

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**A INTERVENÇÃO AVANÇADA DO ENFERMEIRO NA PESSOA COM
DOENÇA ONCOLÓGICA SUBMETIDA A QUIMIOTERAPIA**

**ADVANCED NURSE INTERVENTION IN PERSONS WITH CANCER
UNDERGOING CHEMOTHERAPY**

Autor

Leonor da Costa Pereira

Oliveira de Azeméis, 2025

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A INTERVENÇÃO AVANÇADA DO ENFERMEIRO
NA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA
SUBMETIDA A QUIMIOTERAPIA

ADVANCED NURSE INTERVENTION IN PERSONS
WITH CANCER UNDERGOING CHEMOTHERAPY

Orientador(es)

Igor Emanuel Soares Pinto
Carla Regina Rodrigues da Silva

Autor

Leonor da Costa Pereira

Oliveira de Azeméis, 2025

AGRADECIMENTO

No culminar desta etapa, compete-me agradecer a todos os que de alguma forma permitiram a sua concretização.

Ao orientadores, o Professor Doutor Igor Pinto e a Professora Mestre e Especialista Carla Rodrigues Silva, pelos ensinamentos, incentivo e paciência com que acompanharam este processo;

Ao Conselho de Administração do Hospital onde realizei o estágio, nomeadamente à Direção de Enfermagem, pelas disposições que tornaram possível a realização deste estágio;

Às enfermeiras do Serviço de Consulta Externa, em especial à Enfermeira Especialista designada em funções de Gestão Ana Paula Moreira, pela oportunidade de desenvolver as minhas competências neste serviço; às enfermeira da Clínica de Onco-Hematologia e, em especial à Enfermeira Especialista Brigitte Macedo, tutora do estágio, pela disponibilidade, ensinamentos e motivação essenciais para o sucesso desta etapa;

Aos meus colegas de trabalho, que se mostraram sempre disponíveis para me ajudar e permitiram conciliar o trabalho com o mestrado;

A todos os colegas de mestrado, e em especial àquelas que se tornaram amigas, a Mariana, a Sara e a Joana, por acreditarem sempre em mim, mesmo quando eu não acreditava;

Aos amigos, que me dão ânimo, a Catarina, o Nuno e a Mariana, que sempre tiveram as palavras certas para me fazer continuar. Peço desculpa pela minha ausência em momentos que foram importantes para vocês;

Por último, aos mais importantes, à minha família, imprescindível nos momentos difíceis. Aos meus pais, aos quais devo a minha formação pessoal e académica e por sempre me terem transmitido valores como a perseverança, a honestidade, a responsabilidade, a humildade e o respeito pelo outro; por todo o apoio, paciência, compreensão e amor, por partilharem todas as minhas tristezas, frustrações e alegrias ao longo deste percurso.

A todos, um muito obrigado!

RESUMO

O presente relatório foi elaborado no âmbito do 3.º semestre do 2.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. O estágio decorreu no Serviço de Consulta Externa de Oncologia, mais especificamente na consulta de Onco-Hematologia, inserida num hospital do Serviço Nacional de Saúde em Portugal. Este documento tem como finalidade evidenciar o percurso formativo desenvolvido, demonstrando a capacidade de análise e reflexão crítica, a mobilização do conhecimento teórico adquirido e a aplicação de uma prática clínica sustentada na melhor evidência disponível. Para tal, foram tidas em consideração as competências gerais constantes no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, bem como as competências específicas da Enfermagem Médico-Cirúrgica, com definição de objetivos claros e realização de atividades orientadas para a sua concretização.

A doença oncológica integra, de forma inequívoca, o grupo das doenças crónicas, exigindo intervenções especializadas e contínuas ao longo do tempo. Tendo em consideração o contexto clínico do estágio, a consulta de Onco-Hematologia, este relatório tem como propósito demonstrar a aquisição de competências especializadas no acompanhamento de pessoas com doença oncológica em tratamento com quimioterapia, numa perspetiva holística, centrada na pessoa e nas suas necessidades. A gestão da doença oncológica requer um acompanhamento sistemático, realizado por profissionais de saúde capacitados, com o objetivo de assegurar o sucesso terapêutico e promover a melhor qualidade de vida possível. A quimioterapia, enquanto modalidade terapêutica, está associada a efeitos adversos significativos que afetam não apenas o bem-estar físico e emocional da pessoa doente, mas, também, o quotidiano da sua família e cuidadores. Neste contexto, o enfermeiro especialista assume um papel fulcral na monitorização rigorosa de sinais e sintomas, na gestão eficaz dos efeitos adversos e na promoção da adesão ao regime terapêutico. A sua atuação deve suportar-se na evidência científica mais atual, orientada para a prestação de cuidados individualizados, a promoção da autogestão e a articulação estreita com a equipa multidisciplinar, com vista à segurança, bem-estar e dignidade da pessoa com doença oncológica.

O presente relatório está estruturado em seis capítulos, organizados de forma a refletir, de modo progressivo, o percurso formativo desenvolvido. O primeiro capítulo apresenta uma introdução ao tema, contextualizando os objetivos e a relevância do estágio. O segundo capítulo procede ao enquadramento institucional, descrevendo o contexto onde decorreu a experiência clínica. Os terceiro e quarto capítulos são dedicados à apresentação de dois estudos de caso, ancorados nos referenciais teóricos de Afaf Meleis e Dorothea Orem, os quais ilustram o

processo de aquisição e consolidação de competências na promoção da autogestão, do autocuidado e da capacitação da pessoa com doença crónica e da sua família ou cuidadores. No quinto capítulo, é evidenciado o papel do enfermeiro especialista na identificação de necessidades, na comunicação terapêutica, na gestão e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Este capítulo integra, ainda, uma reflexão crítica sobre a tomada de decisão informada pela evidência científica e sobre a implementação de projetos de melhoria da qualidade em contexto clínico. Por fim, no sexto capítulo, apresentam-se as considerações finais, destacando o contributo do estágio para o desenvolvimento das competências inerentes ao título de mestre e de enfermeira especialista.

