realizados no hospital de dia, o qual deve ser preenchido diariamente após a realização do tratamento. No momento da consulta telefónica, a pessoa deve estar na posse do documento “Diário de registo de sinais e sintomas” (ANEXO V) a fim de dar informações mais precisas aos enfermeiros e, assim permitir uma tomada de decisão mais objetiva. Os Critérios Terminológicos Comuns para os Efeitos Adversos (CTCEA) (2017) sustentaram o planeamento da intervenção de enfermagem de acordo com o grau de gravidade dos sintomas apresentados. De salientar que as pessoas que apresentam sinais e sintomas de grau 1 ou menor gravidade serão capacitadas face aos cuidados e mantém autovigilância; sinais e sintomas de gravidade superior de acordo com os CTCAE serão referenciados à equipa médica, uma vez que exigem observação clínica de acordo com o CTCAE (Common Terminology Criteria & for Adverse Events, 2017).

As pessoas que apresentem complicações associadas ao tratamento nomeadamente náuseas, vômitos e fadiga em grau 1 mantém autovigilância no domicílio. As pessoas que apresentem náuseas e vômitos igual ou superior ao grau 2, erupções cutâneas, febre, aumento da fadiga (Grau igual ou superior 2) e/ou dor devem ser referenciadas para a equipa médica.

Para além destes sintomas poderá ser benéfico a criação de protocolo clínicos, em equipa multidisciplinar, que auxiliem a tomada de decisão na presença de sinais e sintomas específicos para além dos anteriormente referidos, representando uma mais-valia na qualidade dos cuidados. A padronização dos cuidados facilita a aplicação das recomendações, diminuindo a incerteza durante a tomada decisão relacionada com os cuidados prestados e contribui para a qualidade dos mesmos (Cano García et al., 2023; Souza et al., 2022).

As pessoas devem ter acesso em tempo oportuno a um profissional de enfermagem para lhe dar apoio baseado nas suas necessidades (Bech et al., 2020). Este acompanhamento para a monitorização de sinais e sintomas após cada tratamento tem um impacto significativo na qualidade dos cuidados, visto que contribui para a diminuição dos custos em saúde, pela evicção da recorrência aos serviços de urgência e simultaneamente, permite um seguimento mais personalizado.

É importante que a instituição garanta os recursos humanos e materiais adequados às necessidades de cada pessoa e para a consulta de enfermagem deve existir um espaço próprio (Ordem do Enfermeiros, 2021). No planeamento desta consulta foram definidos os recursos humanos, físicos, materiais e temporais necessários à sua realização (ANEXO V).

A equipa demonstra interesse no projeto, reconhece vantagens e considera o mesmo uma mais-valia para a segurança e qualidade dos cuidados, pelo que são vantagens que devem ser consideradas para a implementação do projeto.

Em suma, a implementação da consulta de enfermagem pré-tratamento permite uma abordagem mais holística, um maior conhecimento sobre a pessoa, família/cuidador, contribuindo para a continuidade dos cuidados ao longo dos tratamentos, centrados na pessoa, personalizados e ajustados às suas reais necessidades.

No âmbito da competência que se refere ao EEEMCPSC, que salienta que este enfermeiro maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa, família/cuidador a vivenciar a DC, surge outro objetivo específico inerente às intervenções de enfermagem à pessoa com PICC.

Os tratamentos oncológicos têm vindo a crescer, tanto em quantidade como em complexidade, exigindo a existência de um acesso vascular central seguro e adequado à administração de terapêutica endovenosa, promovendo uma melhor prestação de cuidados (A. Santos et al., 2022).

A administração de terapêutica antineoplásica exige competências dos enfermeiros neste domínio, nomeadamente na utilização, na manutenção e na gestão de eventos adversos associadas aos acessos venosos (Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa, 2021; A. Santos et al., 2022). Os enfermeiros capacitados para a manipulação destes acessos são imprescindíveis para minimizar complicações decorrentes da sua utilização. No entanto, a literatura refere que ainda, existem lacunas relacionadas com o conhecimento e as habilidades para a manutenção e inserção destes dispositivos (Di Santo et al., 2017; GGorosrksik, 2021; Moureau & Chopra, 2016).

Face ao exposto, foi definido como objetivo específico: desenvolver competências que promovam a melhoria contínua e a segurança na prestação dos cuidados direcionados à pessoa com doença crónica, especificamente pessoas com PICC. Desta forma, foi irrepreensível a aquisição de conhecimentos técnicos e científicos neste domínio, destacando-se o papel do EE na promoção de um ambiente seguro e da qualidade dos cuidados intrínsecos a este dispositivo, assim como na capacitação da pessoa, família/cuidador nos cuidados inerentes ao PICC.

O EE assume um papel fundamental na equipa no que diz respeito à disseminação da melhor e mais recente evidência científica e na uniformização de procedimentos, contribuindo para processos de melhoria. Os cuidados de enfermagem do EE refletem-se em termos de conhecimentos teóricos, práticos e empíricos num domínio avançado, influenciando a obtenção de resultados positivos relacionados com os cuidados prestados (Schober, 2020).

O parecer do conselho de enfermagem sobre a introdução do PICC por enfermeiros, defende que é importante o desenvolvimento de protocolos institucionais sobre os cuidados à pessoa, quer associados ao procedimento de inserção, quer à manutenção do PICC, no sentido de garantir que os enfermeiros tenham as habilidades necessárias para manipular este dispositivo (Ordem dos Enfermeiros, 2020). No hospital de dia, a equipa de enfermagem é constituída por elementos que têm competências acrescidas para a colocação de PICC, sendo este um procedimento eletivo que requer a distribuição de elementos da equipa para esta função. Em países como Espanha ou Reino Unido, os enfermeiros já assumem competências relacionadas com a colocação destes dispositivos há algum tempo, só mais recentemente esta realidade foi introduzida em alguns hospitais portugueses (Ordem dos Enfermeiros, 2020).

Santos e colaboradores referem que todos os enfermeiros são dotados de competências relacionadas com a manutenção de acessos venosos centrais (A. Santos et al., 2022). Esta premissa corrobora a realidade do hospital de dia onde decorreu o estágio, visto que são os enfermeiros que asseguram a manipulação e administração de fármacos através dos PICC.

Os PICC's são dispositivos para administração de medicação endovenosa, inseridos por punção percutânea, através de uma veia superficial ou profunda de extremidade e progridem até ao terço distal da veia cava superior ou proximal da veia cava inferior. O seu comprimento pode variar entre 20 a 65 centímetros (cm) e o calibre entre 1 a 6 French (Fr), podendo ter de uma a três vias. Caracterizam-se pelo material flexível, radiopaco, com paredes lisas e homogéneas, podendo ser de silicone, polietileno, poliuretano ou carbonato (Di Santo et al., 2017).

Estes dispositivos apresentam inúmeras vantagens comparativamente a outros cateteres convencionais para a administração de medicação endovenosa, uma vez que estão associados a menos tentativas de punção e como são colocados sob anestesia local há um menor desconforto (Di Santo et al., 2017; GGorosrksik, 2021). Para além disto, apresentam uma via segura para a administração de qualquer terapêutica endovenosa, nomeadamente nutrição parentérica prolongada, soluções vesicantes/irritantes, hiperosmolares e administração de quimioterapia (Di Santo et al., 2017; GGorosrksik, 2021). Concomitantemente, estão associados a um menor número de complicações iatrogénicas, como são exemplo as infeções (Di Santo et al., 2017; GGorosrksik, 2021). Desta forma, são considerados dispositivos seguros e eficazes principalmente em situações que a pessoa tenha uma rede vascular danificada (GGorosrksik, 2021). Os PICC's permitem a administração de terapêutica antineoplásica com impacto positivo na qualidade de vida da pessoa (A. Santos

et al., 2022), sendo este tratamento o principal motivo para a sua colocação no hospital de dia.

Os enfermeiros têm um papel preponderante na prevenção, na avaliação e na gestão de complicações associadas aos cateteres, tendo a responsabilidade de avaliar regularmente a presença de sinais e sintomas de complicações associadas a este dispositivo (GGorosrksik, 2021).

De acordo com a Infusion Nursing Society (INS), deve ser realizada uma avaliação diária da necessidade do PICC, sendo removido assim que já não se preveja a sua utilização. Deste modo, é imprescindível introduzir no plano de cuidados dos enfermeiros uma avaliação assídua da necessidade do cateter, realizando-se monitorizações frequentes com recurso a uma ferramenta de apoio que inclua fatores preponderantes a esta decisão, como são exemplo a presença de sinais e sintomas de complicações ou alterações no seu funcionamento (GGorosrksik, 2021). O hospital de dia é um contexto de ambulatório em que as pessoas com PICC fazem tratamentos programados e, por conseguinte, é neste contexto que se realiza a avaliação do acesso. No decorrer do estágio percebeu-se que apesar de o contacto com estes dispositivos ser frequente não há nenhum procedimento que sistematize e uniformize os cuidados ao dispositivo.

De acordo com o regulamento do EE, este tem um papel preponderante na gestão das circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados aos cuidados de enfermagem, tomando atitudes que salvaguardem as questões de segurança da pessoa (Regulamento nº429, 2018). De modo similar Schober refere que o EE tem um papel essencial no que diz respeito à prevenção de complicações em pessoas com DC complexas, assim como na melhoria da qualidade dos cuidados, com impacto na diminuição de internamentos e idas ao serviço de urgência (Schober, 2020).

Desta forma, realizou-se uma pesquisa em bases de dados científicas relacionada com os cuidados inerentes ao PICC e elaborou-se uma grelha no sentido de sistematizar a monitorização do mesmo (ANEXO VI) com o objetivo de padronizar os cuidados desenvolvidos no serviço.

Algumas das complicações associadas ao PICC são a flebite, a trombose venosa profunda e a infiltração/extravasamento (GGorosrksik, 2021).

Os enfermeiros devem avaliar o local de inserção do PICC e monitorizar a presença de sinais e/ou sintomas de flebite com regularidade. Simultaneamente, é indispensável a capacitação da pessoa, família/cuidador inerentes aos cuidados a ter com a flebite, avaliando também a resposta ao tratamento da mesma (GGorosrksik, 2021).

Apesar da equipa de enfermagem estar instruída relativamente à manutenção destes dispositivos e aos sinais de alerta de complicações, atualmente não usam qualquer tipo de instrumento para a sua avaliação. As escalas permitem a sistematização do processo de avaliação, nunca esquecendo o juízo do enfermeiro como imprescindível para o processo de cuidados. No que se refere aos cuidados de saúde, os instrumentos de avaliação, servem como método auxiliar de avaliação, permitem a estratificação de riscos, auxiliam na priorização das intervenções entre outras utilidades, que contribuem para a segurança da pessoa (Rodríguez Acelas & Cañon Montañez, 2018).

As escalas de avaliação dos graus de gravidade de flebite são um recurso útil que para além de possibilitar a padronização dos cuidados, apoiam na efetividade dos mesmos. Neste contexto a INS menciona a *Phlebitis Scale* como um exemplo de instrumento de avaliação dos graus de flebite associados a cateteres, nomeadamente PICC's (GGorosksik, 2021). Esta escala está, também, validada para a população portuguesa, e apresenta 4 graus de gravidade. Na flebite de grau 1 existe eritema no local do acesso associado a dor ou não; o grau 2 caracteriza-se pela presença de dor no local do acesso associado a eritema ou edema; o grau 3 representa-se pela presença de dor com eritema ou edema e, também, com o cordão venoso palpável; por fim, no grau 4 estão presentes os mesmos sinais e sintomas do grau 3 com a agravante de haver drenagem de conteúdo purulento, sendo que independentemente do grau de gravidade de flebite o cateter deve ser removido (Braga et al., 2016). Durante o período de estágio, o hospital de dia não utilizava qualquer escala para a avaliação da presença de flebite. No sentido de desenvolver competências no papel de EE, elemento percursor da melhoria dos cuidados, com um pensamento crítico reflexivo amadurecido e um papel proativo na equipa, refletiu-se em vários momentos de partilha que seria uma mais valia a adoção de uma escala para a padronização dos parâmetros de avaliação da flebite, assim como a integração da mesma no plano de cuidados de enfermagem, permitindo a uniformização da avaliação dos sinais de flebite de acordo com a evidência, sendo indiscutível que poderia levar a uma melhoria progressiva dos cuidados, representando uma melhoria para a avaliação dos sinais de flebite, com impacto positivo na qualidade dos cuidados prestados.

Assim sendo, aliou-se o papel do EE à necessidade identificada no contexto de estágio e desenvolveu-se a grelha de avaliação do PICC, no sentido de otimizar a qualidade dos cuidados, pelo meio da sistematização, estruturação e melhoria dos conhecimentos da prática caminhando para a melhoria dos cuidados e, conseqüentemente aumento da segurança do doente. O PNSD (2021-2026) enaltece a importância da promoção de uma cultura de segurança nos serviços de saúde aliada a um processo de melhoria contínua, que

integre de forma imperativa comunicação, formação e sensibilização para todos os profissionais. A cultura de segurança do doente tem um papel importante na promoção da qualidade dos cuidados de saúde (Almutairi et al., 2022). Os enfermeiros assumem um papel fundamental na segurança dos doentes (Almutairi et al., 2022; Labrague, 2023), uma vez há continuidade na sua prestação de cuidados e estão em constante comunicação com outros profissionais de saúde (Almutairi et al., 2022). De acordo com a literatura, a adesão a protocolos de segurança, nomeadamente a instruções de trabalho/diretrizes, tem impacto positivo na segurança dos doentes com melhoria da qualidade dos cuidados, uma vez que há uma valorização da segurança do doente e, consequentemente um trabalho contínuo para reduzir os efeitos adversos (Labrague, 2023). Desta forma, emerge a importância do EE na equipa, como vetor da melhoria da qualidade dos cuidados e como elemento crucial no processo de apoio à tomada de decisão, que mobiliza conhecimentos no sentido de integrar as melhores práticas clínicas.

Um dos principais motivos de remoção precoce dos acessos venosos centrais está associada a complicações (Akhtar & Lee, 2021; Curtis et al., 2024). Desta forma, o desenvolvimento da grelha tinha como objetivo a identificação precoce de sinais de complicações, evitando eventos adversos *major*, sustentando-se na evidência sobre os cuidados ao PICC para identificar precocemente alterações. A grelha serve de apoio à observação do dispositivo e considerou-se de fácil aplicação. Uma vez que o programa dedicado aos registos de enfermagem não transpõe a informação contemplada na grelha, o registo não está desta forma estruturado, considerando-se que pode ser uma barreira à contínua documentação da mesma, pelo que como sugestão seria a introdução destes pontos no programa dedicado aos registos de enfermagem associados à vigilância do PICC.

Posto isto, O EE também tem um papel importante no incentivo à notificação de eventos adversos (Regulamento nº429, 2018). De acordo com o PNSD (2021-2016) a notificação dos eventos adversos é um aspeto fundamental dos cuidados de saúde, que adotou uma política não punitiva, confidencial e, que incentiva a não culpabilização, direcionada para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde através de uma aprendizagem com o erro e com o objetivo da sua evicção (Lebre et al., 2022). O hospital onde decorreu o estágio, tem uma plataforma de notificação de eventos adversos, na qual os profissionais devem proceder à notificação sempre que verifiquem alguma ocorrência, uma não conformidade ou um evento adverso com o doente. No entanto, ao longo do período de estágio não foi utilizada uma vez que não se verificaram eventos adversos que o exigissem.

Em contexto de ambulatório a capacitação da pessoa, família/ cuidador assume uma dimensão essencial para um cuidado colaborativo, centrado na pessoa, onde sejam

prevenidos efeitos adversos. No hospital de dia, para além dos cuidados ao PICC desenvolvidos pelos enfermeiros, a capacitação da pessoa, família/cuidador sobre os cuidados a ter com o dispositivo, os sinais e sintomas associados a complicações é primordial, com o objetivo de identificar precocemente alterações que devem ser comunicadas aos profissionais de saúde para uma resolução atempada.

A literatura corrobora com a prática clínica adotada, visto que, a par da avaliação do profissional de saúde é imperativo instruir a pessoa, família/cuidador a comunicar qualquer alteração que percecionem com o dispositivo (Ggorosrksik, 2021). Sharp e colaboradores, referem que as pessoas que têm PICC no domicílio relatam uma ampla necessidade de apoio nos cuidados, sendo que os enfermeiros têm um papel privilegiado no que diz respeito à capacitação das pessoas para viver com um PICC, contribuindo para cuidados seguros e de qualidade (Sharp et al., 2024). Apesar de ainda não ter sido desenvolvido nenhum instrumento de avaliação das necessidades de cuidados destinado a pessoas com PICC no domicílio este estudo concluiu que seria uma ferramenta de apoio crucial para as pessoas identificarem as suas próprias necessidades e posteriormente comunicá-las aos profissionais de saúde (Sharp et al., 2024). A capacitação da pessoa, familiar/cuidador é deveras fundamental em contexto de hospital de dia, realizada previamente ao tratamento, na consulta de enfermagem à pessoa com doença oncológica prévia ao tratamento ou durante as sessões de tratamento, sendo crucial avaliar e reforçar conhecimentos e habilidades longo das sessões.

Em suma, ao longo do período de estágio elaborou-se uma pesquisa aprofundada em bases de dados, da mais recente evidência científica, que aliada ao treino de habilidades no contexto da prestação de cuidados permitiu a aquisição de competências inerentes à manipulação dos PICC's. De acordo com a teoria de Benner (2001), é este cruzamento de competências técnico e científicas aliado à experiência profissional, que permite alcançar a perícia na prestação de cuidados.

4. Considerações finais

A primeira parte deste relatório explanou a reflexão crítica das competências desenvolvidas, enquanto EE, quer comuns, quer específicas, ao longo do período de estágio em contexto de hospital de dia. Foi uma experiência enriquecedora, uma vez que possibilitou a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas, ancoradas numa enfermagem avançada, com o objetivo de obter o grau de mestre em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação crónica.

As doenças crónicas são transversais a uma grande maioria das pessoas que necessitam de cuidados de saúde, havendo necessidade de desenvolver competências profissionais que aumentam a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, da mesma forma que se acompanha o atual desenvolvimento da ciência. Percebeu-se, desta forma, que os cuidados de enfermagem são fundamentais para a manutenção da qualidade de vida da pessoa com doença crónica, ainda mais quando centrados na pessoa e baseados na mais recente evidência científica. Incitando, assim a necessidade de uma constante renovação de habilidades e saberes com o propósito de os transferir para o contexto da prática clínica e difundindo-os pelos pares.

Ao longo do período de estágio foi premente o crescimento pessoal e profissional, com o desenvolvimento de novas competências e o aprofundamento de outras previamente presentes, que contribuíram para uma tomada de decisão autónoma e devidamente fundamentada. Este percurso primou pela análise crítico-reflexiva sobre o papel do EEEMCPSC e como este profissional pode ser uma mais-valia nos contextos, gerando mudança e contribuindo para a melhoria dos cuidados.

As vicissitudes relacionadas com a asoerbadada carga horária obrigaram a uma metodologia exímia de organização no sentido de dar resposta aos objetivos propostos. A especificidade das patologias e dos tratamentos alocados ao contexto de estágio representou, inicialmente, uma dificuldade, que foi perfeitamente ultrapassada com o empenho e dedicação em busca de mais e de melhor conhecimento, culminando na integração de ferramentas associadas ao papel do EE. Findo o estágio, considero que os objetivos inicialmente propostos, bem como as atividades previstas para a sua concretização, foram desenvolvidos com sucesso.

Posto isto, este percurso tem um papel crucial do ponto de visto do desenvolvimento profissional, dando resposta às atuais e emergentes necessidades de cuidados de saúde, fortalecendo competências que permitem melhorar práticas e, consequentemente prestar

Intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em
ambulatório

cuidados de alta qualidade e segurança, obtendo ganhos significativos em saúde, para a
pessoa em situação crónica.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

3. Resumo

Enquadramento: As doenças oncológicas representam uma das principais doenças crónicas mundialmente. Em Portugal, os tumores malignos representaram umas das principais causas de morte em 2021. O tratamento é um processo complexo e, apesar deste se poder diversificar, a imunoterapia emerge como uma estratégia promissora e inovadora. Um conhecimento profundo sobre o tratamento é fundamental para a intervenção de enfermagem ao nível da sua administração, da gestão dos efeitos adversos ou da capacitação da pessoa, família/cuidador sobre o tratamento. Por conseguinte, os enfermeiros são imprescindíveis para a prestação de cuidados complexos nesta área e de alta qualidade.

Objetivo: Mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em ambulatório.

Metodologia: O presente estudo é uma *scoping review*, elaborada de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. A questão de investigação foi formulada a partir da mnemónica PCC. A população inclui estudos com pessoas com doença oncológica submetidas a tratamento com imunoterapia; o conceito incluiu todos os estudos relativos às intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia; o contexto incluiu estudos em contexto de ambulatório. Por conseguinte, a questão de investigação foi a seguinte: Quais as intervenções de enfermagem direccionadas à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia, em contexto de ambulatório?

Resultados: A pesquisa devolveu 177 artigos, dos quais 8 cumpriam os critérios de elegibilidade e foram incluídos nesta revisão. Os estudos permitiram identificar as seguintes intervenções de enfermagem: educação à pessoa, família/cuidador; avaliação das condições para a realização do tratamento; monitorização de sinais e sintomas; administração de terapêutica e coordenação dos cuidados.

Conclusão: Os cuidados de enfermagem direccionados à pessoa com doença oncológica em tratamento em ambulatório são imprescindíveis, revelam-se cuidados diferenciados, adaptados às reais necessidades das pessoas e, por conseguinte, têm impacto positivo nos resultados obtidos no tratamento.

Palavras-chave: Imunoterapia; Cuidados de enfermagem; Ambulatório hospitalar

4. Abstract

Background: Oncological diseases represent one of the leading chronic illnesses worldwide. In Portugal, malignant tumors were one of the main causes of death in 2021. Treatment is a complex process and, despite its potential variety, immunotherapy emerges as a promising and innovative strategy. A deep understanding of the treatment is essential for nursing interventions, whether in administering it, managing adverse effects, or educating the patient, family, or caregiver about the treatment. Therefore, nurses are essential in providing complex and high-quality care in this field.

Objective: To map the scientific evidence on nursing interventions for patients with oncological diseases undergoing outpatient immunotherapy treatment.

Methodology: This study is a scoping review, conducted according to the Joanna Briggs Institute methodology. The research question was formulated using the PCC mnemonic. The population includes studies with people diagnosed with oncological diseases undergoing immunotherapy treatment; the concept included all studies related to nursing interventions for people with oncological diseases receiving immunotherapy; the context included studies in an outpatient setting. Therefore, the research question was: What are the nursing interventions directed toward people with oncological diseases undergoing outpatient immunotherapy treatment?

Results: The search returned 177 articles, of which 8 met the eligibility criteria and were included in this review. The studies identified the following nursing interventions: education for the patient, family/caregiver; assessment of conditions for administering the treatment; monitoring of signs and symptoms; administration of therapy, and care coordination.

Conclusion: Nursing care directed toward people undergoing outpatient treatment for oncological diseases is essential. It provides specialized care, adapted to the real needs of patients, and consequently has a positive impact on treatment outcomes.

Keywords: Immunotherapy; Nursing Care; Ambulatory Care

5. Fundamentação/enquadramento teórico

De acordo com OMS (2023), as DC não transmissíveis definem-se por condições de longa duração, com impacto considerável na qualidade de vida de cada pessoa, sendo responsáveis por aproximadamente 74% das causas de morte no mundo. As doenças oncológicas estão entre as principais DC mundialmente (World Health Organization, 2023) e são uma das principais causas de morte a nível mundial, associadas a cerca de 10 milhões de mortes em 2020, aproximadamente uma em cada seis (World Health Organization, 2022).

Em Portugal, os tumores malignos representaram a segunda causa de morte em 2021, havendo uma tendência decrescente comparativamente com o ano anterior (Instituto Nacional de Estatística, 2024). A região norte do país comparativamente com a região centro e a região da grande Lisboa apresentou uma maior taxa de mortalidade associada a tumores malignos, com cerca de 31,7% (Instituto Nacional de Estatística, 2024). Desta forma, o investimento na prevenção, na deteção precoce e no tratamento são considerados essenciais para a diminuição da mortalidade associada a estas doenças (Murthy et al., 2024).

O tratamento oncológico é um processo complexo que depende de vários fatores, entre os quais se destaca a especificidade do tumor, porque cada tipo de cancro requer um tratamento específico (Farkona et al., 2016; World Health Organization, 2022). Existem múltiplos tratamentos desde cirurgia, radioterapia e/ou tratamentos sistémicos como a quimioterapia, hormonoterapia, terapias biológicas direcionadas, imunoterapia (World Health Organization, 2022).

A imunoterapia emerge como uma estratégia inovadora, promissora e um importante complemento aos tratamentos tradicionais, atuando ao nível do sistema imunitário de cada pessoa (Farkona et al., 2016). Os tratamentos com imunoterapia estão em evolução e a disseminar-se entre os tratamentos para o cancro (Bayer et al., 2017; Galioto et al., 2019; Wiley et al., 2017). O tratamento com anticorpos monoclonais, com os inibidores de *checkpoint*, com células T do recetor antigénio quimérico e com vírus oncolítico são considerados os principais tratamentos com imunoterapia (Bayer et al., 2017).

Um conhecimento profundo sobre o tratamento com imunoterapia é imprescindível para a prestação dos cuidados de enfermagem (Bayer et al., 2017; Wiley et al., 2017). Os enfermeiros são responsáveis pelo manuseamento, administração e pela gestão dos efeitos adversos subjacentes à imunoterapia (Fontoura et al., 2021). Desta forma, devem estar

capacitados para o acompanhamento, para a vigilância e para a avaliação dos sinais e sintomas relacionados com esta terapêutica (Fialho et al., 2021; Fontoura et al., 2021; Galioto et al., 2019).

A imunoterapia poderá despoletar efeitos colaterais, designados efeitos adversos imunorrelacionados, que são induzidos pelo aumento da resposta imunológica (Almodovar, 2021). Estes efeitos estão relacionados com a exacerbação da resposta inflamatória e podem manifestar-se pela presença de fadiga, colite, pneumonite, dermatite e/ou hepatite (Almodovar, 2021; Bayer et al., 2017), comumente tratados com corticoterapia. No entanto, alguns casos poderão exigir internamento (Bayer et al., 2017).

Os efeitos adversos relacionados com a imunoterapia, distinguem-se dos efeitos intrínsecos à quimioterapia convencional, pelo que conhecer as diversas formas de tratamento com imunoterapia e os possíveis efeitos imunorrelacionados é imprescindível para a prestação de cuidados de enfermagem seguros, baseados na melhor evidência científica e em colaboração com a pessoa (Bayer et al., 2017; Galioto et al., 2019). A capacitação da pessoa, família/cuidador está intrínseca aos cuidados de enfermagem relacionados com o tratamento com imunoterapia, sendo de carácter fundamental (Bayer et al., 2017; Fialho et al., 2021; Galioto et al., 2019).

Os cuidados de saúde prestados em contexto de ambulatório caracterizam-se pela sua intermitência, ocorrendo em diferentes intervalos de tempo e por períodos limitados, o que acarreta desafios específicos para os enfermeiros e para as pessoas alvo dos cuidados, sendo crucial a inclusão da pessoa no seu processo de tratamento com o objetivo de melhorar a segurança dos cuidados assim como os resultados obtidos (Agency for Healthcare Research and Quality, 2019).

O modelo conceptual da teoria das transições suporta os cuidados de enfermagem direcionados à pessoa que vivência uma transição. A transição representa um evento que pode desencadear mudanças significativas na vida de uma pessoa (Meleis, 2015). Esta teoria integra as transições intrínsecas aos cuidados de saúde, englobando os cuidados de enfermagem (Geary & Schumacher, 2012). Estas podem atingir vários agentes como a pessoa, a família, os cuidadores e o sistema de saúde gerando novos comportamentos e resultados (Geary & Schumacher, 2012). As intervenções de enfermagem funcionam como agentes facilitadores do processo de transição, sendo indubitável o seu contributo para que este decorra de forma saudável (Meleis, 2015). O modelo conceptual referido é transversal aos cuidados de enfermagem representando uma estrutura fundamental, associado à especificidade do contexto, da doença e da terapêutica instituída, que requerem mudanças

significativas. Com efeito, a teoria de médio alcance aqui referida, contribui para a promoção de transições facilitadoras que promovam o bem-estar e os cuidados centrados na pessoa. Acompanhar a evolução da imunoterapia é, atualmente, um desafio. Os enfermeiros com competências específicas na área da oncologia são essenciais para a prestação de cuidados de alta qualidade e seguros, tendo um papel preponderante no desenvolvimento de projetos de investigação nesta área e na sua disseminação (Galioto et al., 2019). As intervenções de enfermagem são essenciais nos cuidados à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia (Galioto et al., 2019). É perceptível a constante evolução das mesmas a par da evolução dos tratamentos, reforçando a importância de mapear a evidência científica sobre esta temática, com o objetivo de capacitar os enfermeiros neste âmbito promovendo a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

6. Finalidade e objetivos

A investigação científica, trata-se de um método ordenado, sistemático e rigoroso, através do qual se encontram respostas para questões específicas, permitindo a resolução de problemas no domínio do conhecimento (Fortin, 2009). O objeto de investigação das ciências de enfermagem está intrínseco à evolução dos cuidados de enfermagem, contribuindo para a prática baseada na evidência e imputando a responsabilidade aos enfermeiros de contribuírem para o desenvolvimento de conhecimentos para a disciplina de enfermagem com repercussão na prática clínica (Fortin, 2009).

Desta forma, espera-se que este estudo tenha repercussão na prática clínica de enfermagem através da mobilização de conhecimentos, capacidades e competências, que contribuam para a redefinição de orientações e protocolos que promovam a melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem direcionados à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório. Por conseguinte, o objetivo deste estudo de investigação visa o mapeamento da evidência científica sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica, em tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório.

7. Metodologia

Na fase metodológica devem definir-se os métodos através dos quais se dará resposta à questão de investigação. As decisões metodológicas são cruciais para garantir a fiabilidade e a qualidade dos resultados da investigação (Fortin, 2009). O presente capítulo apresenta a metodologia utilizada para a realização do estudo de investigação de forma permonorizada. O estudo exposto trata-se de uma *scoping review* e seguiu as recomendações metodológicas do *Joanna Briggs Institute* (JBI) que constam no *Manual for Evidence Synthesis* (Aromataris et al., 2024). A metodologia adotada é útil para mapear a evidência sobre uma determinada área em estudo sustentada num processo rigoroso, transparente e confiável (Peters et al., 2020).

Assim sendo, o presente estudo pretende dar resposta à seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em ambulatório?

Posteriormente serão explanadas as estratégias de pesquisa utilizadas, os critérios de inclusão e exclusão e as questões éticas subjacentes.

O desenho de estudo foi previamente registado no *Open Science Framework* (OSF), para evitar a duplicação de revisões, intitulado: *Intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em ambulatório: Scoping Review* (M. Lopes & Maciel, 2024).

7.1. Desenho Do Estudo

O estudo realizou-se segundo os critérios do JBI, pelo que a formulação da questão de investigação baseou-se na mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) (Aromataris et al., 2024). Através desta mnemónica, definiram-se critérios de elegibilidade, sendo que, no que se refere à população foram incluídos estudos sobre pessoas adultas com doença oncológica submetidas a tratamento com imunoterapia; o conceito incluiu todos os estudos relativos às intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia e o contexto contemplou estudos em ambulatório. Por conseguinte, a questão de investigação que suporta esta revisão é: Quais as intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia, em ambulatório?

A seleção dos estudos teve por base os critérios de inclusão, o tipo de fontes e os critérios de exclusão.

Como critérios de inclusão e atendendo aos critérios de elegibilidade de acordo com a metodologia da JBI foram incluídos estudos que abordem as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório, em qualquer idioma e sem limite temporal.

Para esta *scoping review* consideram-se como tipos de fontes: estudos qualitativos e quantitativos, revisões sistemáticas, ensaios clínicos randomizados, estudos de coorte, estudos de caso-controlo, relatos de casos, bem como literatura cinzenta relevante para a questão de investigação.

Os critérios de exclusão definidos foram os seguintes: estudos cuja população tenha uma idade inferior a 18 anos e estudos que não estejam relacionados com o tema em análise. Foram também excluídos artigos duplicados, protocolos de revisão, resumos de conferências, posters, comunicações orais, cartas a editores (por serem artigos com baixo nível de evidência).

Estratégia De Pesquisa

De acordo com o modelo do JBI a estratégia de pesquisa subdivide-se em três fases. A primeira fase, realizou-se a cinco de novembro de 2023. Elaborou-se uma pesquisa inicial e limitada às seguintes bases MEDLINE complete e CINAHL complete (via EBSCO), para identificar estudos sobre o tema em análise, com o objetivo de catalogar as palavras-chave e os termos de indexação utilizados frequentemente no título e resumo de estudos obtidos. Na tabela 1, estão representadas os termos MeSH (*Medical Subject Headings*) e os CINAHL *Subject Headings* que foram usados para a elaboração da pesquisa. Na segunda fase, utilizaram-se os *MESH terms* e os *CINAHL subject headings* combinados com os operadores booleanos “AND” e “OR”, para a construção da frase booleana, que se indexou à formulação da pesquisa de acordo com cada base de dados (ANEXO VII).

A pesquisa final deste estudo realizou-se a cinco de março de 2024 nas seguintes bases de dados: CINAHL *Complete* (via EBSCOhost), MEDLINE *Complete* (via EBSCOhost), Nursing & Allied Health Collection: comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, MedicLatina, Scielo, Pubmed e Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal.

Por último, na terceira fase, realizou-se a análise da lista de referências bibliográficas de cada estudo, para a inclusão de novos estudos na revisão.

		MESH TERMS	CINAHL Subject Headings
População	Pessoas com doença oncológica submetidas a tratamento com imunoterapia	<i>Immunotherapy</i>	<i>Immunotherapy</i>
Conceito	Intervenções de enfermagem	<i>Nursing Care</i>	<i>Nursing Care</i>
		<i>Oncology Nursing</i>	<i>Oncology Nursing</i>
		<i>Nursing</i>	<i>Nursing</i>
		<i>Nurse Practitioners</i>	<i>Oncology Nurses</i>
Contexto	Ambulatório	<i>Outpatient Clinics, Hospital</i>	<i>Outpatient Clinics, Hospital</i>
		<i>Ambulatory Care</i>	<i>Ambulatory Care</i>

Tabela 1: Descritores MeSH e CINAHL Subject Headings

Seleção Dos Estudos

Os estudos obtidos pela pesquisa foram exportados para a plataforma *Rayyan*®, a qual eliminou os estudos duplicados. Posteriormente, a análise dos estudos realizou-se por dois revisores independentes, de forma cega, com o objetivo de reunir consenso relativamente à inclusão dos artigos para a revisão. Deste processo não resultou nenhuma divergência, pelo que não houve necessidade de recorrer a um terceiro revisor para a seleção de artigos.

Numa primeira fase, os estudos foram analisados por título e resumo e incluíram-se os que atenderam aos critérios de inclusão. Posteriormente, os estudos incluídos nesta primeira análise foram lidos integralmente, procedendo-se ao processo de inclusão e exclusão de acordo com os critérios definidos. Os restantes estudos foram eliminados, e as razões para a sua exclusão são descritas adiante.

Os resultados deste processo serão apresentados de acordo com o fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: PRISMA* (Tricco et al., 2018), que permite descrever o processo de identificação, triagem, elegibilidade e inclusão dos artigos.

Extração dos dados

O processo de extração de dados foi realizado por dois revisores independentes, de forma cega, com recurso a um tabela síntese dos dados previamente elaborado para o efeito (ANEXO VIII). Esta tabela foi, adaptada do JBI e incluiu o título, autor, ano, tipo de estudo, objetivo do estudo, intervenções de enfermagem e as conclusões do estudo, prevendo-se que dê resposta ao objetivo e questão de investigação. Durante esta fase, não houve necessidade de alterar a tabela previamente desenhada.

Análise e apresentação dos resultados

Os resultados obtidos sustentarão a elaboração de um estudo de investigação de acordo com metodologia da JBI para a *scoping review* referente às intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia. À semelhança do que aconteceu nas outras fases deste processo metodológico, a síntese e apresentação dos resultados, foi realizada por dois revisores independentes e como não se verificaram divergências, não houve necessidade de consultar um terceiro revisor.

7.2. Considerações éticas

O estudo de investigação incorporará o projeto ePowerCare4All integrado na Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

A metodologia do estudo, baseou-se na análise de artigos previamente publicados na literatura, prevendo-se desta forma a garantia do anonimato, privacidade e confidencialidade, bem como a ausência de necessidade de obtenção do consentimento informado para a realização do estudo.

O projeto de estudo apresentado é da inteira responsabilidade da investigadora, sendo validado pela sua orientadora. A investigadora declara a inexistência de qualquer conflito de interesses aquando da realização deste projeto de investigação.

Prevê-se a publicação deste trabalho de investigação sob forma de artigo a fim de divulgar os resultados obtidos, assim como a sua divulgação em eventos científicos sob a forma de póster.

8. Resultados

A pesquisa elaborou-se de acordo com as instruções do manual do JBI e devolveu um total de 177 artigos. Destes, com recurso à plataforma *Rayyan*[®], 16 foram excluídos por estarem em duplicado. Analisaram-se 161 estudos quanto ao título e resumo, sendo excluídos 136 por não se integrarem nos critérios de inclusão previamente descritos, visto que não respondiam à questão de investigação. Posteriormente, analisaram-se integralmente 25 estudos, dos quais 17 não cumpriam os critérios de elegibilidade para integrarem este estudo de acordo com o PCC, 3 foram eliminados pela população, 6 pela intervenção e 8 pela tipologia do estudo. De modo a incluir outros estudos relevantes para esta revisão, foram consultadas as referências bibliográficas dos estudos selecionados, mas pela análise do título e resumo nenhum cumpria critérios de inclusão definidos. Desta forma, para esta revisão foram selecionados 8 estudos. O processo de seleção dos estudos encontra-se ilustrada na Figura 1, através do fluxograma PRISMA (Tricco et al., 2018).

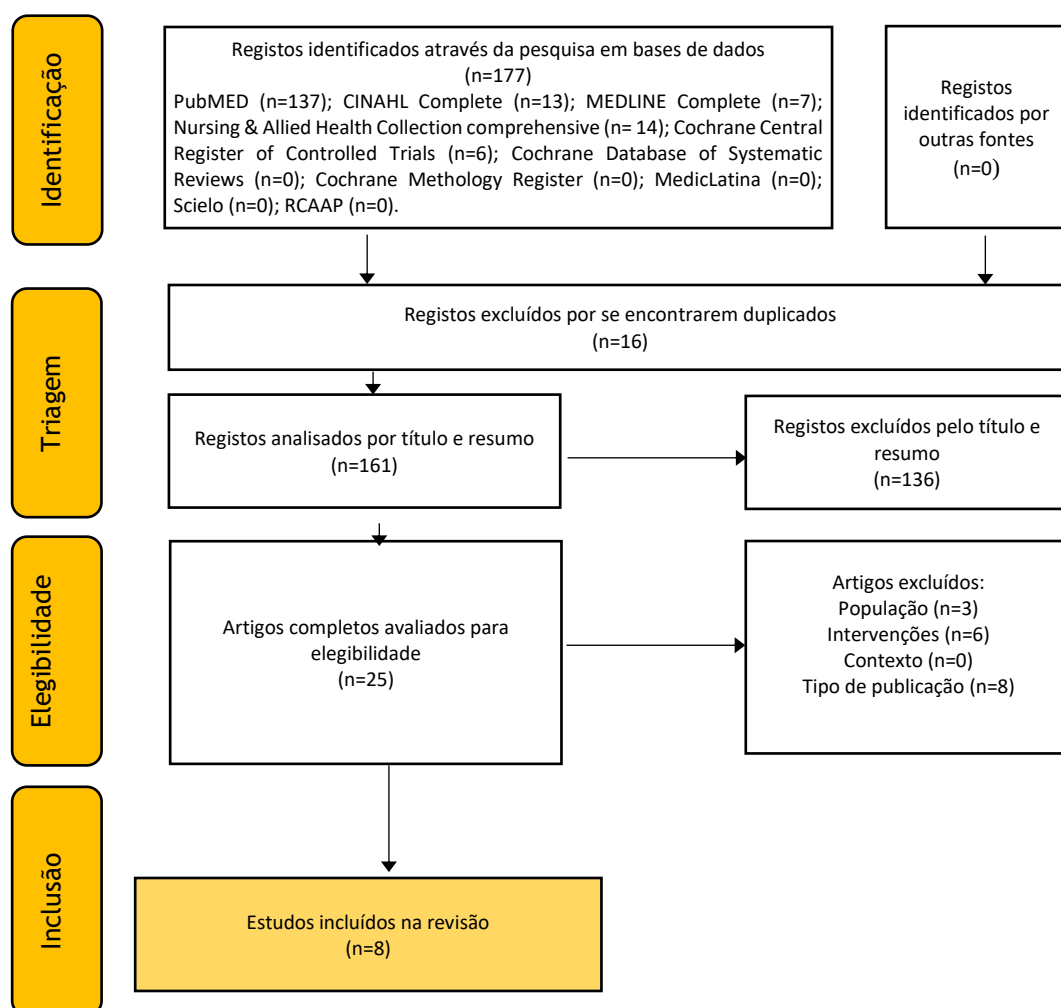


Figura 1. Fluxograma PRISMA

Como referido anteriormente, foram selecionados para esta *scoping review* 8 estudos, publicados no espaço temporal entre 2002 e 2024, com maior concentração dos estudos após 2019, os quais são apresentados na Tabela 2, por ordem cronológica, ascendente. No que se refere à sua origem, os estudos são provenientes de diferentes regiões geográficas, sendo que, 6 estudos são dos Estados Unidos da América (Beaupierre et al., 2019; Cunningham et al., 2021; Hoffner et al., 2016; Hom et al., 2019; Seeley & DeMeyer, 2002; Taylor et al., 2019), 1 estudo da Europa (Ellard et al., 2022) e 1 estudo da Ásia (Dailah et al., 2024).