Palavras-Chave:

Enfermagem Médico-Cirúrgica; Doença Crónica; Oncologia; Quimioterapia

ABSTRACT

This report was written as part of the 3rd semester of the 2nd Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specialising in Nursing for People in Chronic Situations. The internship took place in the Oncology Outpatient Department, more specifically in the Onco-Hematology department at a National Health Service hospital in Portugal. The purpose of this document is to highlight the training undertaken, demonstrating the capacity for analysis and critical reflection, the mobilisation of the theoretical knowledge acquired and the application of clinical practice based on the best available evidence. To this end, the general competences set out in the Regulation on the Common Competences of the Specialist Nurse were taken into consideration, as well as the specific competences of Medical-Surgical Nursing, with clear objectives defined and activities geared towards achieving them.

Cancer unequivocally belongs to the group of chronic diseases, requiring specialised and continuous interventions over time. Taking into account the clinical context of the internship, the Onco-Hematology consultation, the purpose of this report is to demonstrate the acquisition of specialised skills in monitoring people with cancer undergoing chemotherapy, from a holistic perspective, centred on the person and their needs. The management of oncological disease requires systematic monitoring by trained health professionals, with the aim of ensuring therapeutic success and promoting the best possible quality of life. Chemotherapy, as a therapeutic modality, is associated with significant adverse effects that affect not only the physical and emotional well-being of the patient, but also the daily lives of their family and carers. In this context, the specialist nurse plays a key role in rigorously monitoring signs and symptoms, effectively managing adverse effects and promoting adherence to the therapeutic regime. Their work must be based on the most up-to-date scientific evidence, geared towards providing individualised care, promoting self-management and close coordination with the multidisciplinary team, with a view to the safety, well-being and dignity of people with cancer.

This report is structured in six chapters, organised in such a way as to progressively reflect the training path developed. The first chapter presents an introduction to the topic, contextualising the objectives and relevance of the internship. The second chapter provides an institutional framework, describing the context in which the clinical experience took place. The third and fourth chapters are dedicated to the presentation of two case studies, anchored in the theoretical frameworks of Afaf Meleis and Dorothea Orem, which illustrate the process of acquiring and consolidating competences to promote self-management, self-care and the empowerment of the chronically ill person and their family or carers. The fifth chapter highlights the role of the specialised nurse in identifying needs, therapeutic communication, management

and continuous improvement in the quality of care. This chapter also includes a critical reflection on decision-making informed by scientific evidence and on the implementation of quality improvement projects in clinical settings. Finally, the sixth chapter presents the final considerations, highlighting the contribution of the internship to the development of the competences inherent in the title of master and specialised nurse.

Key Words:

Medical-Surgical Nursing; Chronic Illness; Oncology; Chemotherapy

CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

AINES – Anti-inflamatórios Não Esteróides

APLL – Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas

CCM – Chronic Care Model

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CRAB – Cálcio aumentado, alterações renais, anemia e lesões ósseas

CVC – Cateter Venoso Central

DGS – Direção-Geral da Saúde

ESSNCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

et al. – e outros (et alii)

GMSI – Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPI – Índice de Prognóstico Internacional

ISBAR – Identificação, Situação, Antecedentes, Avaliação e Recomendações

LDGCB – Linfoma Difuso de Grandes Células

LNH – Linfoma Não Hodgkin

MM – Mieloma Múltiplo

NIC – Classificação das Intervenções de Enfermagem

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

PET – Tomografia Computorizada por Emissão de Pósitrons

QT – Quimioterapia

R-CHOP - Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina e Prednisolona

R-HCVAD - Rituximab, Ciclofosfamida hiperfracionada, Vincristina, Doxorrubicina e Dexametasona

RT - Radioterapia

SIS - Sistemas de Informação em Saúde

SNC - Sistema Nervoso Central

TAC - Tomografia Computorizada

VIH - Vírus de Imunodeficiência Humana

VtD - Bortezomib + talidomida + Dexametasona

ÍNDICE

AGRADECIMENTO	3
RESUMO	5
ABSTRACT	7
CHAVE DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS	9
1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	19
3. CASO CLÍNICO DE UMA PESSOA COM LINFOMA DE NÃO HODGKIN DAS GRANDES CÉLULAS B (LDGCB)	25
3.1. Enquadramento teórico	25
3.2. Clientes	33
3.3. Medicação	33
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	34
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	36
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	37
3.5. Domínios	39
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	39
3.6. Conceção de Cuidados	49
3.7. Especificação das intervenções	61
3.8. Síntese relativa ao caso	67
4. CASO CLÍNICO DE UMA PESSOA COM MIELOMA MÚLTIPLO	69
4.1. Enquadramento teórico	69
4.2. Clientes	74
4.3. Medicação	75
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	75
4.4. Domínios	76
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	77
4.5. Conceção de Cuidados	83
4.6. Especificação das intervenções	93
4.7. Síntese relativa ao caso	95
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	97
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	121
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	123
ANEXOS	137

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Nas últimas décadas tem-se observado a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e, consequentemente, um aumento da expectativa de vida em todo o mundo, conduzindo ao aumento do envelhecimento populacional (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2023). A idade avançada resulta na diminuição das capacidades físicas e mentais e no aumento da incidência de doenças crónicas.