De acordo com a literatura, os estudos incluídos classificam-se quanto à sua metodologia em revisões narrativas da literatura, em revisões integrativas da literatura, em estudos descritivos qualitativos e em guidelines para a prática clínica (Aromataris et al., 2024; Lacerda & Costenaro, 2016; Néné & Sequeira, 2022).

Os estudos incluídos mencionam diferentes categorias de imunoterapia: terapia com células T do recetor antigénio quimérico (*CAR-T cells*) (Beaupierre et al., 2019; Cunningham et al., 2021; Ellard et al., 2022; Taylor et al., 2019), terapia com vírus oncolíticos (Hoffner et al., 2016; Hom et al., 2019) e terapia com anticorpos monoclonais (Seeley & DeMeyer, 2002). Apesar da variabilidade dos tratamentos, todos os artigos selecionados, inúmeraram intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença oncológica sob tratamento com imunoterapia; que para efeitos de tratamento de dados deste estudo, foram divididas em cinco categorias: educação à pessoa, família/cuidador; avaliação das condições para a realização do tratamento; monitorização de sinais e sintomas; administração de terapêutica e coordenação dos cuidados.

A intervenção de enfermagem presente em todos os estudos refere-se à educação da pessoa, família/cuidador sobre o tratamento e efeitos adversos (Beaupierre et al., 2019; Cunningham et al., 2021; Dailah et al., 2024; Ellard et al., 2022; Hoffner et al., 2016; Hom et al., 2019; Seeley & DeMeyer, 2002; Taylor et al., 2019). Paralelamente, a monitorização de sinais e sintomas relacionados com a administração de imunoterapia foi referida na maioria dos artigos (Beaupierre et al., 2019; Cunningham et al., 2021; Dailah et al., 2024; Ellard et al., 2022; Taylor et al., 2019). À semelhança, a administração da terapêutica, relacionada com imunoterapia, foi referida em quatro estudos (Ellard et al., 2022; Hoffner et al., 2016; Seeley & DeMeyer, 2002; Taylor et al., 2019). Por sua vez, a coordenação dos cuidados de saúde também foi uma das intervenções de enfermagem referida por quatro estudos (Beaupierre et al., 2019; Dailah et al., 2024; Seeley & DeMeyer, 2002; Taylor et al., 2019).

A avaliação das condições para a realização do tratamento foi a categoria com intervenções mais diversificadas, incluída em quatro estudos (Cunningham et al., 2021; Dailah et al., 2024; Ellard et al., 2022; Seeley & DeMeyer, 2002). Esta categoria inclui intervenções de enfermagem no âmbito da avaliação: psicossocial, dos acessos venosos ou das condições de segurança para a realização do tratamento (Cunningham et al., 2021). Ainda intrínsecas a esta categoria, outros autores enumeram as seguintes intervenções de enfermagem: avaliação dos resultados (Dailah et al., 2024), avaliação da qualidade de vida (Ellard et al., 2022), avaliação das condições ao nível das infraestruturas do local de realização do tratamento ou da presença de fatores relacionados com risco de infeção (Seeley & DeMeyer, 2002).

Globalmente, os artigos concluem que os enfermeiros são imprescindíveis na realização do tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório (Beaupierre et al., 2019;

Cunningham et al., 2021; Dailah et al., 2024; Ellard et al., 2022; Hoffner et al., 2016; Taylor et al., 2019).

Intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em ambulatório

Autor	Ano	Título	Metodologia	Objetivo	Intervenções	Conclusões
Seeley et al.	2002	<i>Nursing care of patients receiving Campath</i>	Revisão integrativa da literatura	Descrever os cuidados de enfermagem direcionados às pessoas que recebem tratamento com um anticorpo monoclonal (<i>Campth</i>) em regime de ambulatório.	Educar a pessoa/ cuidador sobre os sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à terapêutica; o tratamento e o risco de infecção. Monitorizar sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à terapêutica. Administrar a terapêutica. Coordenar os cuidados: desenvolver orientações subjacentes ao tratamento Avaliar a condição da pessoa para a realização do tratamento: presença de fatores de risco de infecção; avaliar a qualidade das instalações (nível de conforto; rácio dos enfermeiros/pessoa; recursos humanos; recursos materiais)	Os enfermeiros têm oportunidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados através de uma avaliação pré-tratamento adequada, do processo de capacitação da pessoa e do desenvolvimento de orientações e ferramentas de registo.
Hoffner et al.	2016	<i>Administration and Handling of Talimogene Laherparepvec: An Intralesional Oncolytic Immunotherapy for Melanoma</i>	Revisão integrativa da literatura	Descrever os cuidados para administrar e manusear o vírus oncolítico-talimogene laherparepvec-Imunoterapia oncolítica de primeira classe.	Educar a pessoa sobre o risco de transmissão secundária do vírus e precauções a adotar; os procedimentos a adotar em caso de contacto com o local de administração do vírus. Administrar a terapêutica.	Os enfermeiros são fundamentais para a administração adequada da terapêutica com vírus oncolítico em ambulatório, garantem um ambiente apropriado para a realização do tratamento de forma eficaz.

Intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em ambulatório

Beaupierre et al.	2019	<i>Management Across Settings: An Ambulatory and Community Perspective for Patients Undergoing CAR T-Cell Therapy in Multiple Care Settings</i>	Revisão narrativa da literatura	Apresentar uma visão geral das principais considerações, para instituições e profissionais de saúde, sobre os cuidados antes, durante e após o tratamento com células T do recetor antigénio quimérico (CAR-T cell).	Educar a pessoa/ família sobre: sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à terapêutica; o período expectável para a produção das células CAR-T; a possibilidade de inviabilidade da produção das mesmas; o papel do profissional de referência durante e após o tratamento; e a importância da continuidade dos cuidados. Monitorizar sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à terapêutica. Coordenar os cuidados entre os centros de referência para o tratamento e prestação de cuidados.	Os enfermeiros são líderes na coordenação dos cuidados de saúde, assegurando a transição dentro e entre os contextos de prestação de cuidados.
Taylor et al.	2019	<i>Building a Program: Implications for infrastructure, nursing education, and training for CAR T-cell therapy</i>	Estudo descritivo qualitativo	Apresentar uma abordagem operacional para o desenvolvimento de programas para administração de terapia com células CAR-T	Educar as pessoas/ família sobre o tratamento. Monitorizar sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à terapêutica; reconhecer emergências oncológicas; Administrar a terapêutica. Coordenar os cuidados em ambiente hospitalar e ambulatorial.	A padronização de métodos de trabalho e de educação dos profissionais é essencial para melhorar os resultados associados aos cuidados prestados.
Hom et al.	2019	<i>Development of a Nursing Policy for the Administration of an Oncolytic Virus</i>	Revisão integrativa da literatura	Descrever o desenvolvimento de um guia de orientação para enfermeiros para administrar terapia	Educar a pessoa/ cuidador sobre os sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à terapêutica; o tratamento; os cuidados com o cateter para administração da terapêutica e os cuidados com o penso; o contacto de	A equipa responsável pela administração do vírus oncolítico deve ser informada sobre as técnicas e os riscos. As pessoas sob

Intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em ambulatório

		<i>in the Outpatient Setting</i>		com vírus oncolítico em ensaios clínicos e os desafios para o controlo de infeção e para a enfermagem.	emergência; as precauções de isolamento e os equipamentos de proteção individual a utilizar. Capacitar a equipa de enfermagem para administração do vírus oncolítico.	tratamento devem ser capacitadas de acordo com as orientações. Os enfermeiros são essenciais para garantir a segurança da equipa e dos doentes, integrando equipas multidisciplinares para o desenvolvimento de orientações que garantiram a segurança dos cuidados.
Cunningham et al.	2021	<i>Tisagenlecleucel Therapy: Nursing Considerations for the Outpatient Setting</i>	Estudo descritivo qualitativo	Apresentar orientações sobre o papel dos enfermeiros na administração do tratamento com células T do recetor antigénio quimérico (tisagenlecleucel) em ambulatório.	Educar a pessoa/ família sobre: sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à terapêutica e a sua comunicação precoce. Monitorizar sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à terapêutica. Avaliar possíveis problemas psicossociais que influenciam a capacidade da pessoa realizar o tratamento em segurança em ambulatório. Avaliar as condições de segurança para administração da terapêutica.	Os enfermeiros são fundamentais ao longo deste tratamento. Definir um enfermeiro coordenador pelo tratamento facilitou a colaboração da equipa multidisciplinar e foi essencial para o desenvolvimento de cuidados individualizados e altamente complexos.
Ellard et al.	2022	<i>The EBMT Immune Effector Cell Nursing Guidelines on CAR-T Therapy: A Framework for Patient Care and</i>	Guideline	Fornecer a enfermeiros orientações que permitam o reconhecimento, a monitorização e a classificação das	Educar a pessoa/cuidador sobre: sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à terapêutica e os cuidados após a alta Monitorizar sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à terapêutica.	As orientações apresentadas servem como um suporte aos cuidados prestados pelos enfermeiros. Os enfermeiros têm um papel essencial em cada fase do tratamento.

		<i>Managing Common Toxicities</i>		toxicidades inerente ao tratamento com células CAR-T para apoiar a prestação de cuidados altamente complexos com segurança.	Administrar a terapêutica Avaliar a qualidade de vida da pessoa em tratamento.	
Dailah et al.	2024	Potential role of immunotherapy and targeted therapy in the treatment of cancer: A contemporary nursing practice	Revisão narrativa da literatura	Fornecer uma visão geral sobre terapêuticas-alvo e imunoterapia utilizadas no tratamento do cancro, a gestão dos eventos adversos e estratégias de educação da pessoa lideradas por enfermeiros.	Educar a pessoa/ família sobre sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à terapêutica e a sua comunicação precoce; Monitorizar sinais e sintomas de efeitos adversos associados à terapêutica; Coordenar os cuidados; Avaliar os resultados; apoio emocional.	Os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa com doença oncológica apresentam um conhecimento profundo sobre os tratamentos, nomeadamente a sua eficácia, os seus mecanismos de ação, assim como estratégias para a capacitação da pessoa, fundamental para garantir resultados terapêuticos eficazes e a continuação do tratamento.

Tabela 2: Tabela de extração dos resultados

9. Discussão

As pessoas que recebem tratamentos como imunoterapia, quimioterapia ou outro tratamento direcionado a uma doença oncológica defendem modelos de cuidados centrados na pessoa, multidisciplinares e eficientes (Kaufmann et al., 2020).

As intervenções de enfermagem incluem qualquer cuidado prestado por um enfermeiro sustentado pelo seu julgamento clínico e pelo conhecimento do enfermeiro para manter ou melhorar a condição clínica da pessoa alvo dos cuidados (Montoro-Lorite et al., 2024).

O presente estudo permitiu identificar um conjunto de intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença oncológica sob tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório, categorizadas da seguinte forma: educação à pessoa, família/cuidador, monitorização de sinais e sintomas, administração de terapêutica, coordenação dos cuidados e avaliação das condições para a realização do tratamento.

A imunoterapia mudou o paradigma do tratamento para o cancro, associada a menos efeitos secundários e melhores resultados. Contudo, este tratamento poderá mesmo assim induzir efeitos adversos com impacto na morbilidade, interrupção dos tratamentos e efeitos imprevisíveis na evolução da doença (Dailah et al., 2024). Neste contexto é destacada a importância do papel do enfermeiro na identificação precoce dos efeitos imunorrelacionados, na colaboração com outros profissionais como médicos e na gestão destes eventos (Dailah et al., 2024).

Adicionalmente, com o desenvolvimento destes novos tratamentos, os enfermeiros também têm um papel crucial no processo de educação, individualizado, da pessoa/ família e dos seus cuidadores, havendo obrigatoriedade na colaboração contínua entre a equipa de enfermagem e a pessoa, família/cuidador para que o processo de ensino seja eficaz, contribuindo para a segurança dos cuidados (Lasa-Blandon et al., 2019). De acordo com Lasa-Blandon e colaboradores (2019), a educação à pessoa, família/cuidador, como foi possível constatar através dos estudos desta revisão, é a intervenção mais consensual, sublinhando a sua importância implícita aos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros têm um papel fundamental na educação das pessoas e dos cuidadores, nomeadamente na identificação precoce de efeitos adversos imunorrelacionados (Lasa-Blandon et al., 2019), o que vai ao encontro dos resultados dos estudos incluídos nesta revisão (Beaupierre et al., 2019; Cunningham et al., 2021; Dailah et al., 2024; Ellard et al., 2022; Hoffner et al., 2016; Hom et al., 2019; Seeley & DeMeyer, 2002). O aparecimento de

sintomas inesperados ou de novo são um dos principais motivos que levam as pessoas a recorrerem a um serviço de cuidados agudos pelo que se recomendam um conjunto de intervenções que previnam esta situação, nomeadamente a educação da pessoa para a identificação e gestão dos sinais e sintomas, o conhecimento de redes de apoio e a disponibilização de meios alternativos de contacto (Kaufmann et al., 2020). Por outro lado, no estudo de Dailah e colaboradores (2024), aferiu-se que o medo da suspensão do tratamento leva as pessoas a omitirem o aparecimento de sinais e sintomas relacionados com os efeitos adversos, pelo que a educação da pessoa, da família e dos seus cuidadores tem um papel preponderante. No campo particular da gestão dos possíveis eventos adversos, a sua identificação precoce e comunicação aos profissionais de saúde, permitirá uma abordagem atempada e crucial para a continuação do tratamento; para além disto, se não houver esta comunicação surge a possibilidade de agravamento desses sintomas, imputando a responsabilidade de autogestão dos sinais e sintomas à pessoa no contexto de ambulatório (Dailah et al., 2024). Outro estudo, realça a importância da capacitação da pessoa e dos cuidadores pelo impacto positivo subjacente ao nível de funcionalidade, autonomia e conforto da pessoa em tratamento (Montoro-Lorite et al., 2024)

Apesar dos estudos que constituem o *corpus* de análise não corresponderem ao contexto português, a Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa (AEOP) também evidenciou a importância da educação das pessoas, nos seus guias de orientação para a prática clínica dos enfermeiros, relacionada com a presença de efeitos adversos imunorrelacionados (Domingues et al., 2020).

A monitorização de sinais e sintomas dos efeitos adversos associados à imunoterapia, é outra das categorias de intervenções de enfermagem referida nos estudos em análise (Beaupierre et al., 2019; Cunningham et al., 2021; Dailah et al., 2024; Ellard et al., 2022; Taylor et al., 2019). Os enfermeiros devem ter um conhecimento profundo dos efeitos adversos imunorrelacionados com o objetivo de os identificar precocemente (Dailah et al., 2024; Ellard et al., 2022; Taylor et al., 2019). O conhecimento acerca dos efeitos adversos do tratamento com imunoterapia permitirá a comunicação atempada aos profissionais de saúde e, consequentemente uma tomada de decisão oportuna e eficaz relativamente à condição de saúde de cada pessoa (Ellard et al., 2022). Acresce ainda que a identificação precoce dos sinais e sintomas, permite uma gestão adequada dos mesmos, contribuindo para a manutenção do tratamento levando a melhores resultados clínicos (Dailah et al., 2024). No entanto, em contexto de ambulatório a avaliação da gravidade dos efeitos adversos representa um desafio para os profissionais de saúde, exigindo uma coordenação de cuidados excecional entre a equipa multidisciplinar, a pessoa alvo do tratamento e a sua

família (Cunningham et al., 2021). Taylor e os seus colaboradores (2019), reforçam ainda a importância de equipas interprofissionais para a prestação de cuidados eficazes e seguros em contexto de ambulatório.

Esta pesquisa, defende que a administração de terapêutica relacionada com imunoterapia por enfermeiros exige um conhecimento aprofundado (Beaupierre et al., 2019; Cunningham et al., 2021; Seeley & DeMeyer, 2002; Taylor et al., 2019). Os enfermeiros têm um papel preponderante na educação da pessoa e da família, assim como na administração segura do tratamento com imunoterapia (Bayer et al., 2017). Os enfermeiros devem receber formação contínua, atualizada e baseada na mais recente evidência, integrando avaliações periódicas das suas competências, a fim de manter a qualidade dos cuidados prestados (Taylor et al., 2019). No mesmo seguimento, os achados de outro estudo incluído nesta revisão defendem o investimento no desenvolvimento de protocolos/guias de orientação subjacentes ao tratamento com imunoterapia, no sentido de uniformizar procedimentos, contribuindo para a minimização do erro e facilitando os cuidados de enfermagem (Seeley & DeMeyer, 2002). A padronização de procedimentos, aliada à consistente adesão das equipas e a atualização regular desses procedimentos contribui para uma melhoria contínua dos cuidados (Oliveira et al., 2019).

Na presente revisão, a coordenação dos cuidados de enfermagem é uma das intervenções mencionada em vários estudos (Beaupierre et al., 2019; Dailah et al., 2024; Seeley & DeMeyer, 2002; Taylor et al., 2019). A coordenação de cuidados por um lado pode entender-se como o desenvolvimento de orientações para a prestação de cuidados de enfermagem (Seeley & DeMeyer, 2002; Taylor et al., 2019) ou, por outro lado, à agilização do processo de transição de cuidados entre diferentes serviços ou instituições (Beaupierre et al., 2019; Taylor et al., 2019).

Da mesma maneira, a avaliação das condições para a realização do tratamento é exposta em diferentes artigos deste estudo (Beaupierre et al., 2019; Dailah et al., 2024; Ellard et al., 2022; Seeley & DeMeyer, 2002) representando a versatilidade dos cuidados de enfermagem. Há estudos que enumeram a avaliação da condição da pessoa para a realização do tratamento, nomeadamente a avaliação psicossocial que influencia a capacidade da pessoa receber tratamento em ambulatório, a avaliação da condição dos acessos venosos para a administração da terapêutica (Cunningham et al., 2021), a avaliação dos resultados do tratamento (Dailah et al., 2024) ou a avaliação da presença de fatores relacionados com o risco de infeção (Seeley & DeMeyer, 2002). Por outro lado, existe um conjunto de estudos que se refere à avaliação da condição das infraestruturas, especificamente à avaliação das condições de segurança para a realização do tratamento, a fim de dar resposta aos efeitos

adversos relacionadas com a imunoterapia (Cunningham et al., 2021) ou avaliação das condições ao nível das infraestruturas do local de realização do tratamento (Seeley & DeMeyer, 2002).

Nesta pesquisa é perceptível que os cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica sob tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório são imprescindíveis para a realização do tratamento, incidem nas particularidades intrínsecas a cada tratamento e a cada pessoa, contribuindo para garantir a qualidade dos cuidados prestados. Corroborando com outros estudos realizados previamente, que destacam a necessidade de enfermeiros especialistas no cuidado à pessoa com doença crónica no tratamento com imunoterapia, para que em contexto de ambulatório, detenham os conhecimentos adequados, atendendo às necessidades específicas das pessoas e promovam a autogestão da sua condição de saúde (Kisielewski & Naegele, 2024). Desta forma, é esperado que o enfermeiro especialista preste cuidados de enfermagem de alta qualidade e centrados na pessoa (Kisielewski & Naegele, 2024).

10. Conclusão

A realização desta *scoping review* permitiu reunir um conjunto de intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em ambulatório, categorizadas da seguinte forma: educação à pessoa, família/cuidador; avaliação das condições para a realização do tratamento; monitorização de sinais e sintomas; administração de terapêutica e coordenação dos cuidados, exigindo que o enfermeiro tenha um papel ativo neste campo de atuação.

Por conseguinte, percebeu-se que os cuidados de enfermagem assumem-se adaptáveis, ancorados numa abordagem holística e especializada, orientada para as reais necessidades da pessoa, família/cuidador e de cada tratamento, resultando na melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

O presente estudo tem como principal limitação o contexto de ambulatório definido nos critérios de elegibilidade, podendo ter contribuído para o número reduzido de estudos incluídos nesta revisão, pelo que se sugere a elaboração de novos estudos neste domínio, que possam dar continuidade à presente revisão. Para além disto, este estudo foi precursor a nível nacional, podendo representar o ponto de partida para o desenvolvimento de novos estudos cujo core se centre no papel do enfermeiro especialista no acompanhamento à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia.

Pretende-se que as intervenções de enfermagem identificadas contribuam para a sistematização dos cuidados de enfermagem no contexto da prática clínica. Que permita a disseminação do conhecimento e por conseguinte a prestação de cuidados baseados na evidência, contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados, centrados na pessoa e nas suas reais necessidades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso desenvolvido no âmbito do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação crónica foi explanado neste relatório de forma detalhada, representando a mobilização, sedimentação e a consolidação de um conjunto de competências trabalhadas ao longo de todo o ciclo de estudos.

O enriquecimento profissional que advém deste processo é inegável, embora seja desafiante em muitas das etapas que lhe estão subjacentes, particularmente pela sobrecarga de horário que é necessária. Todavia, o ímpeto de conhecimento foi transversal e contribuiu para beneficiar desta oportunidade de aprendizagem, que se acredita ser uma mais-valia no percurso profissional daqui em diante.

Os cuidados especializados, centrados na pessoa, assentes na mais recente evidência científica contribuem para a melhoria da qualidade e segurança dos mesmos. A sua difusão às equipas e instituições de saúde é fundamental, considerando que neste momento a aquisição destas competências permitem-me ser um veículo condutor destes mesmos padrões de cuidados de alta qualidade.

O trabalho desenvolvido para dar resposta aos objetivos propostos revelou-se ambicioso, mas considera-se que os mesmos tiveram a atenção merecida de acordo com a limitação de tempo subjacente ao período de estágio.

O período de estágio foi fulcral para o amadurecimento de competências crítico-reflexivas, aliadas à prática baseada na evidência, que se coadunam com o desenvolvimento de processos de melhoria continua, para além do conhecimento de novas realidades e de profissionais, criando a oportunidade de partilhar conhecimentos e ideias que ampliam horizontes no contexto profissional. Neste sentido, foram desenvolvidas competências comuns do EE, competências específicas do EEEMCPSC e competências do grau de mestre, as quais se revelam fundamentais para uma prestação de cuidados especializados com reflexo na qualidade dos cuidados de enfermagem.

O mapeamento das intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em contexto de ambulatório, permitiu aprofundar e atualizar conhecimentos nesta área que serão fundamentais para a tomada de decisão autónoma, segura e com qualidade. A divulgação dos resultados da investigação também se reveste de especial importância na medida que contribui para o conhecimento dos enfermeiros e confere apoio na tomada de decisão.

O culminar desta etapa que contribuiu para o desenvolvimento profissional e pessoal revelou-se um processo moroso, contudo este percurso tem por objetivo a mobilização

destas competências ao longo do meu percurso profissional, incitando a adoção de cuidados especializados, de alta qualidade e que contribuam significativamente para a melhoria das intervenções de enfermagem direcionadas à pessoa com doença crónica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, T. T., Silva, N. J., Portelinha, D., Santos, E., Brito, H., Barros, M. J., Barbosa, P., & Campos, L. (2006). *Internistas e Doenças Auto-imunes: Registo Nacional*.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019, setembro 7). *Ambulatory Care Safety*. <https://psnet.ahrq.gov/primer/ambulatory-care-safety>
- Akhtar, N., & Lee, L. (2021). Utilization and Complications of Central Venous Access Devices in Oncology Patients. *Current Oncology*, 28(1), 367–377. <https://doi.org/10.3390/curroncol28010039>
- Alkhaqani, A. L. (2023). Patient Identification Errors in the Hospital Setting: A Prospective Observational Study. *Al-Rafidain Journal of Medical Sciences (ISSN: 2789-3219)*, 4, 1–5. <https://doi.org/10.54133/ajms.v4i.95>
- Almodovar, M. T. (2021). *Novas Abordagens Terapêuticas*.
- Almutairi, S., Aljohani, A., Awad, M., Saha, C., Alhobaishi, H., Almutairi, A., & Al Mutair, A. (2022). Perceptions of Patient Safety Culture Dimensions among Hospital Nurses: A Systematic Review. *Dr. Sulaiman Al Habib Medical Journal*, 4(3), 103–125. <https://doi.org/10.1007/s44229-022-00012-z>
- Alsharawneh, A. (2021). Effect of Undertriage on the Outcomes of Cancer Patients with Febrile Neutropenia, Sepsis, and Septic Shock. *Clinical Nursing Research*, 30(8), 1127–1134. <https://doi.org/10.1177/1054773821999688>
- Alvim, A. L. S. (2013). O Processo de Enfermagem e suas Cinco Etapas. *Enfermagem em Foco*, 4(2), 140. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2013.v4.n2.531>
- American Cancer Society. (2019). *How Immunotherapy Is Used to Treat Cancer*. How Immunotherapy Is Used to Treat Cancer
- APCER. (2015). *Guia do utilizador: ISO 9001:2015*.
- Aranda, S. (2008). Designing nursing interventions. *Collegian*, 15(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.11.002>
- Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., Jordan, Z., & editors (Eds.). (2024). *JBImanual for evidence synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>.
- Associação Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2021, julho). *Recomendações de boas práticas—Acessos Vasculares Centrais*. https://www.aeop.pt/ficheiros/AVC.Doc.Final_.pdf
- Barré, S., McElwee, J., Calhoun, C., Weant, K. A., Maldonado, A., & Bell, C. M. (2022). Review of Hematological and Oncological Emergencies. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 44(2), 84–102. <https://doi.org/10.1097/TME.0000000000000399>
- Bayer, V., Amaya, B., Baniewicz, D., Callahan, C., Marsh, L., & McCoy, A. (2017). Cancer Immunotherapy: An Evidence-Based Overview and Implications for Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(2), 13–21. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.S2.13-21>

- Beaupierre, A., Lundberg, R., Marrero, L., Jain, M., Wang, T., & Alencar, M. (2019). Management Across Settings: An Ambulatory and Community Perspective for Patients Undergoing CAR T-Cell Therapy in Multiple Care Settings. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(2). <https://doi.org/10.1188/19.CJON.S1.27-34>
- Bech, B., Primdahl, J., Van Tubergen, A., Voshaar, M., Zangi, H. A., Barbosa, L., Boström, C., Boteva, B., Carubbi, F., Fayet, F., Ferreira, R. J. O., Hoeper, K., Kocher, A., Kukkurainen, M. L., Lion, V., Minnock, P., Moretti, A., Ndosi, M., Pavic Nikolic, M., ... Van Eijk-Hustings, Y. (2020). 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 79(1), 61–68. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215458>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Quarteto Editora.
- Braga, L., Oliveira, A., Henriques, M., Rodrigues, M., Rodrigues, C., Pereira, S., & Parreira, P. (2016). Translation and adaptation of the Phlebitis Scale for the Portuguese population. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (11), 101–109. <https://doi.org/10.12707/RIV16048>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Da Costa, L. P., Mourão, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., Canhão, H., & on behalf of the EpiReumaPt study group. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: Results from EpiReumaPt– a national health survey. *RMD Open*, 2(1), e000166. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Campos, C. (2017). *A Comunicação Terapêutica Enquanto Ferramenta Profissional nos Cuidados de Enfermagem*. 15.
- Cano García, L., Domínguez Quesada, C., Rodríguez Vargas, A. I., Trujillo Martin, E., & Martín Martín, J. M. (2023). Nursing Recommendations in the Management of Systemic Lupus Erythematosus: A Delphi Consensus. *Hispanic Health Care International*, 21(4), 213–220. <https://doi.org/10.1177/15404153231176001>
- Cantante, A. P. D. S. R., Fernandes, H. I. V. M., Teixeira, M. J., Frota, M. A., Rolim, K. M. C., & Albuquerque, F. H. S. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(1), 261–272. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27682019>
- Common Terminology Criteria & for Adverse Events. (2017). *Common Terminology Criteria for Adverse Events—Version 5.0*. https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/ctcae_v5_quick_reference_5x7.pdf
- Coyne, E., Northfield, S., Ash, K., & Brown-West, L. (2019). Current evidence of education and safety requirements for the nursing administration of chemotherapy: An integrative

- review. *European Journal of Oncology Nursing*, 41, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.05.001>
- Cunningham, K., DiFilippo, H., Henes, K., Irwin, L. L., Napier, E., & Weber, E. (2021). Tisagenlecleucel Therapy: Nursing Considerations for the Outpatient Setting. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(4), 151178. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151178>
- Curtis, K., Gough, K., Krishnasamy, M., Tarasenko, E., Hill, G., & Keogh, S. (2024). Central venous access device terminologies, complications, and reason for removal in oncology: A scoping review. *BMC Cancer*, 24(1), 498. <https://doi.org/10.1186/s12885-024-12099-8>
- Dailah, H. G., Hommdi, A. A., Koriri, M. D., Algahtlan, E. M., & Mohan, S. (2024). Potential role of immunotherapy and targeted therapy in the treatment of cancer: A contemporary nursing practice. *Heliyon*, 10(2), e24559. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e24559>
- Di Santo, M. K., Takemoto, D., Nascimento, R. G., Nascimento, A. M., Siqueira, É., Duarte, C. T., Jovino, M. A. C., & Kalil, J. A. (2017). Cateteres venosos centrais de inserção periférica: Alternativa ou primeira escolha em acesso vascular? *Jornal Vascular Brasileiro*, 16(2), 104–112. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.011516>
- Dolan, S., Crombez, P., & Munoz, M. (2005). Neutropenia management with granulocyte colony-stimulating factors: From guidelines to nursing practice protocols. *European Journal of Oncology Nursing*, 9, S14–S23. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2005.08.006>
- Domingues, B., Cardoso, F., Araújo, J., Frade, I., Ferreira, M., Costa, S., Parreira, S., & Dias, M. (2020, setembro). *Noções Básicas de Oncologia para Jovens Enfermeiros*. Medesign – Edições e Design de Comunicação, Lda. <https://www.aeop.pt/ebook-jovens-enfermeiros/>
- Ellard, R., Kenyon, M., Hutt, D., Aerts, E., De Ruijter, M., Chabannon, C., Mohty, M., Montoto, S., Wallhult, E., & Murray, J. (2022). The EBMT Immune Effector Cell Nursing Guidelines on CAR-T Therapy: A Framework for Patient Care and Managing Common Toxicities. *Clinical Hematology International*, 4(3), 75–88. <https://doi.org/10.1007/s44228-022-00004-8>
- Fanouriakis, A., Kostopoulou, M., Andersen, J., Aringer, M., Arnaud, L., Bae, S.-C., Boletis, J., Bruce, I. N., Cervera, R., Doria, A., Dörner, T., Furie, R. A., Gladman, D. D., Houssiau, F. A., Inês, L. S., Jayne, D., Kouloumas, M., Kovács, L., Mok, C. C., ... Boumpas, D. T. (2024). EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 83(1), 15–29. <https://doi.org/10.1136/ard-2023-224762>
- Farkona, S., Diamandis, E. P., & Blasutig, I. M. (2016). Cancer immunotherapy: The beginning of the end of cancer? *BMC Medicine*, 14(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0623-5>
- Ferenkeh-Koroma, A. (2012). Systemic lupus erythematosus: Nurse and patient education. *NURSING STANDARD*, 26(39), 49–57. <https://doi.org/10.7748/ns2012.05.26.39.49.c9134>
- Fialho, I. C. T. S., Monteiro, D. E., Soares, R. D. S., Oliveira, R. M. M. D., & Fuly, P. D. S. C. (2021). Intervenções de enfermagem nas reações adversas em pacientes oncológicos em

- uso de imunoterapia: Uma revisão de escopo. *Research, Society and Development*, 10(7), e46910716871. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i7.16871>
- Fontoura, B. A., Caixeta, E. D. S., Silva, L. D. S., Silva, R. G. C. D., Pereira, V. C. B., & Passos, M. A. N. (2021). Imunoterapia como tratamento de câncer e o papel da enfermagem. *Research, Society and Development*, 10(6), e38710615902. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15902>
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.
- Fukada, M. (2018). Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*, 61(1), 001–007. <https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001>
- Galioto, M., Mucenski, J., & Wiley, K. (2019). Immunotherapy Summit: Proceedings and Identified Priorities for Safe Administration and Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23. <https://doi.org/10.1188/19.CJON.E60-E65>
- García, C., Díaz, G., Blanco, O., M^a, R., & Lora, S. (2021). Perspectiva de la enfermera en el manejo del paciente con Lu- pus Eritematoso Sistémico. *INDEX DE ENFERMERÍA*, 30(3). cielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000200024
- Gardona, R. G. B., & Barbosa, D. A. (2018). The importance of clinical practice supported by health assessment tools. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 1815–1816. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018710401>
- Geary, C. R., & Schumacher, K. L. (2012). Care Transitions: Integrating Transition Theory and Complexity Science Concepts. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 236–248. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31826260a5>
- GGorosrksik, L. (2021). Infusion Therapy Standards of Practice. *Journal of Infusion Nursing Society*, 44(1S), S1–S224.
- Gomes, L. R. (2011). *Validação da versão portuguesa da Escala de Impacto da Fadiga Modificada e da Escala de Severidade da Fadiga na Esclerose Múltipla* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. <https://hdl.handle.net/1822/17841>
- Hersh, L., Salzman, B., Snyderman, D., & University, T. J. (2015). Health Literacy in Primary Care Practice. *Health Literacy*, 92(2).
- Hoffner, B., Iodice, G., & Gasal, E. (2016). Administration and Handling of Talimogene Laherparepvec: An Intralesional Oncolytic Immunotherapy for Melanoma. *Oncology Nursing Forum*, 43(2), 219–226. <https://doi.org/10.1188/16.ONF.219-226>
- Hom, V., Karonis, E., Sigidi, T., & Cawley, K. (2019). Development of a Nursing Policy for the Administration of an Oncolytic Virus in the Outpatient Setting. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(5), 150928. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.08.007>
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estatísticas da Saúde—2022*. Instituto Nacional de Estatística, IP. ISBN 978-989-25-0685-2
- Instituto Nacional de Estatística. (2022, fevereiro 25). *Cerca De 35% Da População Com Limitação Na Realização De Atividades, O Valor Mais Elevado Desde 2016*.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=544264379&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

- Iseler, J., Long, T., Barach, M., McClelland, M. L., & Saunders, M. M. (2023). Credentialed and Privileged Clinical Nurse Specialists. *Clinical Nurse Specialist*, 37(5), 218–222. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000767>
- Johansen, M. L., & O'Brien, J. L. (2016). Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis: Decision Making in Nursing Practice. *Nursing Forum*, 51(1), 40–48. <https://doi.org/10.1111/nuf.12119>
- Kaplow, R., & Spinks, R. (2015). Neutropenia: A nursing perspective. *Current Problems in Cancer*, 39(5), 297–308. <https://doi.org/10.1016/j.currproblcancer.2015.07.009>
- Kaufmann, T. L., Rendle, K. A., Aakhus, E., Nimgaonkar, V., Shah, A., Bilger, A., Gabriel, P. E., Trotta, R., Braun, J., Shulman, L. N., Bekelman, J. E., & Barg, F. K. (2020). Views From Patients With Cancer in the Setting of Unplanned Acute Care: Informing Approaches to Reduce Health Care Utilization. *JCO Oncology Practice*, 16(11), e1291–e1303. <https://doi.org/10.1200/OP.20.00013>
- Kisielewski, D., & Naegele, M. (2024). Advanced Practice Nursing and CAR-T Cell Therapy: Opportunities, Challenges and Future Directions. *Seminars in Oncology Nursing*, 40(3), 151628. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151628>
- Klastersky, J., De Naurois, J., Rolston, K., Rapoport, B., Maschmeyer, G., Aapro, M., & Herrstedt, J. (2016). Management of febrile neutropaenia: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 27, v111–v118. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw325>
- Klastersky, J., Paesmans, M., Rubenstein, E. B., Boyer, M., Elting, L., Feld, R., Gallagher, J., Herrstedt, J., Rapoport, B., Rolston, K., Talcott, J., & for the Study Section on Infections of Multinational Association for Supportive Care in Cancer. (2000). The Multinational Association for Supportive Care in Cancer Risk Index: A Multinational Scoring System for Identifying Low-Risk Febrile Neutropenic Cancer Patients. *Journal of Clinical Oncology*, 18(16), 3038–3051. <https://doi.org/10.1200/JCO.2000.18.16.3038>
- Koinberg, I., Olofsson, E. H., Carlström, E., & Olsson, L.-E. (2018). Impact of a person-centered intervention for patients with head and neck cancer: A qualitative exploration. *BMC Nursing*, 17(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-018-0319-6>
- Labrague, L. J. (2023). Nurses' adherence to patient safety protocols and its relationship with adverse patient events. *Journal of Nursing Scholarship*, jnu.12942. <https://doi.org/10.1111/jnu.12942>
- Lacerda, M., & Costenaro, R. (2016). *Metodologia da pesquisa para a enfermagem e saúde: Da teoria à prática* (1ª). Moriá Editora LTDA.
- Lasa-Blandon, M., Stasi, K., Hehir, A., & Fischer-Carlidge, E. (2019). Patient Education Issues and Strategies Associated With Immunotherapy. *Seminars in Oncology Nursing*, 35(5), 150933. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2019.08.012>

- Lebre, A., Resendes, A., Paiva, A., Barbosa, C., Pereira, C., Gaspar, F., Silva, G., Oliveira, I., Eiras, M., Valente, M., Gaspar, M., Nunes, M., Arriaga, M., Sousa, P., Pacheco, P., Costa, S., Ramos, S., & Fonseca, V. (2022). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção Geral da Saúde. <https://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>
- Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os Cuidados De Enfermagem Especializados Como Resposta À Evolução Das Necessidades Em Cuidados De Saúde*.
- Lopes, M., & Maciel, E. (2024, fevereiro 13). *Intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em ambulatório: Scoping Review*. <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/JZN3R>
- Magalhães, B. (2020). *Autogestão dos sintomas associados ao tratamento de quimioterapia na pessoa com doença oncológica* [Tese de Douturamento, Universidade de Jaén]. <https://www.researchgate.net/publication/343099741>
- Miller, F. W. (2023). The increasing prevalence of autoimmunity and autoimmune diseases: An urgent call to action for improved understanding, diagnosis, treatment, and prevention. *Current Opinion in Immunology*, 80, 102266. <https://doi.org/10.1016/j.coi.2022.102266>
- Montoro-Lorite, M., Moreno, C., Ramos, C., Solano, M. T., Lahoz, S., Bonilla-Serrano, C., Domènech, A., & Ayora, P. (2024). Nursing care for chimeric antigen receptor T cell therapy survivors: A literature review. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 11(6), 100495. <https://doi.org/10.1016/j.apjon.2024.100495>
- Moureau, N., & Chopra, V. (2016). Indications for peripheral, midline and central catheters: Summary of the MAGIC recommendations. *British Journal of Nursing*, 25(8), S15–S24. <https://doi.org/10.12968/bjon.2016.25.8.S15>
- Murthy, S. S., Trapani, D., Cao, B., Bray, F., Murthy, S., Kingham, T. P., Are, C., & Ilbawi, A. M. (2024). Premature mortality trends in 183 countries by cancer type, sex, WHO region, and World Bank income level in 2000–19: A retrospective, cross-sectional, population-based study. *The Lancet Oncology*, S1470204524002742. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(24\)00274-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(24)00274-2)
- Nascimento, T. G. D., Andrade, M. D., Oliveira, R. A. D., Almeida, A. M. D., & Gozzo, T. D. O. (2014). Neutropenia: Occurrence and management in women with breast cancer receiving chemotherapy. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(2), 301–308. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3305.2416>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em enfermagem: Teoria e Prática* (1ª Edição). Lidel.
- Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio Caminho Andado—Relatório Primavera 2018*. <https://www.opssaude.pt/wp-content/uploads/2022/06/Relatorio-Primavera-2018.pdf>

- Oncology Day Hospital Task Force, Jara, C., Ayala, F., & Virizuela, J. A. (2017). The oncology day hospital in Spain: An updated analysis of Spanish Society of Medical Oncology (SEOM) looking forward. *Clinical and Translational Oncology*, 19(3), 269–272. <https://doi.org/10.1007/s12094-016-1610-1>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Consulta de enfermagem e Teleconsulta* (Nº51). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Introdução de Cateter Central de Inserção Periférica por Enfermeiros* (Parecer do Conselho de Enfermagem Nº20). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19888/parecer-ce-n%C2%BA-29_2020_anonimizado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem* (Parecer do Conselho de Enfermagem Nº53). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>
- Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., Mota, L. A. N. D., & Ferreira, F. M. P. B. (2023). Competências de Liderança do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6), e20220721. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. Direção Geral da Saúde. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf
- Pullen, R. L., & Hammond, L. (2023). *Systemic lupus erythematosus*.
- Qadire, M. A., Ballad, C. A. C., Aljezawi, M., Omari, O. A., Alaloul, F., Musa, A., Sabel, S. A., & Khalaf, A. (2023). Nurses' knowledge of chemotherapy-induced neutropenia and its management: A cross-sectional survey. *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*, 149, 2893–2901. <https://doi.org/10.1007/s00432-022-04140-9>
- Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, Pub. L. No. Diário da República, 2ª série-Nº 743, 128 (2019). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>

- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Pub. L. No. Diário da República, 2^a Série-Nº26, 4744 (2019).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica., Pub. L. No. Diário da República, 2^a Série-Nº135, 19359 (2018).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
- Rodríguez Acelas, A. L., & Cañon Montañez, W. (2018). Contribuciones de las escalas en salud como herramientas que influyen en decisiones en el cuidado de los pacientes. *Revista Cuidarte*, 9(1), 1949. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.498>
- Santos, A., Santos, C., Girão, M., Lopes, C., Claro, I., Gonçalves, S., Silva, S., & Barreira, E. (2022). Acesso Venoso Central De Inserção Periférica E Totalmente Implantado. *Onco.News*, 6-11 Páginas. <https://doi.org/10.31877/ON.2022.44.01>
- Santos, C., & Sousa, A. S. (2021). Doente com Neutropenia Febril: Uma Intervenção Especializada – Revisão Integrativa da Literatura. *Onco.News*, 22-29 Páginas. <https://doi.org/10.31877/ON.2021.42.03>
- Santos, E., Farisogullari, B., Dures, E., Geenen, R., & Machado, P. M. (2023). Efficacy of non-pharmacological interventions: A systematic review informing the 2023 EULAR recommendations for the management of fatigue in people with inflammatory rheumatic and musculoskeletal diseases. *RMD Open*, 9(3), e003350. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003350>
- Schober, M., Lehwaldt, D., Rogers, M., Steinke, M., Turale, S., Pulcini, J., Roussel, J., & Stewart, D. (2020). *Guidelines On Advanced Practice Nursing*. <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-advanced-practice-nursing-2020>
- Seeley, K., & DeMeyer, E. (2002). Nursing Care of Patients Receiving Campath®. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 6(3), 138–143. <https://doi.org/10.1188/02.CJON.138-143>
- Serviço Nacional de Saúde. (2017). *Mudança Centrada nas pessoas*.
- Sezgin, M. G., & Bektas, H. (2022). The effect of nurse-led care on fatigue in patients with rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled studies. *Journal of Clinical Nursing*, 31(7–8), 832–842. <https://doi.org/10.1111/jocn.16003>
- Sharp, R., Xu, Q., Pumpa, R., Elliott, L., Corsini, N., Marker, J., Altschwager, J., Ortmann, A., Turner, L., Jin, L., Ullman, A., & Esterman, A. (2024). Supportive care needs of adults living with a peripherally inserted central catheter (PICC) at home: A qualitative content analysis. *BMC Nursing*, 23(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01614-0>
- Smith, M. C., & Parker, M. E. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice*. (4.^a ed.). F. A. Davis Company.