Entende-se por doenças crónicas ou doenças não transmissíveis, condições de saúde que duram um ano ou mais e que requerem cuidados médicos contínuos e/ou limitam as atividades de vida diária (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2022). As doenças crónicas são mais prevalentes nos idosos, porém podem surgir em qualquer momento do ciclo vital. Segundo a Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2024a), as doenças crónicas são responsáveis por mais de 80% das mortes prematuras em pessoas com idade inferior a 70 anos. As principais doenças crónicas são as doenças cardiovasculares, doenças oncológicas, doenças respiratórias crónicas e diabetes. Estas doenças são resultado de uma combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais (OMS, 2024a).

Os termos cancro, neoplasia ou tumor maligno são utilizados para se referir a um grupo de doenças com origem em qualquer órgão ou tecido do corpo e que se caracterizam pelo crescimento de células anormais, que podem crescer para além do seu local primário, invadindo assim, outras partes do corpo, ao que se chama de metástase (OMS, 2025).

O cancro é uma das principais causas de morte em todo o mundo e, em 2021, foi a segunda principal causa de morte em Portugal, com maior prevalência na região norte do país, correspondendo a 31,7% do total de óbitos (INE, 2024). Estima-se que o número de casos e mortes por todos os tipos de cancro seja crescente conjuntamente com o aumento do envelhecimento populacional. Para além do aumento da esperança média de vida, os fatores de risco referentes ao estilo de vida, tais como o uso do tabaco, o sedentarismo, o excesso de peso e a poluição, contribuem para a elevada incidência e prevalência global da doença oncológica (Torre et al., 2015).

A doença oncológica, associada à morte prematura, constitui um problema de saúde pública com um enorme impacto no subsistema económico do país, além da implicação emocional e socioeconómico nos doentes e famílias ou cuidadores, pelo que o investimento na prevenção primária, assim como na gestão do regime terapêutico se destaquem como formas de reduzir os custos e promover melhores resultados em saúde (Costa, 2024). Segundo o mesmo autor, apesar do aumento crescente da incidência e prevalência do cancro, estas medidas associadas

aos avanços científicos nas técnicas de diagnóstico e nos tratamentos permitiram diminuir a crença de morte iminente, inclusive em tumores sólidos e líquidos mais avançados, que poderão ter prognósticos menos sombrios.

De entre as doenças oncológicas, os tumores líquidos são um grupo muito específico, que pela localização sistémica, se manifestam por alterações hematológicas com repercussão nos diferentes sistemas orgânicos, tornando-se a sua gestão extremamente desafiante para os profissionais de saúde, o que requer um domínio de conhecimentos e competências específicos (Honório & Caetano, 2009). Segundo o INE (2024), em 2021, as neoplasias do tecido linfático/hematopoiético ocuparam o 3º lugar das causas de óbito por tumores malignos e corresponderam a cerca de 8,6% dos óbitos em Portugal. Fazem parte deste grupo de doenças a Leucemia, o Linfoma de Hodgkin, o Linfoma Não Hodgkin (LNH) e o Mieloma Múltiplo (MM) (International Agency for Research on Cancer, s.d.).

No que diz respeito ao tratamento da doença oncológica, este difere conforme o tipo de tumor, localização, etiologia e estadio e pode implicar uma terapêutica única ou uma combinação de diferentes tipos de terapêutica (cirurgia, quimioterapia e radioterapia) (Hameed & Bakey, 2023). A quimioterapia (QT) é o tratamento de eleição nas neoplasias do sistema hematopoiético (Calegari et al., 2018; Santana, 2019). Este tratamento sendo sistémico, tem repercussões não só nas células malignas, mas, também, nas células saudáveis, havendo a manifestação de inúmeros efeitos adversos durante os tratamentos, nomeadamente a fadiga, náuseas, vômitos, alopecia, diarreia, obstipação e mucosite, que comprometem a qualidade de vida da pessoa com doença oncológica (Sousa et al., 2017; Wakiuchi et al., 2019). Ademais, segundo Wakiuchi et al. (2019), a pessoa sofre alterações físicas, dificuldade em manter a atividade profissional e as relações interpessoais e vive, ainda, com a incerteza da cura, pelo que o impacto da doença não é só físico, como também psicológico e social. As complicações são expectáveis e, nem sempre evitáveis, o que torna a gestão da doença complexa e desafiante, quer para a pessoa e a sua família ou cuidadores, quer para os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros.

A crescente incidência e prevalência do cancro tem, também, conduzido a um avanço nos tratamentos da doença oncológica, que são cada vez mais complexos, o que implica o domínio de conhecimentos e competências especializadas para a prestação de cuidados de enfermagem em todas as fases do processo: pré-diagnóstico, diagnóstico e tratamento, sobrevivência e fim de vida (Costa, 2024). Além disso, têm surgido tratamentos cada vez menos agressivos e invasivos, como é o caso da quimioterapia oral, que se torna mais conveniente para o doente e a família, não precisando de internamento e reduzindo a frequência de deslocações às instituições de saúde (Parreira, 2014). Por sua vez, a administração da terapêutica, a vigilância e a monitorização passam a ser feitas pelo doente e a família ou cuidador, sendo essencial que estejam reunidos os requisitos pessoais inerentes ao autocuidado, para que sejam capazes de realizar a correta gestão do regime terapêutico e dos efeitos adversos (Costa, 2024; Parreira,

2014).