- Sociedade Portuguesa de Reumatologia. (2019). *Artrite Reumatóide*.
<https://www.spreumatologia.pt/artrite-reumatoide/>
- Sociedade Portuguesa Reumatologia. (2019). Lupus Eritematoso Sistémico. *Sociedade Portuguesa de Reumatologia*. <https://www.spreumatologia.pt/category/info-doencas/>
- Souza, J. R., Silva, L. S., Rebelato, A. M. S., Marconi, C. B., Maximiano, D. N. G., Itiyama, A. F. A., & Souza, L. F. (2022). Lúpus Eritematoso Sistémico: Uma Visão Assistencial Da Enfermagem No Contexto Á Saúde. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 41(2), 57–63.
- Sundler, A. J., Blomberg, K., Bisholt, B., Eklund, A., Windahl, J., & Larsson, M. (2019). Experiences of supervision during clinical education among specialised nursing students in Sweden: A cross-sectional study. *Nurse Education Today*, 79, 20–24.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.009>
- Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLOS ONE*, 15(4), e0231350.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350>
- Taylor, L., Rodriguez, E. S., Reese, A., & Karen, A. (2019). Building a Program: Implications for Infrastructure, Nursing Education, and Training for CAR T-Cell Therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 23(2). <https://doi.org/10.1188/19.CJON.S1.20-26>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Valdoleiros, S. R., Furtado, I., Silva, C., Correia Gonçalves, I., Santos Silva, A., Vasconcelos, O., Aboim Horta, A., Vasconcelos, A. L., Xará, S., Gonçalves, M. J., Araújo Abreu, M., & Sarmiento-Castro, R. (2021). Protocolo de Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas à Terapêutica Imunossupressora de Doenças Autoimunes. *Acta Médica Portuguesa*, 34(6), 469–483. <https://doi.org/10.20344/amp.15625>
- Ventura, F., Moreira, I. M. P. B., Raposo, V., Queirós, P. J. P., & Mendes, A. (2022). A prática centrada na pessoa: Da idiosincrasia do cuidar à inovação em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(10), e00278121. <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt278121>
- Wang, L., Wang, F., & Gershwin, M. E. (2015). Human autoimmune diseases: A comprehensive update. *Journal of Internal Medicine*, 278(4), 369–395.
<https://doi.org/10.1111/joim.12395>
- Wiley, K., LeFebvre, K., Wall, L., Baldwin-Medsker, A., Nguyen, K., Marsh, L., & Baniewicz, D. (2017). Immunotherapy Administration: Oncology Nursing Society Recommendations. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(2), 5–7.
<https://doi.org/10.1188/17.CJON.S2.5-7>

- Wilson, B., Zitella, L., Erb, C., Foster, J., Peterson, M., & Wood, S. (2018). Prevention of Infection: A Systematic Review of Evidence-Based Practice Interventions for Management in Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(2), 157–168. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.157-168>
- Wojeck, R. K., Arcoleo, K., Hathaway, E. C., & Somers, T. J. (2023). Nurse-led interventions in systemic autoimmune rheumatic diseases: A systematic review. *BMC Nursing*, 22(1), 232. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01393-8>
- World Health Organization. (2022, fevereiro). Cancer. *World Health Organization*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- World Health Organization. (2023, setembro 16). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Xiao, Z. X., Miller, J. S., & Zheng, S. G. (2021). An updated advance of autoantibodies in autoimmune diseases. *Autoimmunity Reviews*, 20(2), 102743. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2020.102743>

ANEXOS

**ANEXO I: Certificado de presença no 5º Congresso
Internacional | IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo
de Infecção**





5º CONGRESSO INTERNACIONAL
IACS2023

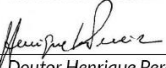
CERTIFICADO

Certifica-se a presença de:

Marisa Cruz Lopes

no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2023, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal, num total de 14 horas de formação.

Santa Maria da Feira, 27 de outubro de 2023

Presidente Conselho Direção da ESSNorteCVP	A Comissão Científica
	
Prof.º Doutor Henrique Pereira	Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

www.essnortecvp.pt

ANEXO II: Planeamento da sessão de formação em serviço “Imunoterapia”

PLANO DA SESSÃO	
Data	23/02/2024
Hora	08:00
Local	
Duração	30 minutos
Formador	Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica – Marisa Lopes
Destinatário	Enfermeiros do Hospital de Dia
Materiais e equipamentos	Computador e projetor

Objetivo	Melhorar o conhecimento dos profissionais de enfermagem do hospital de dia sobre o tratamento com imunoterapia	
Etapas	Conteúdos	Técnica
Introdução	- Apresentação; - Introdução à temática: - Contextualização; - Definição de imunoterapia.	Expositiva
Desenvolvimento	- Indicações para a imunoterapia; - Contraindicações para a imunoterapia; - Tipos de imunoterapia; - Tratamentos com imunoterapia frequentes no hospital de dia; - Eventos adversos associados á imunoterapia; - Papel do enfermeiro no tratamento com imunoterapia.	Expositiva
Conclusão	- Esclarecimento de dúvidas; - Conclusão da apresentação.	Expositiva

ANEXO III: Sessão de formação em serviço “Imunoterapia”



Imunoterapia

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

Mestranda: Marisa Lopes

Orientadora: Mestre Eloísa Maciel

2024



SUMÁRIO

- ✓ Contextualização
- ✓ Definição – imunoterapia
- ✓ Indicações para imunoterapia
- ✓ Contraindicações para imunoterapia
- ✓ Tipos de imunoterapia
- ✓ Tratamentos frequentes no Hospital de Dia
- ✓ Eventos adversos – imunoterapia
- ✓ Tratamento dos eventos adversos
- ✓ Papel do enfermeiro – imunoterapia
- ✓ Bibliografia



CONTEXTUALIZAÇÃO

- ✓ O cancro é a 2ª principal causa de morte a nível mundial (OMS, 2023)
- ✓ Em Portugal, em 2021, os tumores malignos foram a 2ª causa de morte (INE, 2023)
- ✓ Nos países desenvolvidos a evolução dos cuidados de saúde permite a deteção precoce, o tratamento adequado e aumento da sobrevivência das pessoas diagnosticadas com doença oncológica (OMS, 2023)



DEFINIÇÃO - IMUNOTERAPIA

- ✓ Emerge como um importante complemento aos tratamentos convencionais (ACS, 2019; Farkona et al., 2016)
- ✓ Atua ao nível do sistema imunitário (ACS, 2019; Farkona et al., 2016)
- ✓ Altera o funcionamento do sistema imunitário, permitindo que este reconheça novamente células malignas, eliminando-as (ACS, 2019)



DEFINIÇÃO - IMUNOTERAPIA

- ✓ Respostas ao tratamento duradouras com **menor toxicidade** (ACS, 2019)
- ✓ Eventos adversos raros (~10% dos casos em monoterapia), mas podem ser **fatais** se não forem **antecipados e tratados** (Champiat et al., 2016)



CONTRA-INDICAÇÕES PARA IMUNOTERAPIA

- ✓ **Doença autoimune ativa**
- ✓ História de **doença pulmonar intersticial** a realizar **corticoterapia**
- ✓ Condições clínicas que exijam **imunossupressão sistémica**

(Almodovar, 2021)



TRATAMENTOS FREQUENTES

16)

Anticorpos
Monoclonais

Inibidores
checkpoint



TIPOS DE IMUNOTERAPIA

1. ANTICORPOS MONOCLONAIS

- Tratamento direcionado para **bloquear uma proteína anormal** da célula tumoral (Pandey & Mahadevan, 2014).

2. INIBIDORES DE *CHECKPOINT*

- Não têm uma atuação direta nas células neoplásicas (ACS, 2019).
- A resposta imunológica é mediada por **pontos de controlo no organismo** que **identificam células neoplásicas** (ACS, 2019).

Bayer et al. 2017



TIPOS DE IMUNOTERAPIA

3. CÉLULAS T DE RECETOR ANTIGÉNIO QUIMÉRICO (*CAR T CELLS*)

- Usada para tratamento de doença hemato-oncológica (ASC, 2019);
- Consiste na modificação de células sanguíneas, previamente recolhidas, de modo a adquirirem a capacidade de reconhecer células malignas, serão infundidas posteriormente para tratamento da doença (ACS, 2019);

4. VÍRUS ONCOLÍTICO

- Tratamento dirigido, em que se usa um vírus geneticamente modificado para induzir a necrose das células tumorais (ASC, 2019);

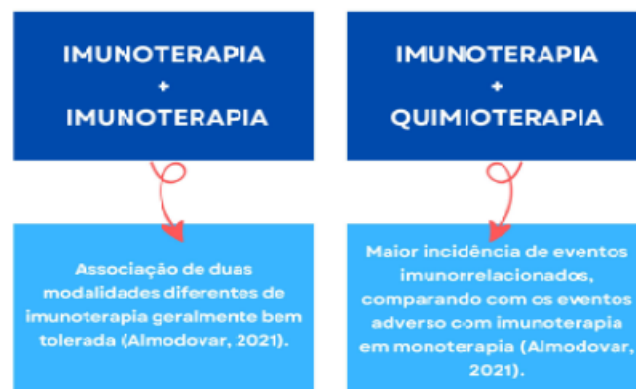
5. ENTRE OUTROS

- Imunoterapia inespecífica; vacinas (ACS, 2019).

EVENTOS ADVERSOS – IMUNOTERAPIA

- ✓ Imunoterapia está associada a **menos eventos adversos** (Haanen et al., 2022; Almodovar, 2021)
- ✓ Eventos adversos são **transitórios** (Almodovar, 2021)
- ✓ Os efeitos adversos são maioritariamente do tipo **inflamatório** (Almodovar, 2021)
- ✓ **Início variável** (8-12 semanas), normalmente a toxicidade cutânea é a primeira a aparecer (Haanen et al., 2022)
- ✓ Recomenda-se **vigilância durante 1 ano** após descontinuação de imunoterapia (Champrat et al., 2016)

EVENTOS ADVERSOS – IMUNOTERAPIA





EVENTOS ADVERSOS – IMUNOTERAPIA

Fatores de risco para o desenvolvimento de eventos adversos:

✓ História pessoal ou familiar de doenças autoimunes:

- Ao nível dos vários sistemas: digestivo (doença de Crohn, colite ulcerosa, doença celíaca), pele (psoríase), reumático (espondiloartrite, artrite reumatoide, lúpus), endócrino (diabetes, tireoidite), respiratório (pneumonite intersticial, sarcoidose), pancreático (pancreatite), renal (nefrite), hematológico (anemia hemolítica, púrpura trombocitopénica imunológica), neurológico (miastenia, esclerose múltipla), ocular (uveíte, esclerite, retinite) ou cardiovascular (insuficiência cardíaca, disfunção sistólica ventricular esquerda, miocardite, vasculite)

✓ Antecedentes de infeções virais anteriores:

- VIH ou hepatite viral

(Champrat et al., 2016)



EVENTOS ADVERSOS – IMUNOTERAPIA

MAIS FREQUENTES	
SISTÉMICOS	Fadiga
CUTÂNEOS	Rash eritematoso reticular e maculopapular no tronco e extremidades
ENDOCRINOLÓGICOS	Hipotiroidismo; Hipertiroidismos; Hipofisite; Diabetes mellitus tipo 1
GASTROINTESTINAIS	Colite Hepatite
PULMUNARES	Pneumonite

MENOS FREQUENTES	
NEUROLÓGICOS	Cefaleias Neuropatia sensorial periférica
CARDÍACOS	Cardiotoxicidade
REUMATOLÓGICOS	Miosite, Artrite inflamatória Vasculite
OFTÁLMICOS	Episclerite Conjuntivite Uveíte ou inflamação da órbita
RENAIS	Lesão Renal Aguda

Intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em ambulatório

Toxicidade	Grau 1	Grau 2	Grau 3	Grau 4
Culões	- Rash maculo-papular que cobre >20% superfície corporal; Com ou sem sintomas; - Mantém imunoterapia; - Tratamento sintomático com emolientes, anti-histamínicos e corticoides tópicos.	- Rash maculo-papular que cobre 10%-30% superfície corporal; Com ou sem sintomas; - Mantém imunoterapia; - Tratamento sintomático com emolientes, anti-histamínicos e corticoides tópicos.	- Rash maculo-papular que cobre >30% superfície corporal; Com ou sem sintomas; - Mantém imunoterapia; - Tratamento sintomático com emolientes, anti-histamínicos e corticoides tópicos.	- Rash maculo-papular associado a sobre infecção potencialmente fatal (Síndrome de Sjögren, dermatite bulhosa >30% da superfície corporal); - Mantém imunoterapia; - Tratamento sintomático com emolientes, anti-histamínicos e corticoides tópicos.
Hipotireoidismo	- Assintomático; - Ponderar suspender imunoterapia se sintomático; - Levotiroxina a titular até doses de TSH normais.	- Sintomas moderados com capacidade para AVD; - Ponderar suspender imunoterapia se sintomático; - Levotiroxina a titular até doses de TSH normais.	- Sintomas graves com incapacidade AVD; - Ponderar suspender imunoterapia se sintomático; - Levotiroxina a titular até doses de TSH normais.	- Risco de vida; intervenção urgente.
Hipertireoidismo	- Assintomático ou sintomas leves;	- Sintomas moderados, com capacidade para AVD;	- Sintomas graves com incapacidade AVD; - Necessidade de hospitalização	- Risco de vida; intervenção urgente.
Insuficiência Suprarrenal primária	- Assintomático ou sintomas leves;	- Sintomas moderados, com capacidade para AVD;	- Sintomas graves com incapacidade AVD; - Necessidade de hospitalização	- Risco de vida; intervenção urgente.
Hipotíte	- Assintomático ou sintomas leves;	- Sintomas moderados, com capacidade para AVD;	- Sintomas graves com incapacidade AVD; - Necessidade de hospitalização;	- Risco de vida; intervenção urgente.
Colite	- Aumento das dejeções até 4/dia.	- Aumento das dejeções até 4-6/dia.	- Aumento das dejeções ≥7/dia; - Incontinência fecal; - Necessidade de hospitalização	- Risco de vida; intervenção urgente.
Hepatite	- Assintomático; alterações analíticas;	- Assintomático; alterações analíticas;	- Insuficiência hepática sintomática; alterações analíticas; - Cirrose ou fibrose em biópsia; - Reativação de hepatite crónica.	- Falência hepática;
Pneumonte	- Assintomático; - Mantém imunoterapia; - Vigilância analítica semanalmente.	- Sintomático; - Intervenção médica e alterações nas AVD.	- Sintomas graves com limitação das AVD; - Hospitalização; oxigenoterapia.	- Falência respiratória; - Necessidade de intubação orotraqueal.

(Adaptado Almodovar, 2021)



EVENTOS ADVERSOS – IMUNOTERAPIA

É seguro reiniciar imunoterapia após toxicidade prévia?

✓ Mantém tratamento:

- Toxicidade de grau 1;

✓ Suspende permanente o tratamento:

- Toxicidade de grau 4;

- Se elevado risco mortalidade ou morbilidades, nomeadamente pulmonar, hepática, pancreática, oftalmológica e neurológica;

- Se toxicidade cardíaca grau ≥2.

(Champrat et al., 2016)



EVENTOS ADVERSOS – IMUNOTERAPIA

Tratamento de eventos adversos da imunoterapia:

- ✓ Corticoterapia: 1ª linha
- ✓ O tratamento pode incluir a utilização de **imunossupressores**
- ✓ A **toxicidade grave** implica um **estudo etiológico** e **exclusão** de outras causas

(Almodovar, 2021; Haanen et al., 2022)



EVENTOS ADVERSOS – IMUNOTERAPIA

Tratamento de eventos adversos da imunoterapia:

- ✓ Desmame da corticoterapia deve ser lento (Almodovar, 2021; Haanen et al., 2022);
- ✓ Profilaxia em associação com a corticoterapia:
 - Inibidor da bomba de prótons + suplementação com cálcio + vitamina D + trimetoprim-sulfametoxazol e eventualmente fluconazol (Haanen et al., 2022).

ESS+
Escola Superior de Saúde Maria
CRUZ VARELA PORTUGUESA



Qual o papel do enfermeiro no tratamento com imunoterapia?





PAPEL DO ENFERMEIRO - IMUNOTERAPIA

- ✓ **Administração da terapêutica** com segurança e baseada na evidência (Bayer et al., 2017)
- ✓ **Capacitar a pessoa/família/cuidador** em relação à doença/regime terapêutico (Bayer et al., 2017; Kaufmann et al., 2020):
 - Prevenção e controlo de infeção/higiene das mãos/atividade sexual segura
 - Adoção de hábitos de vida saudáveis, nomeadamente integração de uma alimentação saudável e hábitos de exercício físico



PAPEL DO ENFERMEIRO - IMUNOTERAPIA

- ✓ **Gerir sinais e sintomas** (Kaufmann et al., 2020)
- ✓ **Incentivar as pessoas a comunicar sinais e sintomas precocemente** (Champiat et al., 2016)

SINAIS E SINTOMAS (Champiat et al., 2016)	
DIGESTIVOS	Diarreia, sangue ou muco nas fezes, dor abdominal intensa.
ENDÓCRINOS	Fadiga, perda de peso, náuseas, vômitos, polidipsia ou polifagia, poliúria.
PELE	Erupção cutânea extensa, prurido grave.
RESPIRATÓRIOS	Dispneia, tosse.
NEUROLÓGICOS	Cefaleias, confusão, diminuição da força muscular, parestesias.
OUTROS	Artralgias ou edema das articulações; Mialgias; Febre inexplicável; Síndrome hemorrágica; Perda grave de visão num ou em ambos os olhos.



PAPEL DO ENFERMEIRO - IMUNOTERAPIA

- ✓ **Capacitar a pessoa/família/cuidador para a gestão de sinais e sintomas:**
 - ✓ Gerir a energia, distribuindo as tarefas ao longo do dia; realizar sesta de 30 minutos; realizar atividades físicas sejam agradáveis para a pessoa
 - ✓ Aumentar a frequência das refeições e adotar refeições mais leves e pequenas; evitar alimentos com alto teor de gordura, picantes ou doces; beber líquidos/bebidas geladas paulatinamente
 - ✓ Aumentar a ingestão de líquidos através da ingestão de chá ou sopa leve, por exemplo (1,5L/dia); Evitar a ingestão de laticínios e derivados; álcool, cafeína; alimentos picantes; bebidas com chocolate; fruta com potencial efeito laxante assim como pão e bolacha integral



PAPEL DO ENFERMEIRO - IMUNOTERAPIA

- ✓ **Monitorizar antes, durante e após o tratamento:**
 - Exame físico: peso/IMC
 - Sinais vitais
 - Sinais/sintomas: astenia/apetite, entre outros
 - História de febre/infeção recente

Charnat et al., 2016



QUESTÕES?