À luz das premissas anteriores, é aqui que a enfermagem tem um papel significativo, marcado pela relação de proximidade e de continuidade dos enfermeiros com os doentes durante o tratamento, permitindo que sejam avaliadas e identificadas as necessidades do doente e da sua família ou cuidadores e na resposta individualizada e adequada, seja na promoção da gestão da doença, tratamento e potenciais efeitos adversos, bem como, na sua monitorização e na promoção da adesão ao regime terapêutico (Costa, 2024; Parreira, 2014).

Neste alinhamento, considerou-se importante utilizar como referenciais teóricos na prestação de cuidados ao doente oncológico em regime de quimioterapia, a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem e a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Os modelos teóricos servem como guia orientador para a conceção de um plano de cuidados individualizado.

Segundo a Teoria do Autocuidado de Orem (2001), o autocuidado é o conjunto de atividades que os indivíduos iniciam e realizam em seu próprio benefício, com vista à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. A gestão do regime terapêutico é, nesta medida, uma atividade do autocuidado que visa a manutenção da vida e do bem-estar. Nesta grande teoria Orem expõe três teorias relacionadas: a teoria do autocuidado, que descreve como e os requisitos necessários para as pessoas cuidarem de si próprias; a teoria do défice no autocuidado, que descreve e explica o desequilíbrio entre as necessidades do autocuidado e a capacidade de as satisfazer e de que modo os enfermeiros ajudam a suprir essas necessidades; e a teoria dos sistemas de enfermagem, que descreve e explica as relações que têm de ser criadas e mantidas para que se produzam cuidados de enfermagem (Orem, 2001). Nesta medida, o papel do enfermeiro especialista passa por intervir num sistema de apoio-educativo para promover a capacitação da pessoa para a gestão eficaz da doença e suas complicações.

Por outro lado, a Teoria das Transições de Meleis proporciona aos enfermeiros uma compreensão aprofundada das transições vivenciadas pelos doentes oncológicos, nomeadamente a transição do tipo saúde-doença, atendendo às propriedades inerentes ao processo de transição (Meleis, 2020). Segundo a mesma autora, a transição resulta de mudanças significativas que implicam alteração de processos, papéis ou estados e que requerem a aquisição de novos conhecimentos e novas habilidades. O doente oncológico em regime de QT encontra-se a vivenciar uma mudança na sua condição de saúde que implica a aquisição de novas competências e uma adaptação com alteração de comportamentos inerentes para vivenciar com esta doença crónica.

Perante a complexidade do doente oncológico e da gestão da doença, os cuidados de enfermagem têm assumido maior importância e exigência técnica e científica, o que leva à procura do desenvolvimento de competências diferenciadas e especializadas, por parte dos enfermeiros, para a prestação de cuidados seguros, com qualidade e rigor técnico e científico (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Atendendo a que o cancro se insere com toda a propriedade no grupo das doenças crónicas, como refere a OMS (2024a), é pertinente o desenvolvimento de competências especializadas na área do doente crónico. O papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica consiste no cuidado à pessoa a vivenciar uma doença crónica e na maximização do ambiente terapêutico através da prestação de cuidados especializados nos diferentes contextos – hospitalar, domiciliário e comunitário – e que visam a prevenção da doença, a promoção de estilos de vida e de processos de adaptação e adesão ao regime terapêutico, através da capacitação da pessoa, família e cuidadores para viverem com a doença e com a melhor qualidade de vida possível (Regulamento nº 429/2018, 2018). O enfermeiro especialista deve, ainda, responder “(...) eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados.” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19368).

O curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica visa o desenvolvimento das competências previstas nos Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (2019, p.4744), o Enfermeiro Especialista detém competências científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializado que “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”. O mesmo regulamento, também refere que “o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (...)” (2019, p. 4745).

A realização do Estágio de Natureza Profissional, com Relatório Final, teve lugar no 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação crónica. De acordo com o Regulamento do 2º Ciclo de Estudos dos Cursos de Mestrado da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNCVP, 2024, p.5), “(...) os estágios destinam-se a estabelecer uma efetiva ligação ao exercício profissional, possibilitando a aplicação de conhecimentos e desenvolvimento de competências práticas em contexto de unidades ou serviços de saúde (...)”.

O estágio decorreu em contexto de ambulatório, num hospital em Portugal no período entre 19 de setembro de 2024 e 09 de abril de 2025, composto por um total de 810 horas, das quais 384 horas no local de estágio, 20 horas na tipologia de seminário, 24 horas na tipologia de orientação tutorial e 382 horas de trabalho autónomo do estudante.

Este relatório tem como objetivo demonstrar o reflexo do meu percurso, evidenciando a minha

capacidade de análise e reflexão crítica, a mobilização dos conhecimentos adquiridos e a aplicação de uma prática baseada na melhor evidência. Para além disso, destaca o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, com enfoque no cuidado à pessoa em situação crónica e na intervenção junto de doentes oncológicos em tratamento de quimioterapia. Ademais, este relatório reflete a aquisição e aplicação de competências éticas, técnicas, científicas e relacionais, fundamentais para a prática e a tomada de decisão no contexto da enfermagem especializada. Salienta ainda o desenvolvimento e produção de investigação e conhecimento em Enfermagem, reforçando a importância da atualização contínua e do aperfeiçoamento profissional na área.

A metodologia utilizada na realização do relatório foi, então, a análise crítico-reflexiva sobre a atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica no contexto da consulta externa em Onco-hematologia, tendo por base a evidência científica e os modelos teóricos e, ainda, o planeamento de cuidados de enfermagem avançada, com a apresentação de dois estudos de caso.