Obrigada pela atenção!

enf.marisalopes@gmail.com



BIBLIOGRAFIA

- ACS (2019). American Cancer Society. <https://www.cancer.org/es/cancer/como-sobrellevar-el-cancer/tipos-de-tratamiento/immunoterapia/como-se-usa-la-immunoterapia.html>
- Almeida, C., & Chemele, R. (2021). Subvalorização das Atividades: Papel do Enfermeiro na detecção precoce de imunotoxicidade. *OncôNews*, 56-62 Páginas. <https://doi.org/10.31877/ON.2021.42.07>
- Almodovar, M. T. (2021). NOVAS ABOCORGAGENS TERAPÊUTICAS.
- Bayar, V., Amay, B., Barilewicz, D., Callahan, C., Marsh, L., & McCoy, A. (2017). Cancer Immunotherapy: An Evidence-Based Overview and Implications for Practice. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(2), 13-21. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.52.13-21>
- Chenpudi, S., Lambotte, O., Barreau, E., Bellotti, R., Berdelou, A., Carbonnel, F., Cauquil, C., Chanson, P., Collins, M., Durrbach, A., Ederhy, S., Feuillet, S., Frençois, H., Lazarevic, J., Le Pécq, J., De Martin, E., Madau, C., Michot, J.-M., Serruval, D., ... Marsabelle, A. (2016). Management of immune checkpoint blockade dysfunction: A collaborative position paper. *Annals of Oncology*, 27(4), 559-574. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv623>
- Perkins, S., Diamantis, E. P., & Bleustein, L. M. (2016). Cancer Immunotherapy: The beginning of the end of cancer? *BMC Medicine*, 14(1), 73. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0623-5>
- Heenen, J., Olsfeld, M., Spehl, L., Carbonnel, F., Wang, X., Robert, C., Lynn, A. R., Wick, W., Kostine, M., Peters, S., Jordan, K., & Leirin, J. (2021). Management of toxicities from Immunotherapy: ESMO Clinical Practice Guideline for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 32(12), 1217-1228. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2022.10.004>
- INE. (2023). Portal do Instituto Nacional de estatística. https://www.ine.pt/portal/ine/main.html?INE&app=drone_detalhes&DESTAQUEDESTdet_bou=594417880&DESTAQUEDESTmod=2 [acedido a 29/10/2023]
- Kaufmann, T. L., Bende, K. A., Aekhus, E., Nimgaonkar, V., Shah, A., Bilger, A., Gabriel, R. E., Trott, R., Braun, J., Shulman, L. N., Belalman, J. E., & Bang, Y. K. (2020). Views From Patients With Cancer in the Setting of Unplanned Acute Care: Informing Approaches to Reduce Health Care Utilization. *JCO Oncology Practice*, 16(11), e1291-e1303. <https://doi.org/10.1200/JOP.20.00013>
- Mauze, S. L., Shpall, E. J., & Grupp, S. A. (2014). Chimeric antigen receptor T-cell therapy for ALL. *Hematology*, 2014(1), 559-564. <https://doi.org/10.1182/hasheducation-2014.1.559>
- OMS (2023). Organização Mundial de saúde. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 [acedido a 29/10/2023]
- Pandey, M., & Mahadevan, D. (2014). Monoclonal antibodies as therapeutics in human malignancies. *Future Oncology*, 10(4), 609-636. <https://doi.org/10.2217/fon.13.197>
- Schneider, B. J., Naidoo, J., Santomasso, B. D., Lacchetti, C., Adkins, S., Anadkat, M., Ashra, M. B., Bressi, K. J., Cadenho, J. M., Chao, L., Davies, M. J., Elmstoft, M. S., Fisher, L., Ghosh, M., Jolywini, L., Marmen, J. J., Nalag, A., Nattapong, L. J., Phillips, T., ... Rolin, K. (2021). Management of Immune-Related Adverse Events in Patients Treated With Immune Checkpoint Inhibitor Therapy: ASCO Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology*, 39(36), 4075-4126. <https://doi.org/10.1200/JCO.21.01460>

ANEXO IV: Póster “Neutropenia Febril”



NEUTROPENIA FEBRIL

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Crônica - Estágio de Natureza profissional com Relatório Final
Estudante: Marisa Cruz Lopes |4603| Orientadora: Eloísa Maciel Tutora



CONTEXTUALIZAÇÃO:

A neutropenia febril (NF) é uma das mais frequentes e graves complicações associada ao tratamento com quimioterapia (QT), representando um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de infecções em doentes oncológicos. Contribui para uma maior utilização de recursos de saúde bem como atrasos no tratamento ou diminuição das doses e consecutivamente comprometimento da eficácia do mesmo (Klastersky et al., 2016). A NF ocorre no período de nadir, período em que há a menor contagem de neutrófilos após o qual se inicia a recuperação medular, normalmente verifica-se entre o 7º e o 14º dia após a sessão de QT (Ferreira et al., 2017)..

DEFINIÇÃO DE NF (Klastersky et al., 2016):

Aumento isolado da temperatura corporal superior a 38,3°C OU Duas leituras de superiores a 38°C por um período de 2 horas	+	Contagem de neutrófilos <0,5x10 ⁹ /l OU Previsão de uma contagem de neutrófilos inferior a 0,5x10 ⁹ /l
---	---	--

FATORES DE RISCO(Klastersky et al., 2016)

Relacionados com a pessoa	- Idade (mais de 65 anos); - Sexo feminino; - Pior status funcional/nutricional; - Presença de uma ou mais comorbidades; - Antecedentes de neutropenia febril/ mucosite.
Relacionados com a doença	- Doença em estadio avançado/ maligna; - Linfopenia.
Relacionados com o tratamento	- Protocolos de quimioterapia com alto risco de neutropenia; - Pessoas com alto risco de neutropenia febril que não estão sob antibioterapia profilática ou sob fatores de crescimento dos granulócitos (G-CSF) (ex.: filgrastim).

ÍNDICE DE MASCC:

Instrumento mais utilizado para avaliação do risco de complicações associadas à NF, inclui a história da pessoa, idade, estado clínico e a presença de comorbidades. A estratificação do risco permite aos profissionais a definição de uma estratégia terapêutica individualizada e centrada na pessoa. A pontuação máxima é de 26 (Klastersky et al., 2016).

ALTO RISCO <21 pontos
BAIXO RISCO ≥21 pontos

ÍNDICE DE MASCC	
Sem sintomas ou com sintomas ligeiros	5
Sintomas moderados	3
Ausência de hipotensão	5
Ausência de Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica	5
Tumor sólido ou ausência de infeção fúngica	4
Ausência de desidratação	3
Em ambulatório no início de sintomas (ex.: febre)	3
Idade <60 anos	2

Adaptado: Klastersky et al., 2000 e Protocolo de Orientação Clínica: Neutropenia febril em doentes oncológicos - POC.SOM.GER.009/0

PREVENÇÃO DA NF:

Recomenda-se profilaxia com filgrastim ou medicamentos biossimilares, em pessoas que tenham desenvolvido NF previamente com risco intermédio de desenvolver NF (Carmona-Bayonas et al., 2019).

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AUTONOMAS

- Avaliar a pessoa com recurso a escalas associadas à neutropenia:**
 - Índice de MASCC.
- Cumprir protocolos/ guidelines de atuação:**
 - Protocolo de Orientação Clínica: Neutropenia febril em doentes oncológicos - POC.SOM.GER.009/0;
- Assegurar o controlo ambiental:**
 - Adotar medidas de isolamento de proteção do doente; higienizar as mãos; assegurar a desinfeção de superfícies e equipamentos hospitalares.
- Capacitar a pessoa de acordo com a sua condição de saúde:**
 - Ensinar sobre sintomas associados à neutropenia febril (temperatura);
 - Instruir sobre a monitorização da temperatura corporal;
 - Instruir para o contacto de serviços adequados em caso de sinais e sintomas de alarme;
 - Ensinar sobre medidas de prevenção de infeção (Cuidados de higiene das mãos e oral; cuidados com a pele para manter a integridade cutânea; evicção de multidões e espaços fechados; ingestão alimentar adequada).
- Avaliar a pessoa:**
 - Identificar potenciais focos de infeção;
 - Identificar fatores de risco.

(Amaral et al., 2021; Santos & Sousa, 2021; Carmona-Bayonas et al., 2019; Wilson et al., 2018; Klastersky et al., 2016)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:



ANEXO V: Planificação da “Consulta à pessoa com doença autoimune a iniciar tratamento em contexto de hospital de dia”

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM
DOENÇA AUTOIMUNE A INICIAR TRATAMENTO EM
CONTEXTO DE HOSPITAL DE DIA

Estudantes: António Vila Pouca 4594

Marisa Lopes 4603

Projeto de estágio apresentado para a planificação da consulta de enfermagem à
pessoa com doença autoimune a iniciar tratamento em hospital de dia, sob
orientação da Professora Doutora Cecília Rodrigues e Mestre Eloísa Maciel e tutoria
das enfermeiras especialistas [REDACTED]

[REDACTED] 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM
DOENÇA AUTOIMUNE A INICIAR TRATAMENTO EM
CONTEXTO DE HOSPITAL DE DIA

 2024

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

AR – Artrite Reumatóide

CTCAE – Common Terminology Criteria for Adverse Events

EULAR – *European Alliance of Associations for Rheumatology*

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

FSS – Escala de Severidade da Fadiga

HADS – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

LES – Lúpus Eritematoso Sistémico

SPR – Sociedade Portuguesa de Reumatologia

SLICC – *Systemic Lupus International Collaborating Clinics*

OMS – Organização Mundial de Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSSA– Unidade Local de Saúde de Santo António

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Efeitos adversos associados aos medicamentos modificadores da atividade da doença

Tabela 2 – Planificação da consulta de enfermagem à pessoa com doença autoimune que irá iniciar tratamento em contexto de Hospital de Dia

Tabela 3 – Planificação da consulta de enfermagem telefónica de seguimento à pessoa com doença autoimune em tratamento no Hospital de Dia

ÍNDICE

Índice	4
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: A PESSOA COM DOENÇA CRÓNICA	6
2.1. DOENÇAS SISTÉMICAS INFLAMATÓRIAS CRÓNICAS: ARTRITE REUMATÓIDE E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	6
2.1.1. Artrite reumatoide	6
2.1.2. LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	7
3. PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS À PESSOA COM LES E AR	9
4. PERTINÊNCIA DA CONSULTA E A REALIDADE DO CONTEXTO HOSPITALAR	11
5. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA CONSULTA DE ENFERMAGEM	11
5.1. OBJETIVOS DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA AUTOIMUNE EM TRATAMENTO EM CONTEXTO DE HOSPITAL DE DIA	14
5.1.1. Objetivos da consulta de enfermagem à pessoa com doença autoimune que irá iniciar tratamento em contexto de hospital de dia	14
5.1.2. Objetivos da consulta de enfermagem telefónica de seguimento à pessoa com doença autoimune em tratamento no hospital de dia	15
5.2. PLANIFICAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA AUTOIMUNE EM TRATAMENTO EM CONTEXTO DE HOSPITAL DE DIA	15
5.3. ESTRUTURA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA AUTOIMUNE QUE IRÁ INICIAR TRATAMENTO EM CONTEXTO DE HOSPITAL DE DIA	17
6. PERSPETIVAS FUTURAS	18
7. CONCLUSÃO	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
ANEXOS	23
ANEXO I	
ANEXO II	
ANEXO III	
ANEXO IV	
ANEXO V	
ANEXO VI	
ANEXO VII	
ANEXO VIII	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final, inserido no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP), realizado em contexto de hospital de dia de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte do país. O projeto de estruturação de uma consulta de enfermagem dirigida à pessoa com doença autoimune a iniciar tratamento em hospital de dia foi elaborado sob a orientação das Professoras Cecília Rodrigues e Eloísa Maciel e tutoria das Enfermeiras [REDACTED]

O hospital de dia desta ULS tem como centro dos cuidados de saúde centenas de pessoas e, apesar da pessoa com doença oncológica representar a grande maioria da população alvo dos cuidados, o mesmo dá resposta a outros tratamentos, nomeadamente no âmbito das doenças sistémicas inflamatórias crónicas, como as doenças autoimunes onde se inclui o lúpus eritematoso sistémico e a artrite reumatóide. Assim, no âmbito desta unidade curricular temos como objetivo desenvolver uma consulta de enfermagem dirigida à pessoa com doença autoimune que irá iniciar tratamento em contexto de hospital de dia e uma consulta de enfermagem telefónica de seguimento à pessoa com doença autoimune após o tratamento. O enfermeiro assume um papel fundamental no tratamento pelo que o desenvolvimento da consulta tem como objetivo a avaliação do doente, a promoção da sua qualidade de vida e a capacitação da pessoa face ao tratamento realizado em contexto de hospital de dia.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: A PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA

As doenças crónicas são uma das principais causas de morte e de comorbilidades na Europa, havendo estudos que sugerem o aumento destes números no futuro. Outrora, pensava-se que as doenças crónicas eram um problema exclusivo dos países mais ricos e mais envelhecidos, no entanto, atualmente, sabe-se que são um problema mundial e sem uma faixa etária definida, representando um impacto económico elevado, uma vez que reduzem a capacidade das pessoas para trabalharem, levando a um aumento do absentismo e até mesmo a reformas prematuras, traduzindo isto num grande impacto nas economias das famílias e dos países (Busse et al., 2010).

As doenças sistémicas inflamatórias crónicas representam um conjunto de doenças crónicas, nas quais se integram a Artrite Reumatóide (AR) e o Lúpus Eritematoso Sistémico (LES). De acordo com um estudo realizado à população portuguesa, as doenças reumáticas e musculoesqueléticas comparativamente com outros países do sul da europa têm alta prevalência, sendo das doenças crónicas não transmissíveis mais comuns em Portugal (Branco et al., 2016).

2.1. DOENÇAS SISTÉMICAS INFLAMATÓRIAS CRÓNICAS: ARTRITE REUMATÓIDE E LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

2.1.1. Artrite reumatoide

A AR é, geralmente, definida como uma doença inflamatória que pode surgir nas articulações das mãos/punhos, pés/tornozelos, cotovelos e joelhos (Sezgin & Bektas, 2022). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma doença crónica, autoimune e sistémica, que pode originar danos graves nas articulações, assim como o aparecimento de doenças cardiovasculares, pulmonares e do sistema nervoso (OMS, 2023).

Em 2019, 18 milhões de pessoas viviam, em todo o mundo, com AR, cerca de 70% eram mulheres e 55% tinham mais de 55 anos (OMS, 2023). Em Portugal em 2016, a prevalência desta doença era de, aproximadamente 0,7%, estimando-se que afete cerca de 70 mil portugueses (Branco et al., 2016).

A pessoa com doença reumática autoimune enfrenta um conjunto de desafios, nomeadamente o curso imprevisível da doença, a limitação dos tratamentos eficazes e uma grande variedade de sintomas, sendo os mais frequentes a dor, a perda de sensibilidade, a fadiga, o edema e a rigidez articular. Com isto, estes doentes estão sujeitos a danos psicológicos significativos, sofrimento, redução da função física e diminuição da qualidade de vida (Wojeck et al., 2023).

Na maior parte dos países da Europa a disparidade na oportunidade de emprego e na participação no trabalho entre pessoas com doenças crónicas e a população em geral varia entre 10% e 15% sendo que, as doenças reumáticas e músculo-esqueléticas são responsáveis até 60% das ausências prolongadas por doença e ocupam o primeiro ou segundo lugar nas causas de incapacidade para o trabalho em todos os países (Boonen et al., 2023). Pelo menos 50% das pessoas diagnosticadas com AR e que vivem em países desenvolvidos, não trabalham em tempo integral nos últimos 10 anos desde o início da doença, devido à sintomatologia da mesma (Sezgin & Bektas, 2022).

2.1.2. LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

A Sociedade Portuguesa de Reumatologia (SPR) define o LES como uma doença crónica imunomediada (SPR, 2023). Segundo a SPR o LES afeta 0,07% da população portuguesa, em que 75% das pessoas tem início da doença entre os 16 e 49 anos, sendo característico em mulheres em idade reprodutiva (SPR, 2023).

O LES pode apresentar um conjunto de sinais e sintomas que podem variar de pessoa para pessoa. A maioria das pessoas com este diagnóstico, cerca de 90%, apresentam manifestações cutâneas e/ou articulares, no entanto podem apresentar manifestações com maior gravidade, nomeadamente com atingimento renal, em 37%, ou apresentar alterações psiquiátricas, em 18% (SPR, 2023). Os sinais e sintomas que se destacam do LES são a fadiga, o cansaço ou mialgias, febre (pode estar não só associada à evolução da doença, mas também a uma infeção ou reação a fármacos), dor e/ou inflamação articular, lesões cutâneas sensíveis ao sol, lesões orais ou nasais, alopecia, eritema malar com a forma de asa de borboleta, fenómeno de Raynaud (ocorre em 16 a 40% das pessoas). Podem ainda ocorrer outros sintomas, nomeadamente renais com manifestação ao nível de edemas dos membros inferiores ou hipertensão arterial; sintomas gastrointestinais como por exemplo alteração do trânsito gastrointestinal ou queixas dispépticas; alterações pulmonares particularmente inflamação da pleura, pneumonite, doença intersticial do pulmão, hipertensão pulmonar ou hemorragia alveolar; doença cardiovascular como é exemplo a inflamação do pericárdio, do miocárdio ou outras válvulas cardíacas, sendo que as pessoas com esta doença têm maior risco de desenvolver doença arterioscleróticas havendo maior risco de enfarte agudo do miocárdio ou acidente vascular cerebral em idades mais jovens ou, ainda, manifestações do foro trombótico como trombozes venosas profundas, embolias pulmonares; alterações neuropsiquiátricas como por exemplo alterações cognitivas, psiquiátricas, cefaleias ou neuropatia periférica; manifestações oftálmicas como a secura ocular; manifestações hematológicas como a anemia,

leucopenia ou trombocitopenia e, por fim produção de anticorpos antinucleares, característico de mais de 98% das pessoas com o diagnóstico de LES (SPR, 2023).

As doenças reumatológicas e músculo-esqueléticas não estão associadas apenas alterações físicas ou na saúde mental, traduzem-se também numa baixa qualidade de vida em saúde levando a um aumento do consumo de recursos em saúde, remetendo para uma preocupação adicional sobre os recursos disponíveis para o tratamento de pessoas com estas doenças (Branco et al., 2016).

De acordo com a SPR (2023) o tratamento da doença não se pode dissociar das manifestações clínicas e da atividade da doença tendo como principal objetivo a remissão e a prevenção de agudizações. Como medidas não farmacológicas destacam-se a evicção da exposição solar, o uso de protetor solar com fator de proteção elevado diariamente, a prática de exercício regularmente, a adoção de uma dieta equilibrada, a cessação tabágica, bem como a gestão de outras condições de saúde associadas como a diabetes, a hipertensão ou a dislipidemia.

No tratamento da AR e no LES os fármacos mais utilizados são os anti-inflamatórios não esteroides, os corticosteroides, os antipalúdicos de síntese, os imunossuppressores e os biotecnológicos (SPR, 2023).

De acordo com a literatura, os medicamentos modificadores da atividade da doença associados ao tratamento de doenças autoimunes, nomeadamente AR e LES, têm um conjunto de efeitos adversos que estão representados na tabela 1.

Tabela 1 – Efeitos adversos associados aos medicamentos modificadores da atividade da doença

Efeitos adversos frequentes	
Medicamentos Modificadores da Atividade da Doença (anti palúdicos/antimaláricos; inibidores de calcineurina, antimetabólicos; antineoplásicos)	- Reações infusionais; - Reações no local da administração; - Elevação das enzimas hepáticas, - Citopenias (pouco frequentes se existir suplementação concomitante como uso dos antimetabólicos análogos do ácido fólico); - Sintomas gastrointestinais – náuseas e vômitos, - Erupções cutâneas; - Aumento do risco de infeções.
Antimaláricos	- Retinopatia; - Miopatia; - Neuropatia.

Inibidores de calcineurina	- Hirsutismo; - Hipertensão Arterial; - Alteração da função renal.
Agentes Alquilantes	- Citopenias graves; - Infertilidade; - Cistite hemorrágica.

Os *Common Terminology Criteria for Adverse Events* [CTCAE] (2017) para os efeitos adversos são uma terminologia descritiva que pode ser utilizada para a comunicação de efeitos adversos ANEXO I. A escala classifica os efeitos adversos por grau de gravidade, entre 1 e 5, para cada termo. O grau 1 (ligeiro) associado a sintomas ligeiros ou mesmo assintomáticos, exige apenas observação clínica sem intervenção. O grau 2 (moderado) exige uma intervenção localizada ou uma intervenção mínima. O grau 3 (grave) tem efeitos clinicamente significativos, mas sem risco imediato de vida, necessidade de hospitalização ou prolongamento da hospitalização. O grau 4 (risco de vida) exige intervenção urgente. Por fim, o grau 5 traduz-se em morte relacionada com os efeitos adversos (CTCAE, 2017).

3. PAPEL DO ENFERMEIRO NOS CUIDADOS À PESSOA COM LES E AR

O enfermeiro é essencial nos cuidados à pessoa com o diagnóstico de uma doença autoimune (Cano García et al., 2023; García et al., 2021), uma vez que devido à proximidade que tem com a pessoa, família e/ou cuidador assume um papel preponderante na capacitação, na gestão da doença e no suporte à pessoa (Eijk-Hustings et al., 2012 & Bech et al., 2020)

A *European Alliance of Associations for Rheumatology* (EULAR) concebeu e atualizou as primeiras recomendações acerca do papel do enfermeiro na gestão das doenças reumáticas. Nestas recomendações ficou bem vincado o impacto positivo do enfermeiro na capacitação do doente e/ou familiar/cuidador, na gestão contínua da doença, no apoio psicossocial e no empoderamento da pessoa, familiar/cuidador, o que se traduz num melhor acesso aos cuidados de saúde e da satisfação com os mesmos, melhorando assim a eficiência dos cuidados e a segurança dos mesmos (Eijk-Hustings et al., 2012 & Bech et al., 2020).

Um dos principais focos de atenção dos cuidados de enfermagem está relacionado com a capacitação da pessoa, através de intervenções de enfermagem no âmbito de ensinar, instruir e treinar, nomeadamente sobre a patologia e o tratamento, com o objetivo de fornecer ferramentas, conhecimentos e competências que promovam uma melhor gestão da doença. Assim sendo, é aconselhável que a informação seja doseada e estruturada, sem sobrecarregar a

pessoa e que seja fornecida em linguagem adequada às suas capacidades (García et al., 2021). A EULAR, defende também, nas suas recomendações direcionadas à pessoa com AR que o processo de capacitação deve ser planeado, permitindo o apoio, a gestão e a otimização da saúde e do bem-estar (Jones et al., 2022).

Para a EULAR a capacitação dos doentes e a promoção da saúde deve abordar tópicos como o humor, o sono, o exercício físico, o estilo de vida saudável, as habilidades de relaxamento e de comunicação. Assim, a capacitação do doente é uma parte crucial na gestão da AR e deve contribuir para aumentar a vontade, a capacidade e os conhecimentos da pessoa com AR de modo a que esta consiga assumir um papel ativo na gestão da sua doença e tomar decisões sobre a sua condição de saúde (Jones et al., 2022).

Concomitantemente, o papel do enfermeiro em relação à pessoa com LES também inclui a sensibilização para a importância de hábitos de vida saudáveis que incluam uma dieta equilibrada, hábitos de sono adequados, prática de exercício físico, bem como cessação de hábitos etílicos ou tabágicos. A redução de stress é também importante, dando prioridade às atividades de vida diária, ao intercalar períodos de descanso com períodos de atividade assim como a dedicação de tempo aos cuidados pessoais e a atividades de lazer. Para além destes, o LES exige alguns cuidados específicos nomeadamente relacionados com a aplicação de protetor solar com alto fator de proteção, evicção à exposição solar nas horas de maior intensidade, vestir roupas confortáveis à base de fibras naturais que cubram os braços e as pernas assim como uso de chapéu e óculos de sol. A par dos cuidados de enfermagem referidos, o enfermeiro deve de assumir a responsabilidade na aplicação periódica de instrumentos de avaliação, como por exemplo a Escala Hospitalar da Ansiedade e Depressão (HADS) ou Escala da dor. Este estudo propõe, ainda, o estabelecimento de programas de apoio quer individuais ou em grupo dirigidos por uma equipa multidisciplinar (García et al., 2021).

Nos cuidados de enfermagem direcionados à pessoa com LES está integrada a educação em saúde, a administração do tratamento e a gestão da adesão ao mesmo, assim como a identificação e monitorização de efeitos adversos (García et al., 2021).

As *guidelines* sobre os cuidados de enfermagem direcionadas à pessoa com LES ainda são escassas. Contudo, as diretrizes existentes centram os cuidados de enfermagem no tratamento da nefrite lúpica, na administração de imunoglobulinas ou no tratamento da artrite inflamatória crónica (Bech et al 2020).

Um estudo realizado em Espanha corrobora a importância do LES ser tratado por uma equipa multidisciplinar em que estejam incluídos enfermeiros, destacando o papel deste profissionais na gestão de programas de apoio a pessoas com LES, todavia identificam a falta de formação especializada como uma barreira à implementação destes programas pelo que é importante

10

desenvolver programas de formação neste âmbito com o intuito de promover a melhoria dos cuidados prestados (Cano García et al., 2023).

Posto isto, o desenvolvimento de uma consulta dedicada às pessoas que irão iniciar tratamento em hospital de dia e com diagnóstico de uma doença autoimune tem como objetivo organizar, estruturar e adequar os cuidados às necessidades das pessoas, permitindo à equipa a melhoria das competências nesta área e por conseguinte uma melhoria contínua dos cuidados.

4. PERTINÊNCIA DA CONSULTA E A REALIDADE DO CONTEXTO HOSPITALAR

O Hospital de Dia dá resposta a inúmeros tratamentos, com grande afluência o tratamento de pessoas com doença oncológica, havendo por outro lado outros tratamentos como são exemplo os tratamentos de pessoas com doença autoimune, tendo sido realizadas 2245 e 2530 sessões no ano de 2022 e 2023, respetivamente (ULSSA, 2024).

Atualmente, neste contexto já está implementada uma consulta de enfermagem destinada a pessoas com doença oncológica em tratamento em regime de ambulatório. Neste sentido, os profissionais percebem que esta consulta se traduz numa mais-valia a par do que é refletido na literatura. Desta forma, a necessidade de uma consulta destinada a pessoas com doença autoimune é premente, pelo que a planificação deste projeto visa colmatar esta necessidade e conduzir à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

5. PRINCÍPIOS ORIENTADORES DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A consulta de enfermagem visa a promoção da saúde e a prevenção da doença, de complicações e/ou incapacidades, facilitando o processo de adaptação e/ou recuperação da saúde, tendo também como objetivo a capacitação da pessoa na gestão do processo de saúde, maximizando o seu bem-estar e autocuidado de forma a promover uma melhoria da qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

Durante o último meio século, a visão da pessoa no centro dos cuidados de enfermagem traduz-se na alta qualidade dos mesmos pelo que, atualmente, a perspetiva da pessoa, a sua envolvimento e a tomada de decisão compartilhada são cada vez mais importantes (Langberg et al., 2019). O empoderamento da pessoa face à sua condição de saúde requer que a relação entre os profissionais de saúde e as pessoas assente numa parceria e, não uma abordagem em que o profissional é o especialista enquanto a pessoa segue um cuidado formalmente guiado. Assim, é necessária uma abordagem que permita à pessoa com doença crónica gerir a sua saúde no dia-a-dia, sendo que este apoio à autogestão da doença ajudará as pessoas a

desenvolver os conhecimentos, as habilidades e a confiança que necessitam (The Health Foundation, 2016).

Segundo (Aranda, 2008), o desenho da intervenção de enfermagem para a autogestão da doença crónica deve considerar o problema da pessoa assim como a prevalência do mesmo na população definindo-se, assim uma população alvo (Aranda, 2008), que neste contexto serão as pessoas com doença autoimune a iniciar tratamento em contexto de hospital de dia. O mesmo autor, refere que a intervenção de enfermagem deve ser orientada segundo um quadro conceptual, assim como devem ser definidos os resultados desejados com a intervenção de enfermagem, uma vez que este processo é crucial para que o impacto da intervenção seja medido. Na definição de medidas para avaliação e monitorização da população devem ser considerados instrumentos validados, para além disto menciona que o conteúdo da intervenção deve procurar abordar a relação entre o problema da pessoa e os resultados desejados, como também se deve adotar uma abordagem centrada na pessoa, permitindo a personalização da intervenção de enfermagem (Aranda, 2008). Este autor refere, ainda, que no planeamento da intervenção de enfermagem devem ser considerados aspetos como a frequência das intervenções de enfermagem assim como o método através do qual esta se realiza, por exemplo presencialmente ou com recursos à tecnologia. Por fim, é importante perceber em que medida a intervenção foi realizada de acordo com o planeamento (Aranda, 2008). À semelhança das etapas definidas por este estudo a OE tem um Parecer do Conselho de Enfermagem Nº53/2021 inerente à consulta de enfermagem, onde menciona que esta deve respeitar as etapas do processo de enfermagem nomeadamente a colheita de dados, a formulação dos diagnósticos, o planeamento de intervenções, a execução e implementação das intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados obtidos.

A consulta de enfermagem carece de uma preparação onde devem ser considerados os aspetos inerentes ao contexto como assegurar a privacidade, organizar o meio físico, minimizar o ruído e prevenir interrupções (Simões & Cardoso, 2012). O enfermeiro deve desenvolver uma relação empática e estabelecer uma boa comunicação para que seja bem-sucedido no desenvolvimento da consulta de enfermagem (Phaneuf, 2005). Complementarmente, é importante assegurar as competências de comunicação como: a escuta ativa, o uso das técnicas de comunicação não verbal, o fornecimento de pequenas quantidades de informação, o uso de linguagem compreensível, o respeito pela informação transmitida pela pessoa como os sentimentos, as preferências e as crenças (Silva & Carvalho, 2012).

Para a planificação da consulta, uma vez que esta também se destina à capacitação da pessoa, família/cuidador, identificaram-se na literatura técnicas de comunicação que auxiliam a intervenção de enfermagem neste âmbito como por exemplo o *teach-back* e o *chunk and check*.

12

O *teach-back* implica que o profissional de saúde peça à pessoa que explique pelas suas próprias palavras a informação que lhe foi transmitida, permitindo que qualquer mal-entendido seja esclarecido, havendo nova verificação da compreensão da informação até que a pessoa recorde corretamente a informação fornecida, sendo um processo contínuo (Talevski et al., 2020). O *chunk and check* pode ser usada em conjunto com o *teach-back*, esta técnica consiste em dividir a informação que será disponibilizada ao doente em blocos, havendo consecutivamente uma confirmação da informação compreendida e retida pelo método *teach-back* antes de prosseguir (The Health Literacy Place, 2023).

Para o desenvolvimento do projeto, percebe-se que a consulta de seguimento é essencial para o acompanhamento de sinais e sintomas, desta forma pretende-se realizar uma consulta de seguimento, telefonicamente, após o tratamento, de acordo com o fluxograma apresentado no ANEXO II.

A telemedicina pode ser definida como a prestação de serviços de saúde à distância, quando a pessoa e/ou familiar/cuidador e o profissional de saúde não estão no mesmo espaço físico, sendo feita remotamente (Mehl et al., 2018). A OMS recomenda o uso desta ferramenta, para complementar os cuidados de saúde, em vez de os substituir, para tal tem que ser garantido um ambiente de privacidade, de responsabilidade e de segurança para o doente (OMS, 2019).

A consulta de enfermagem à pessoa com doença autoimune que irá iniciar tratamento em hospital de dia (ANEXO II) tem dois momentos de intervenção, uma consulta presencial que precede o tratamento em regime de hospital de dia e outra consulta não presencial de seguimento, teleconsulta, que decorrerá entre o segundo e o quarto dia após cada tratamento.

Numa primeira consulta, que será presencial, serão abordados aspetos inerentes à doença bem como ao tratamento e integração no espaço físico onde será realizado o tratamento. Nesta consulta o enfermeiro assume um papel preponderante na capacitação da pessoa face ao seu regime de tratamento, sendo essencial a disponibilização de informação à equipa nomeadamente apresentação do planeamento da consulta e das particularidades do mesmo, uma vez que a sua ausência pode ser uma barreira à melhoria dos cuidados prestados (Cano García et al., 2023). Atendendo à revisão da literatura previamente formalizada, destacaram-se pontos-chave a abordar na consulta, nomeadamente sinais e sintomas da doença: a dor já avaliada no serviço pela escala da dor (ANEXO III); a fadiga que será avaliada com recurso à Escala da Severidade da Fadiga (FSS) (ANEXO IV); e os aspetos psicológicos com o auxílio da Escala Hospitalar da Ansiedade e Depressão (HADS) (ANEXO V). As escalas FSS e HADS, atualmente, não são utilizadas no serviço, contudo a escala de HADS já está em vigor na ULS. A capacitação da pessoa face à condição de saúde e do tratamento que irá iniciar será um dos focos de atenção desta consulta, desta forma é premente avaliar a capacidade cognitiva da

13

pessoa que recebe a informação definindo-se como instrumento de avaliação o *Mini COG®* (ANEXO VI), que até ao momento, também não é utilizado no serviço.

Na consulta de seguimento, será privilegiada a deteção precoce de sinais e sintomas associados ao regime de tratamento. Desta forma, de acordo com a revisão bibliográfica, elaborou-se um diário de registo (ANEXO VII) dos sinais e sintomas mais prevalentes nas pessoas com doença autoimune em tratamento em hospital de dia, com o objetivo de instruir a pessoa a realizar a autovigilância de sinais e sintomas no domicílio, havendo uma facilidade na transmissão de informação na consulta telefónica. As intervenções de enfermagem, associadas aos efeitos adversos da medicação sustentaram-se nos critérios terminológicos comuns para os efeitos adversos (ANEXO I), procedendo-se à estruturação dos cuidados de enfermagem com base nos mesmos. O fluxograma presente no anexo II, representa a tomada de decisão face aos sinais e sintomas presentes. É de salientar que a presença de náuseas e vômitos de grau 2, erupções cutâneas, febre e aumento da dor e/ou fadiga que não alivia com repouso e compromete a realização das atividades de vida diária é indicação para se proceder à referenciação para a equipa médica uma vez que exigem observação clínica de acordo com CTCAE (2017). Nesta fase, também pode ser pertinente o desenvolvimento de protocolos clínicos que auxiliem a tomada de decisão na presença de sinais e sintomas específicos para além do referido anteriormente, representando uma mais valia para a qualidade dos cuidados.

De seguida, serão apresentados os objetivos inerente à consulta de enfermagem bem como a sua planificação.

5.1. OBJETIVOS DAS CONSULTAS DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA AUTOIMUNE EM TRATAMENTO EM CONTEXTO DE HOSPITAL DE DIA

5.1.1. Objetivos da consulta de enfermagem à pessoa com doença autoimune que irá iniciar tratamento em contexto de hospital de dia

- Acolher a pessoa, família/cuidador com doença autoimune antes de iniciar o tratamento em hospital de dia;
- Apoiar a pessoa, família/cuidador no processo de transição e adaptação ao novo regime de tratamento;
- Envolver a pessoa, família/cuidador na gestão do regime terapêutico que irá iniciar em hospital de dia;
- Identificar as necessidades de intervenção nas áreas de atenção consideradas importantes para a capacitação e empoderamento da pessoa, família/cuidador com doença autoimune antes de iniciar e durante o tratamento em hospital de dia;
- Documentar de forma sistematizada o processo de enfermagem.

5.1.2. Objetivos da consulta de enfermagem telefônica de seguimento à pessoa com doença autoimune em tratamento no hospital de dia

- Validar o regime medicamentoso inerente ao protocolo do tratamento prescrito para o domicílio (caso se adequar);
- Avaliar a gestão do regime terapêutico;
- Avaliar os efeitos secundários ao tratamento para a doença autoimune;
- Esclarecer dúvidas;
- Documentar de forma sistematizada o processo de enfermagem.

5.2 PLANIFICAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA AUTOIMUNE EM TRATAMENTO EM CONTEXTO DE HOSPITAL DE DIA

A planificação do roteiro da consulta e enfermagem permite ao profissional a estruturação da mesma impedindo mudanças inconsistentes (Oliveira et al., 2012). As orientações que a seguir se seguem derivam da articulação das diferentes ideias e conceitos nomeadamente da obra de Phaneuf denominada "Comunicação, Entrevista, relação de ajuda e Validação" (2005), do livro de Rui Mota Cardoso intitulado "Competências Clínicas de Comunicação" (2012), do parecer do Conselho de Enfermagem N.º 53/2021 da OE e da revisão da literatura para a elaboração do projeto. Na tabela 2, apresenta-se a estrutura definida para a consulta de enfermagem destinada à pessoa com doença autoimune que irá iniciar o tratamento em hospital de dia.

Tabela 2 – Planificação da consulta de enfermagem à pessoa com doença autoimune que irá iniciar tratamento em contexto de hospital de dia

Etapa da consulta	Atividades
Início da consulta (5 minutos)	- Receber a pessoa, família/cuidador; - Apresentar-se enquanto enfermeiro e referir qual o seu papel na equipa multidisciplinar;
Colheita de dados (15 minutos)	- Avaliar o conhecimento da pessoa família/cuidador sobre a doença e o regime de tratamento proposto; - Avaliar o estado cognitivo (<i>Mini COG</i>®); - Avaliar o conhecimento da pessoa sobre a doença;

Intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em ambulatório

	- Avaliar sinais e sintomas associados à doença (Permitir à pessoa respostas abertas e aplicar instrumentos de avaliação como a Escala da Dor, Escala de Severidade da Fadiga (FSS) e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).
Planeamento e intervenção de enfermagem (10 minutos)	- Capacitar a pessoa, família/cuidador sobre o tratamento a realizar (tipologia de tratamento, vias de administração, periodicidade e duração); - Capacitar a pessoa, família/cuidador sobre os efeitos adversos e autovigilância; - Capacitar a pessoa, família/cuidador sobre os cuidados a ter; - Informar a pessoa, família/cuidador sobre os recursos disponíveis em caso de dúvidas ou descompensação;
Avaliação (5 minutos)	- Avaliar a compreensão e retenção da informação com recurso à técnica <i>teach-back</i> e <i>chunk and check</i> (A avaliação da compreensão da informação será realizada paulatinamente à medida que se avança no processo de capacitação no final de cada temática abordada). - Visita guiada ao hospital de dia polivalente. - Agendar consulta de seguimento-teleconsulta.

Tabela 3- Planificação da consulta de enfermagem telefónica de seguimento à pessoa com doença autoimune em tratamento no hospital de dia

Etapa da consulta	Atividades
Início da consulta (5 minutos)	- Apresentar o enfermeiro - Identificação da pessoa, familiar/ cuidador;
Colheita de dados, planeamento e intervenção de enfermagem (10 minutos)	- Avaliar sinais e sintomas associados à doença; - Avaliar a presença de efeitos adversos inerentes ao tratamento (grelha de avaliação);
Avaliação (5 minutos)	- Esclarecimento de dúvidas

5.3. ESTRUTURA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOENÇA AUTOIMUNE QUE IRÁ INICIAR TRATAMENTO EM CONTEXTO DE HOSPITAL DE DIA

Recursos humanos: Enfermeiro; Assistente operacional; Administrativos; Médico.

Recursos físicos: Gabinete para a consulta;

Recursos materiais: Computador; Mesa e cadeiras; Armário para arrumação de material de apoio (publicações informativas/ consentimos).

Recursos temporais: A consulta de enfermagem irá preceder o início do tratamento no hospital de dia, a decorrer em dia fixo conforme a aprovação da direção de serviço, com uma duração de aproximadamente 30 minutos de acordo com o Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, n.º 743/2019, N.º184, publicado em Diário da República a 25 de setembro de 2019, na p. 128.

5.4. ESTRUTURA DA CONSULTA DE ENFERMAGEM TELEFÓNICA DE SEGUIMENTO À PESSOA COM DOENÇA AUTOIMUNE EM TRATAMENTO NO HOSPITAL DE DIA:

Recursos humanos: Enfermeiro;

Recursos físicos: Gabinete para a consulta;

Recursos materiais: Computador; Telefone para a consulta de seguimento; Mesa e cadeiras; Armário para arrumação de material de apoio.

Recursos temporais: A consulta de enfermagem irá realizar-se após o primeiro tratamento no hospital de dia, a decorrer em dia fixo conforme a aprovação da direção de serviço e de acordo com as necessidades identificadas em cada pessoa.

6. PERSPETIVAS FUTURAS

O projeto desenvolvido em contexto de estágio criou um modelo de consulta destinado a pessoas com doenças autoimunes, especificamente para pessoas com LES e AR, no sentido de dar resposta a uma necessidade do serviço e, complementarmente, como um projeto de desenvolvimento de competências no âmbito do mestrado de enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Por se balizar num período de estágio limitou a escolha das doenças abordadas às mais frequentes, contudo prevê-se que esta mesma consulta seja alargada a todas as pessoas que tenham doença autoimune em tratamento em contexto de hospital de dia.

No desenvolvimento do projeto considerou-se pertinente o uso de várias escalas, no entanto a FSS não está integrada no sistema de registos de enfermagem (SClínico), desta forma o registo dos dados pode ser uma limitação. Assim sendo, efetuou-se o pedido de autorização para a sua utilização à autora da validação do instrumento para a população portuguesa, do qual se obteve parecer positivo, e fez-se seguir o processo de acordo com as normas legais, aguardando o parecer do conselho de administração para a integração da consulta no serviço e posteriormente será emitido o pedido aos serviços partilhados do ministério da saúde para a integração da escala no sistema de registos.