O presente documento está organizado em seis capítulos. O primeiro e atual capítulo, no qual se fez uma introdução ao tema do relatório. O segundo capítulo consiste num enquadramento do local de estágio pela descrição das componentes física, orgânica e funcional, com enfoque nas funções do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crónica. Nos terceiro e quarto capítulos, são apresentados dois estudos de caso, refletindo a prática avançada de enfermagem na pessoa com doença oncológica em regime de QT. No quinto capítulo, dividido em dois subcapítulos faz-se uma análise crítico-reflexiva sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista, competências estas inerentes a todos as áreas de especialização em enfermagem e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, evidenciando as atividades realizadas no contexto para o desenvolvimento dessas mesmas competências. Foram destacadas situações que contribuíram para a aprendizagem e que deram resposta aos objetivos específicos traçados no início do estágio. Por último, são tecidas considerações finais sobre o estágio, salientando o seu contributo para o meu crescimento profissional e para a construção da minha identidade, como futura enfermeira mestre e especialista.

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

O estágio decorreu num serviço de consulta externa de oncologia, integrado num hospital de Portugal e centro de referência no diagnóstico e tratamento de doentes oncológicos.

O serviço de consulta externa, do hospital em questão encontra-se subdividido em treze unidades funcionais, de acordo com áreas de especialidade. O estágio foi realizado apenas numa destas unidades, a Clínica de Onco-Hematologia. Este serviço destina-se ao acompanhamento de doentes com neoplasias hemáticas, desde o processo de diagnóstico, aos tratamentos e à vigilância após a remissão da doença. Este serviço tem, também, como objetivos o ensino e a formação de profissionais nesta área da oncologia, bem como na investigação clínica, nomeadamente na área dos ensaios clínicos, que possibilita o acesso dos doentes a novos fármacos e novas estratégias terapêuticas, além dos tratamentos convencionais.

A doença oncológica, tal como outras doenças crónicas, exige um cuidado contínuo, coordenado e multidisciplinar. A complexidade do tratamento oncológico envolve múltiplos profissionais e diferentes fases terapêuticas, tornando essencial um acompanhamento regular para promover a adesão ao tratamento, o controlo dos efeitos adversos e a monitorização da evolução da doença. Para assegurar cuidados personalizados e seguros é fundamental contar com uma equipa multidisciplinar com conhecimentos técnico-científicos especializados, de modo a realizarem um diagnóstico precoce e uma intervenção adequada às necessidades de cada doente (Andrade, 2012).

Neste serviço existe uma equipa multidisciplinar que compreende a equipa médica, constituída por treze médicos hematologistas, quatro enfermeiras, das quais duas são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica e uma é especialista em enfermagem de reabilitação, e quatro técnicos auxiliares de saúde. Uma das enfermeiras especialistas em médico-cirúrgica assume função de coordenação da clínica, sendo responsável pela gestão dos cuidados.

O atendimento ao doente oncológico, especialmente no âmbito da consulta externa, possibilita a monitorização regular da evolução do doente, o ajuste de terapêuticas, a gestão dos efeitos adversos e o reforço da educação para a saúde (República Portuguesa, 2017). Dada a complexidade do cancro, é essencial que os cuidados sejam coordenados e centrados na pessoa, promovendo uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde e o doente (Sousa et al., 2021). A utilização de sistemas de informação clínica facilita a partilha de dados entre as diferentes equipas envolvidas no tratamento, assegurando a continuidade dos cuidados e evitando lacunas no acompanhamento (Mills, 2019).

Neste contexto, a implementação de modelos organizativos como o *Chronic Care Model* (CCM) torna-se essencial para garantir um atendimento mais eficiente e estruturado. O CCM foi criado para melhorar a gestão das doenças crónicas, focando-se em seis elementos-chave: comunidade, sistema de saúde, suporte à autogestão, organização da prestação de cuidados, suporte à decisão e sistemas de informação clínica (Sousa et al., 2021).

Aplicado ao doente oncológico, o CCM permite melhorar a qualidade dos cuidados prestados, pois incentiva um acompanhamento contínuo e estruturado, adaptado às necessidades individuais. O suporte à autogestão, um dos pilares do modelo, capacita os doentes para participarem ativamente no seu tratamento, identificando barreiras, estabelecendo metas e utilizando estratégias para gerir melhor a sua condição (Sousa et al., 2021).

A aplicação do CCM no serviço em questão é evidente na forma como a assistência ao doente oncológico está organizada para garantir uma resposta rápida, eficaz e ajustada às suas necessidades. A existência de consultas programadas e não programadas (urgentes), bem como a realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos – como biópsias ósseas, mielogramas, punções lombares, remoção de cateteres venosos centrais, administração de medicamentos, colheita de produtos biológicos, tratamento de feridas e otimização de dispositivos médicos –, reflete a organização dos cuidados segundo os princípios do CCM. Esta, traduz-se na capacidade de oferecer uma assistência integrada e contínua, evitando a fragmentação do atendimento (Sousa et al., 2021). A possibilidade de contacto telefónico durante o horário de funcionamento do gabinete de enfermagem assegura um suporte acessível ao doente e à sua família/cuidador, alinhando-se com o conceito de suporte à autogestão, eixo este fundamental do modelo (Sousa et al., 2021).

A presença de uma equipa multidisciplinar proativa garante intervenções seguras e personalizadas, alinhando-se com os princípios do CCM, como a coordenação dos cuidados, suporte à autogestão e uso de sistemas de informação clínica (Sousa et al., 2021).

Desta forma, a estrutura e o funcionamento do serviço demonstram a eficácia do CCM na assistência oncológica, assegurando que os doentes recebem cuidados coordenados, acessíveis e baseados na evidência, otimizando os recursos disponíveis e melhorando os resultados em saúde.

Por outro lado, a estrutura física do serviço comporta nove gabinetes médicos, um gabinete de enfermagem e uma sala de tratamentos dividida em duas áreas por uma cortina (uma para realização de técnicas de diagnóstico e procedimentos invasivos e outra para procedimentos de enfermagem). Verificou-se a falta de espaços adequados para a vigilância dos doentes, fazendo com que estes fiquem distribuídos ao longo do corredor em macas ou cadeiras de rodas, o que pode comprometer a qualidade do atendimento e a segurança dos doentes. Esta situação dificulta a monitorização adequada e a resposta rápida em casos de emergência, além de aumentar o risco de erros e atrasos no atendimento.

Ademais, a desproporção entre o número de enfermeiros e os recursos disponíveis (gabinetes e computadores) sobrecarrega os profissionais, afetando a atenção, a precisão e a qualidade do atendimento (Azevedo et al., 2019). A limitação do espaço físico compromete, assim, a qualidade e segurança dos cuidados, pois dificulta a sua prestação eficiente, a documentação adequada e a comunicação entre a equipa.

Para resolver a situação, é crucial reorganizar o espaço, criando áreas específicas para vigilância de doentes com monitorização constante. É necessário investir, também, em recursos materiais e humanos para aumentar a capacidade do serviço, e melhorar a qualidade dos cuidados, segurança e eficiência nos processos. A enfermeira especialista destaca-se pela identificação destas situações e atuação em conformidade. Esta situação tinha sido já identificada e reportada ao Diretor de Serviço e é de conhecimento do Conselho de Administração.

A consulta de enfermagem constitui uma ferramenta privilegiada para o estabelecimento de uma relação terapêutica assente na confiança, permitindo a identificação das necessidades da pessoa em situação crónica e da sua família ou cuidadores, numa perspetiva holística que ultrapassa a própria doença. Esta abordagem favorece a aceitação e a adaptação à nova condição de saúde, bem como a gestão da doença, dos tratamentos e dos múltiplos desafios associados ao processo de transição. Possibilita, em paralelo, a deteção precoce de necessidades psicossociais, com encaminhamento adequado sempre que necessário (Andrade, 2012). A consulta de enfermagem pode ser programada - presencial ou não presencial - e não programada.

A estrutura do serviço de consulta para doentes oncológicos está organizada de forma a responder às diferentes necessidades dos doentes ao longo das diversas fases do tratamento. A consulta programada é agendada com antecedência e ocorre todos os dias úteis, das 8h às 16h. A consulta é, normalmente, presencial e tem objetivos específicos conforme a fase do tratamento em que o doente se encontra.

Na fase inicial, quando o doente ainda pode ter uma suspeita de doença onco-hematológica ou um diagnóstico não totalmente definido, a consulta envolve uma avaliação holística feita pelo enfermeiro, que recolhe dados clínicos e socioeconómicos. O enfermeiro também identifica a pessoa de referência (um familiar ou cuidador) que irá prestar apoio. Durante esta consulta é fornecida informação detalhada sobre o funcionamento do serviço, incluindo horários, contactos do médico assistente do serviço e do serviço de urgência, que tem atendimento permanente, vinte e quatro horas por dia.

Observou-se que o enfermeiro generalista presta cuidados essenciais com base em protocolos gerais enquanto o enfermeiro especialista adota uma abordagem mais aprofundada e holística, centrada no processo de transição. Com uma anamnese detalhada e uma intervenção especializada, o enfermeiro especialista ajusta os cuidados às necessidades específicas da pessoa e da família ou cuidador, garantindo um acompanhamento mais completo e eficaz.

Nas consultas prévias ao início dos tratamentos, sejam convencionais ou em ensaios clínicos, é realizada uma nova avaliação do doente e do seu cuidador, com o objetivo de capacitar ambos para a gestão eficaz da doença e dos tratamentos, preparando-os para lidar com as adversidades que surgem frequentemente.

O enfermeiro especialista destaca-se pela sua capacidade de análise clínica avançada, identificando com precisão os casos que requerem intervenções especializadas. A sua atuação assenta numa avaliação criteriosa do doente, na tomada de decisão baseada em evidência científica e na gestão eficiente do percurso assistencial. Neste contexto clínico, assume um papel fundamental na articulação com a equipa multidisciplinar, nomeadamente com o serviço de nutrição ou serviço social, mas também com o Centro de Responsabilidade Integrada em Medicina da Reprodução, garantindo as colheitas para a criopreservação de esperma e com o Instituto Português do Sangue e da Transplantação, no encaminhamento para transplante de medula óssea. Desta forma, contribui para a otimização do plano terapêutico e para a prestação de cuidados mais seguros e eficazes.

Durante o tratamento, as consultas programadas servem para avaliar o estado clínico do doente e a sua adesão ao regime terapêutico e a identificação precoce de complicações, procurando minimizar interrupções no tratamento. Essas consultas ocorrem, em regra, no mesmo dia do tratamento de quimioterapia, onde se realizam análises laboratoriais para avaliar as condições clínicas do doente e ajustar a dose da quimioterapia, conforme necessário. Entre os ciclos de tratamento, as consultas de enfermagem podem ser realizadas de forma não presencial, através de contacto telefónico. O objetivo destas consultas é avaliar a adesão ao regime terapêutico, gerir sinais e sintomas e prevenir ou identificar complicações precocemente (Oliveira et al., 2019). Apesar de bem documentada na literatura os benefícios da teleconsulta, esta ainda não está formalmente implementada neste serviço nem se observou a sua execução (Oliveira et al., 2019).