Por fim, apesar da planificação percebe-se que a implementação da consulta será um processo gradual, representado no cronograma de planeamento (ANEXO VIII), a ajustar à equipa multidisciplinar e aos recursos, no sentido de atingir o seu potencial máximo contribuindo de forma eximia para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

7. CONCLUSÃO

Este trabalho centrou-se no planeamento de uma consulta de enfermagem à pessoa com doença autoimune a iniciar tratamento em contexto de hospital de dia, dando resposta ao objetivo de estágio de natureza profissional, realizado no âmbito do Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

O cuidado centrado na pessoa à luz da mais recente evidência científica tem um papel preponderante na otimização da qualidade dos cuidados prestados, promovendo a melhoria contínua da qualidade, da segurança e da manutenção da qualidade de vida da pessoa com doença crónica, da família e/ou cuidador e da prevenção de futuras agudizações. O enfermeiro especialista assume, assim, um papel dinâmico na equipa multidisciplinar.

O planeamento desta consulta advém da necessidade perspectivada pelos profissionais do serviço, dos cuidados de enfermagem direcionados à pessoa com doença autoimune que inicia tratamento em hospital de dia, a par de outra consulta já desenvolvida no serviço dirigida à pessoa com doença oncológica. Ao longo do estágio esta necessidade foi alvo da nossa reflexão, percecionando as reais carências da equipa assim como das pessoas que realizavam tratamento, permitindo com o planeamento desta consulta de enfermagem dinamizar e incrementar novas soluções e otimizando o modelo do planeamento dos cuidados de enfermagem.

Apesar do presente modelo estar direcionado a patologias específicas, percebe-se que poderá ser facilmente ampliado a outras doenças autoimunes, sendo esse o objetivo da equipa.

Em suma, a melhoria da qualidade dos cuidados deve ser um foco da atenção dos enfermeiros especialistas contribuindo com um papel dinâmico, proativo e incentivador da equipa de enfermagem refletindo-se em ganhos para a pessoa alvo dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranda, S. (2008). Designing nursing interventions. *Collegian*, 15(1), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.11.002>
- Bech, B., Primdahl, J., Tubergen, A. van, Voshaar, M., Zangi, H. A., Barbosa, L., Boström, C., Boteva, B., Carubbi, F., Fayet, F., Ferreira, R. J. O., Hoeper, K., Kocher, A., Kukkurainen, M. L., Lion, V., Minnock, P., Moretti, A., Ndosì, M., Nikolic, M. P., ... Eijk-Hustings, Y. van. (2020). 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 79(1), 61. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215458>
- Boonen, A., Webers, C., Butink, M., Barten, B., Betteridge, N., Black, D. C., Bremander, A., Boteva, B., Brzezińska, O., Chauhan, L., Copsey, S., Guimarães, V., Gignac, M., Glaysheer, J., Green, F., Hoving, J. L., Marques, M. L., Smucrova, H., Stamm, T. A., ... Verstappen, S. M. M. (2023). 2021 EULAR points to consider to support people with rheumatic and musculoskeletal diseases to participate in healthy and sustainable paid work. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 82(1), 57. <https://doi.org/10.1136/ard-2022-222678>
- Branco, J. C., Rodrigues, A. M., Gouveia, N., Eusébio, M., Ramiro, S., Machado, P. M., Da Costa, L. P., Mourão, A. F., Silva, I., Laires, P., Sepriano, A., Araújo, F., Gonçalves, S., Coelho, P. S., Tavares, V., Cerol, J., Mendes, J. M., Carmona, L., Canhão, H., & on behalf of the EpiReumaPt study group. (2016). Prevalence of rheumatic and musculoskeletal diseases and their impact on health-related quality of life, physical function and mental health in Portugal: Results from EpiReumaPt— a national health survey. *RMD Open*, 2(1), e000166. <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2015-000166>
- Busse, R., Blümel, M., Scheller-Kreinsen, D., & Zentner, A. (2010). *Tackling chronic disease in europe: Strategies, interventions and challenges*. Observatory Studies.
- Cano García, L., Domínguez Quesada, C., Rodríguez Vargas, A. I., Trujillo Martín, E., & Martín Martín, J. M. (2023). Nursing Recommendations in the Management of Systemic Lupus Erythematosus: A Delphi Consensus. *Hispanic Health Care International*, 21(4), 213–220. <https://doi.org/10.1177/15404153231176001>
- Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14 de junho (2003). A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. Direção Geral de Saúde, (14/06/2003). https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Eijk-Hustings, Y. van, Tubergen, A. van, Boström, C., Braychenko, E., Buss, B., Felix, J., Firth, J., Hammond, A., Harston, B., Hernandez, C., Huzjak, M., Korandová, J., Kukkurainen, M. L., Landewé, R., Mezieres, M., Milincovic, M., Moretti, A., Oliver, S., Primdahl, J., ... Hill, J. (2012). EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 71(1), 13. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2011-200185>
- García, C., Díaz, G., Blanco, O., Ma, R., & Lora, S. (2021). Perspectiva de la enfermera en el manejo del paciente con Lu- pus Eritematoso Sistémico. *INDEX DE ENFERMERÍA*, 30(3)

- Gomes, Luciana. (2011). Validação da versão portuguesa da escala de impacto da fadiga modificada e da escala de severidade da fadiga na esclerose múltipla. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/17841>
- Jones, B., Bennett, S., Larsson, I., Zangi, H., Boström, C., K, V. der E., Fayet, F., Fusama, M., C, H. M. M. D., Hoepfer, J. R., Kukkurainen, M. L., Kwok, S. K., Frãzao-Mateus, E., Minnock, P., Nava, T., M, P. N., Primdahl, J., Rawat, R., Schoenfelder, M., ... Ndosij, M. (2022). Disseminating and assessing implementation of the EULAR recommendations for patient education in inflammatory arthritis: a mixed-methods study with patients' perspectives. *RMD open*, 8 (1). <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2022-002256>
- Langberg, E. M., Dyhr, L., & Davidsen, A. S. (2019). Development of the concept of patient-centredness – A systematic review. In *Patient Education and Counseling* (Vol. 102, Issue 7, pp. 1228–1236). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.02.023>
- Mehl, G., Tamrat, T., Labrique, A., Orton, M., Baker, E., Blaschke, S., BonTempo, J., DeBorma, N., Eskandar, H., Falzon, D., Fogwill, T., Frost, M., Gilbert, S., Goertz, H., Grevendonk, J., Joshi, S., Kumar, M., Landry, M., Leitner, C., & Say, L. (2018). *Classification of Digital Health Interventions v 1.0*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14531.30243>
- Mini-Cog® (2022). Portuguese Mini-Cog. <https://www.mini-cog.com/wp-content/uploads/2022/09/PORTUGUESE-Mini-Cog-in-Portuguese.pdf>
- NCI. (2017). Common Terminology Criteria for Adverse Events. https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_5x7.pdf
- Norma nº 010/2015 de 15 de junho (2015). Modelo de Funcionamento das Teleconsultas. Direção Geral de Saúde, (15-06-2015). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/modelo-de-funcionamento-das-teleconsultas.pdf>
- Oliveira, S. K. P. D., Queiroz, A. P. O., Matos, D. P. D. M., Moura, A. F. D., & Lima, F. E. T. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 155–161. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100023>
- OMS (2023). Rheumatoid arthritis. <https://who.int/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>
- Parecer do Conselho de Enfermagem nº53/2021, OE (2021). Consulta de Enfermagem e Teleconsulta de Enfermagem. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21536/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência. ISBN: 972-8383-84-3
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, aprovado em Diário da República, 2ª série, Nº184 (25-09-2019) (128-155) <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Sezgin, M. G., & Bektas, H. (2022). The effect of nurse-led care on fatigue in patients with rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled studies.

Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 31(7/8), 832-842.
<https://doi.org/10.1111/jocn.16003>

Simões, A. & Cardoso, R. (2012). Entrevista Clínica: Passo a Passo. Entrevista Clínica. In R. Cardoso (Ed.), *Competências clínicas de Comunicação*. (pp. 23-25). Edições Afrontamento

Silva, F. & Carvalho, I. (2012). Entrevista Clínica: Passo a Passo. Entrevista Focada no Doente. In R. Cardoso (Ed.), *Competências clínicas de Comunicação*. (pp. 44-59). Edições Afrontamento

SPR (2023). *Lupus Eritematoso Sistémico*. <https://spreumatologia.pt/lupus-eritematoso-sistemico/>

Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PLOS ONE*, 15(4), e0231350. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350>

The Health Foundation. (2016). *Person-centred care made simple: what everyone should know about person-centred care*. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>

The Health Literacy Place (2023). *Chunk and Check*. <https://www.healthliteracyplace.org.uk/toolkit/techniques/chunk-and-check/>

Wojeck, R. K., Arcoleo, K., Hathaway, E. C., & Somers, T. J. (2023). Nurse-led interventions in systemic autoimmune rheumatic diseases: a systematic review. *BMC Nursing*, 22(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01393-8>

ANEXOS

ANEXO I

CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE GRAVIDADE DOS EFEITOS ADVERSOS DE ACORDO COM O
CTCAE v5.0

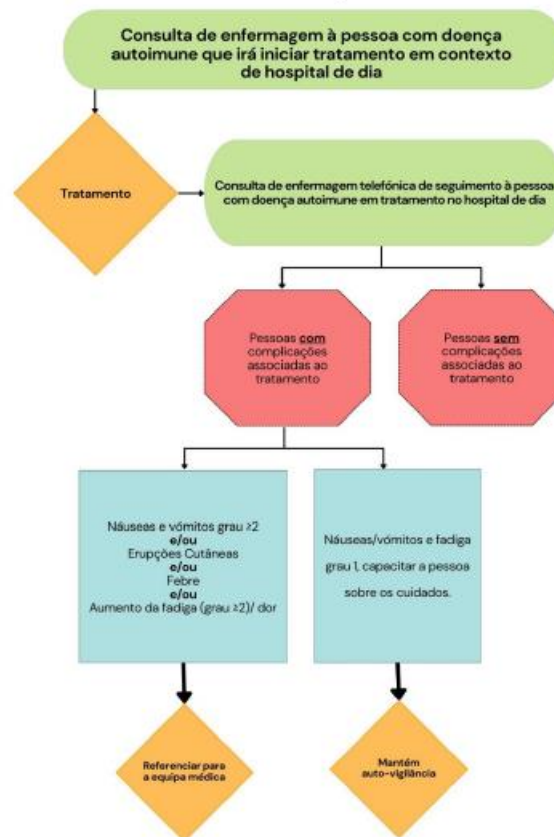
TERMO CTCAE	GRAU 1	GRAU 2	GRAU 3	GRAU 4	GRAU 5
Náusea Perturbação caracterizada por uma sensação de enjoo e/ou vontade de vomitar.	Perda de apetite sem alteração dos hábitos alimentares.	Diminuição da ingestão alimentar sem perda de peso significativa, desidratação ou malnutrição.	Ingestão alimentar (líquidos e sólidos), nutrição parentérica, indicação para hospitalização.	-	-
Vômito Ato reflexo de deitar o conteúdo do estômago pela boca	Sem intervenção indicada.	Hidratação EV; Indicação para intervenção médica.	Alimentação por sonda; nutrição parentérica; indicação para hospitalização.	Consequências com risco de vida - intervenção urgente.	Morte
Afeções da pele e do tecido subcutâneo- outras	Assintomático; Sintomas ligeiros; Observação clínica, sem intervenção indicada.	Moderado, sintomas mínimos/locais, sem intervenção não invasiva.	Grave ou cl clinicamente significativo, sem risco imediato de vida, hospitalização ou prolongamento da hospitalização.	Consequências com risco de vida - intervenção urgente.	Morte
Febre Doença caracterizada pela elevação da temperatura do corpo acima do limite superior do normal.	38°C – 39°C	>39°C-40°C	>40°C por um período inferior ou igual a 24 horas.	>40°C por um período superior a 24 horas.	Morte
Fadiga Perturbação caracterizada por um estado de fraqueza generalizada com uma	Fadiga que alivia com o repouso.	Fadiga que não alivia com o repouso; Há compromisso na realização das atividades de vida diária.	Fadiga que não alivia com o repouso; Há compromisso na realização das atividades de vida diária e	-	-

Intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em tratamento com imunoterapia em
ambulatório

incapacidade pronunciada de reunir energia suficiente para realizar as atividades diárias.			na realização dos autocuidados.		
---	--	--	---------------------------------------	--	--

ANEXO II

**Fluxograma da consulta de enfermagem à pessoa com doença autoimune a iniciar
tratamento em hospital de dia**



ANEXO III

ESCALA DA DOR

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Fonte: https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
(Acedido a 03/01/2024)

ANEXO IV

ESCALA DA SEVERIDADE DA FADIGA (FSS) – VERSÃO PORTUGUESA

INSTRUÇÕES:

Em seguida serão apresentadas 9 afirmações sobre como a fadiga pode afectar uma pessoa. A fadiga é uma sensação de cansaço físico e perda de energia que muitas pessoas sentem de tempos em tempos. Para cada afirmação deverá dar uma nota de 1 a 7. A nota 1 significa que discorda inteiramente da afirmação e a nota 7 significa que concorda inteiramente com a afirmação. Estas afirmações referem-se unicamente às últimas semanas. Por favor, leia cada afirmação cuidadosamente e desenhe um círculo em volta do número que melhor descreva a sua resposta. Se necessitar de ajuda para marcar as respostas, peça ao entrevistador, indicando o número que melhor corresponde à sua resposta. Por favor, responda a todas as questões. Se não tiver certeza sobre qual a resposta a seleccionar, escolha aquele que estiver mais próximo daquilo que descreve o que tem vindo a sentir. O entrevistador poderá explicar algumas palavras ou frases que não compreenda.

	Discordo inteiramente							Concordo inteiramente
1. A minha motivação é menor quando estou fadigado.	1	2	3	4	5	6	7	
2. O exercício físico provoca-me fadiga.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Eu fico fadigado facilmente.	1	2	3	4	5	6	7	
4. A fadiga interfere no meu desempenho físico.	1	2	3	4	5	6	7	
5. A fadiga causa-me problemas frequentes.	1	2	3	4	5	6	7	
6. A minha fadiga impede um desempenho físico prolongado.	1	2	3	4	5	6	7	
7. A fadiga interfere com a execução de certas obrigações e responsabilidades.	1	2	3	4	5	6	7	
8. A fadiga é um dos três sintomas mais incapacitantes que tenho.	1	2	3	4	5	6	7	
9. A fadiga interfere no meu trabalho, na minha vida familiar ou na minha vida social.	1	2	3	4	5	6	7	

Composição da versão original: Itens 1 a 9

Composição da versão portuguesa: Itens 2 a 9

Fonte: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/17841> (Acedido a 03/01/2024)

ANEXO V

ESCALA HOSPITALAR DA ANSIEDADE E DEPRESSÃO (HADS)

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão

Leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na **ÚLTIMA SEMANA**. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

A (1) Eu me sinto tenso ou contraído: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca	D (8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas: 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca
D (2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada	A (9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre
A (3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: 3 () Sim, e de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso	D (10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
D (4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais	A (11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum: 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim
A (5) Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente	D (12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca
D (6) Eu me sinto alegre: 0 () A maior parte do tempo 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca	A (13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando 0 () Não sinto isso
A (7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca	D (14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca

Escala adaptada do impresso interno da Unidade Local de Saúde de Santo António –
IM.SPPS.GER.014/1

ANEXO VI

MINI COG®[illegible]

Fonte: <https://mini-cog.com/wp-content/uploads/2022/09/PORTUGUESE-Mini-Cog-in-Portuguese.pdf> (03/02/2024)

ANEXO VII

DIÁRIO DE REGISTO DE SINAIS E SINTOMAS

NOME: _____

O presente documento visa o registro diário dos sinais e sintomas nos dias imediatamente após o tratamento em hospital de dia. Deverá preencher cada campo de acordo com a legenda abaixo identificada. Precisarás do documento no momento da consulta de seguimento telefônica.

[illegible]

NÁUSEA/VÔMITO 0- Sem náusea/vômito 1- Perda de apetite sem alteração dos hábitos alimentares 2- Diminuição da ingestão alimentar sem perda de peso significativa, desidratação ou malnutrição	PELE 1- Sem alterações 2- Com alterações
FADIGA 0 - Sem fadiga 1- Fadiga que alivia com o repouso. 2- Fadiga que não alivia com o repouso; há compromisso na realização das atividades de vida diária. 3- Fadiga que não alivia com o repouso; há compromisso na realização das atividades de vida diária e na realização dos autocuidados.	

ANEXO VIII

Cronograma de planeamento da consulta

	Planeamento	Aprovação	Formação	Implementação	Avaliação
Novembro 2023					
Dezembro 2023					
Janeiro 2024					
Fevereiro 2024					
Março 2024					
Abril 2024					
Maio 2024					
Junho 2024					
Julho 2024					
Agosto 2024					
Setembro 2024					
Novembro 2024					
Dezembro 2024					

ANEXO VI: Grelha de avaliação do PICC

GRELHA DE AVALIAÇÃO DO PICC		
	SIM	NÃO
O PICC está a ser utilizado		
Permeável		
Dor		
Rubor		
Calor		
Edema		
Trajecto venoso palpável		
Saída de fluidos pelo local de inserção do cateter		
Lesões subcutâneas na área subjacente ao cateter (p.e. vesículas)		
Alteração da coloração dos tecidos circundantes ao cateter		

ANEXO VII: Pesquisa preliminar – Frase booleana

População/ Conceito/ Contexto	Mesh Terms
População	<i>(Immunotherapy OR immunotherapies)</i>
Conceito	<i>(Nursing Care) OR (Care, Nursing) OR (Management, Nursing Care) OR (Nursing Care Management)</i>
	<i>(Oncology Nursing) OR (Nursing, Oncology) OR (Oncologic Nursing) OR (Cancer Nursing) OR (Nursing, Cancer) OR (Nursing, Oncologic) OR (Oncological Nursing) OR (Nursing, Oncological)</i>
	<i>(Nursing or Nursings)</i>
Contexto	<i>(Outpatient Clinics, Hospital) OR (Ambulatory Care Facilities, Hospital) OR (Hospital Outpatient Clinics) OR (Clinic, Hospital Outpatient) OR (Clinics, Hospital Outpatient) OR (Hospital Outpatient Clinic) OR (Outpatient Clinic, Hospital)</i>
	<i>(Ambulatory Care) OR (Care, Ambulatory) OR (Outpatient Care) OR (Care, Outpatient) OR (Health Services, Outpatient) OR (Health Service, Outpatient) OR (Outpatient Health Service) OR (Service, Outpatient Health) OR (Outpatient Health Services) OR (Outpatient Services) OR (Outpatient Service) OR (Service, Outpatient) OR (Services, Outpatient) OR (Services, Outpatient Health) OR (Urgent Care) OR (Care, Urgent) OR (Cares, Urgent) OR (Urgent Cares) OR (Clinic Visits) OR (Clinic Visit) OR (Visit, Clinic) OR (Visits, Clinic)</i>

Pesquisa preliminar com os MeSH Terms	RESULTADOS
MEDLINE Complete (EBSCO - OE)	6
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (EBSCO - OE)	13
Cochrane Central Register of Controlled Trials (EBSCO - OE)	2
Cochrane Database of Systematic Reviews (EBSCO - OE)	0
Cochrane Methodology Register (EBSCO - OE)	0
MedicLatina (EBSCO - OE)	0
Scielo	0
RECAAP	0
PubMed	124

População/ Conceito/ Contexto	Mesh Terms e CINAHL subject headings
População	<i>(Immunotherapy OR immunotherapies)</i>
Conceito	<i>(Nursing Care) OR (Care, Nursing) OR (Management, Nursing Care) OR (Nursing Care Management)</i>
	<i>(Oncology Nursing) OR (Nursing, Oncology) OR (Oncologic Nursing) OR (Cancer Nursing) OR (Nursing, Cancer) OR (Nursing, Oncologic) OR (Oncological Nursing) OR (Nursing, Oncological)</i>
	<i>(Nursing or Nursings)</i>
	<i>(Oncology Nurses)</i>
Contexto	<i>(Outpatient Clinics, Hospital) OR (Ambulatory Care Facilities, Hospital) OR (Hospital Outpatient Clinics) OR (Clinic, Hospital Outpatient) OR (Clinics, Hospital Outpatient) OR (Hospital Outpatient Clinic) OR (Outpatient Clinic, Hospital)</i>
	<i>(Ambulatory Care) OR (Care, Ambulatory) OR (Outpatient Care) OR (Care, Outpatient) OR (Health Services, Outpatient) OR (Health Service, Outpatient) OR (Outpatient Health Service) OR (Service, Outpatient Health) OR (Outpatient Health Services) OR (Outpatient Services) (Outpatient Service) OR (Service, Outpatient) OR (Services, Outpatient) OR (Services, Outpatient Health) OR (Urgent Care) OR (Care, Urgent) OR (Cares, Urgent) OR (Urgent Cares) OR (Clinic Visits) OR (Clinic Visit) OR (Visit, Clinic) OR (Visits, Clinic)</i>

Pesquisa preliminar com os MeSH Terms + CINAHL Subject headings	RESULTADOS
CINAHL Complete (EBSCO - OE)	14

ANEXO VIII: Desenho inicial da tabela de extração de dados

Autor	Ano de publicação	Título do estudo	Metodologia do estudo	Objetivo	Intervenções	Conclusões