A consulta não programada ou urgente funciona também todos os dias úteis, das oito horas às dezesseis horas e, fora deste horário, os doentes urgentes são atendidos no Serviço de Atendimento Não Programado. A consulta médica especializada está disponível vinte e quatro horas por dia, sete dias por semana, mas exige contacto telefónico prévio. Na consulta não programada, o enfermeiro realiza a triagem do doente, avaliando os parâmetros vitais, o motivo da consulta, o diagnóstico e a fase do tratamento, para estabelecer a prioridade de atendimento. O doente é, então, observado pelo médico e, conforme a necessidade, pode ser encaminhado para a realização de procedimentos ou terapêuticas.

Na sala de tratamentos, são realizadas diversas intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem que, embora normalmente programadas, podem ser ajustadas de acordo com as necessidades do doente, especialmente quando surgem alterações analíticas devido à doença ou ao tratamento.

Esta estrutura de consultas procura garantir que os doentes oncológicos recebam cuidados adequados e personalizados, respondendo às suas necessidades em cada fase do tratamento, permitindo uma gestão eficaz dos seus cuidados.

O método de trabalho é um modelo de distribuição funcional, dentro da equipa de enfermagem na clínica de Onco-Hematologia, com o objetivo de otimizar os cuidados prestados aos doentes (Ventura-Silva et al., 2021). A equipa é organizada de forma a garantir a cobertura integral das necessidades assistenciais, em que cada enfermeiro desempenha uma função específica. Há um enfermeiro destacado para as consultas programadas, outro para as consultas não programadas, um enfermeiro na sala de tratamentos para realizar intervenções de enfermagem independentes ou interdependentes de apoio à consulta médica, outro ainda na sala de tratamentos para colaborar com a equipa médica na realização de procedimentos de diagnóstico e invasivos e, por fim, um enfermeiro coordenador da clínica, com especialidade em enfermagem médico-cirúrgica, que gere os recursos e presta auxílio conforme as necessidades do serviço.

Este método de trabalho assegura uma distribuição eficiente e clara das funções, permitindo uma gestão adequada dos recursos humanos, redução de sobrecarga e melhor acompanhamento dos doentes. Este método de trabalho concorre, porém, para um aumento da ocorrência de eventos adversos, sendo fundamental a comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos nos cuidados, de forma a garantir a segurança e qualidade dos mesmos (Ventura-Silva et al., 2021). O enfermeiro coordenador, especialista em enfermagem médico-cirúrgica, tem um papel de destaque na prevenção e minimização de eventos adversos, através da supervisão e, ainda, na gestão dos recursos humanos e materiais.

Os enfermeiros deste serviço assumem, ainda, funções que se estendem a toda a instituição, contribuindo de forma significativa para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados. Destaca-se o papel de articulação com o Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, cuja missão é fomentar uma cultura de segurança centrada na prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Paralelamente, o Gestor de Risco Local colabora com o Serviço de Saúde no Trabalho e com a Gestão de Risco Geral, desenvolvendo auditorias internas que avaliam o grau de controlo dos riscos profissionais e o cumprimento das normas e medidas de prevenção nos diversos contextos laborais.

3. CASO CLÍNICO DE UMA PESSOA COM LINFOMA DE NÃO HODGKIN DAS GRANDES CÉLULAS B (LDGCB)

Homem de 20 anos com diagnóstico de Linfoma de Não Hodgkin (LNH) das grandes células B de alto grau, estadio IV, com compressão medular e compromisso neurológico com diminuição da força dos membros inferiores, hipoestesia perineal e retenção urinária (algaliado desde 09/2024), sob Quimioterapia (QT). Realizou o primeiro ciclo de quimioterapia (R-CHOP) a 09/10/2024. Recorreu à consulta de onco-hematologia a 30/10/2024 para reavaliação do estado clínico e possível internamento para realizar o segundo ciclo de QT, primeiro ciclo de R-HCVAD.

3.1. Enquadramento teórico

Quadro Clínico

Utente com lombalgia persistente desde abril de 2024, que cedia parcialmente com analgesia. Nos últimos três meses refere sensação de dor tipo picada na região inguinal e perineal com irradiação na face posterior da perna e planta do pé esquerdo, astenia e, ainda, perda de peso ponderal de 10kg nos últimos 6 meses.

A 20/09/2024 recorreu ao serviço de urgência por hipoestesia na região perineal com retenção urinária, fazendo esvaziamento vesical por pressão abdominal com a mão. Foi algaliado nesse contexto e ficou internado no serviço de neurocirurgia, tendo realizado uma Ressonância Magnética que revelou uma lesão na região sacro (tumoral vs infecciosa), tendo sido realizado, posteriormente, uma biópsia.

A 08/10/2024 foi diagnosticado Linfoma de Não Hodgkin das Grandes Células B (LDGCB) de alto grau, estadio IV, com compressão medular e compromisso neurológico e, nesse mesmo dia, foi internado no serviço de hematologia para realização de punção lombar para colheita de líquido cefalorraquidiano, realização de biópsia óssea e, ainda, iniciou tratamento de QT intratecal com Metotrexato + Citarabina+ Prednisolona. A 09/10/2024 realizou uma PET de estadiamento. Em consulta de grupo foi proposto para realizar QT num total de 6 ciclos, alternando entre R-CHOP (Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina e Prednisolona) nos ciclos ímpares e R-HCVAD (Rituximab, Ciclofosfamida hiperfracionada, Vincristina, Doxorrubicina e Dexametasona) nos ciclos pares, seguido de radioterapia (RT) após a totalização dos ciclos de QT. Fez o primeiro ciclo de QT (R-CHOP) a 09/10/2024, em internamento, sem intercorrências.

Recorreu à consulta de Onco-hematologia a 30/10/2024, acompanhado pela mãe, para reavaliação do estado clínico e possível internamento para realizar o segundo ciclo de QT, primeiro ciclo de R-HCVAD. No momento, doente orientado, autónomo nas atividades de vida diária. Apresentava cateter vesical clampado e cumpria esvaziamento vesical intermitente. Pele e mucosas descoradas e íntegras; alopecia.

Antecedentes pessoais: Rinoplastia a 04/2024, por desvio do septo nasal. Intolerante à lactose.

É solteiro. Vive com os pais e uma irmã. Era trabalhador-estudante, mas atualmente encontra-se desempregado e congelou a matrícula.

A mãe é assistente operacional num hospital e encontra-se, atualmente, em teletrabalho para prestar apoio ao filho. Foi considerada, pelo doente e pela própria como a cuidadora principal. Esta, tem acompanhado o doente a todas as consultas e tratamentos, assim como, prestado apoio no domicílio.

Linfoma Não Hodgkin Difuso das Grandes Células B

Epidemiologia e definição

O linfoma é um grupo de doenças neoplásicas com origem no sistema linfático em que as células tumorais, os linfócitos, nalgum momento do processo de maturação e diferenciação da célula normal se transforma em maligna (Longo, 2017). Os linfócitos são um tipo de glóbulos brancos responsáveis pela defesa do organismo contra infeções e têm origem na medula óssea (Holland & Gallin, 2017). A maioria dos linfomas são devido a uma alteração dos linfócitos B, cerca de 80%, e caracterizam-se por manifestação ganglionar, ao contrário dos linfomas por alteração dos linfócitos T, em que a sua manifestação é extraganglionar (mais comum em idade pediátrica) (Pérez-Zúñiga et al., 2018).

Os linfomas subdividem-se em dois grupos, tendo por base as características dos linfócitos: Hodgkin e Não Hodgkin (Longo, 2017). O Linfoma Não Hodgkin (LNH) é um grupo de doenças neoplásicas do tecido linfático com histologias diversas e podem ser classificados como agressivos (chamados de alto grau) ou indolentes (baixo grau), conforme a velocidade de crescimento, sendo considerado as de baixo grau menos agressivas, de melhor prognóstico e com maior taxa de sobrevida (Guerino-Cunha et al., 2023).

Em 2020, de acordo com o Registo Oncológico Nacional, o LNH foi o sétimo tipo de cancro com maior incidência na Europa (Bento et al, 2023). O Linfoma Difuso das Grandes Células B (LDGCB) é o tipo mais frequente de Linfoma Não Hodgkin e constitui cerca de 30-40% dos linfomas a nível mundial (Castañeda-Ruiz et al., 2017). Esta doença apresenta uma elevada taxa de morbimortalidade e elevada taxa de recidiva (Warley et al., 2021). Além disso, o LDGCB é um tipo de linfoma agressivo com uma manifestação predominantemente ganglionar caracterizado pelo rápido crescimento da massa tumoral e pela frequente presença de sintomas B sistémicos

– febre, suores noturnos e perda de peso (Pérez-Zúñiga et al., 2018). Outros sinais e sintomas dependem da localização e extensão do tumor, pois pode ocorrer envolvimento extranodal de diversos órgãos, como a pele, o trato gastrointestinal, o sistema geniturinário, a medula óssea e o Sistema Nervoso Central (SNC) (Guerino-Cunha et al., 2023).

Etiologia

A etiologia do LNH permanece ainda desconhecida. Contudo, parece haver uma maior incidência desta doença relacionada com diversos fatores ambientais, como agentes infecciosos, exposição a substâncias químicas e tratamentos clínicos (Longo, 2017). O mesmo autor refere que se observa maior incidência em pessoas com patologias imunológicas congénitas ou adquiridas, tais como o Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH), o Vírus de Epstein-Barr, secundário a tratamentos quimioterapêuticos da Leucemia Aguda e do Linfoma de Hodgkin e perante a exposição a químicos como os usados na agricultura. A justificação para o desenvolvimento de LNH em pessoas portadoras destes vírus acima referidos deve-se à estimulação crónica do sistema imunitário (Longo, 2017).

A incidência do LNH é predominante em pessoas do sexo masculino, de etnia caucasiana e com idade avançada (acima dos 60 anos) (Pérez-Zúñiga et al., 2018; Warley et al., 2021).

Diagnóstico

O LDGCB como o nome indica é difuso e caracteriza-se por uma disseminação rápida, pelo que cerca de 50% dos diagnósticos são feitos num estadio avançado da doença (Guedes, 2014). O compromisso do Líquido Cefalorraquidiano colhido na punção lombar é um indicador de mau prognóstico e mais frequente em recidivas (Jara et al., 2024). Nesta doença a recidiva ocorre em cerca de 30% dos casos (Guedes, 2014).

Existem vários subtipos do LDGCB e, atualmente, a sua classificação é de acordo com a célula de origem da neoplasia e é determinado através de um estudo do perfil genético (Castañeda-Ruiz et al., 2017). Segundo os mesmos autores, a vantagem desta classificação é que permite determinar o prognóstico e as estratégias terapêuticas diferenciadas, com melhor resposta e maior probabilidade de sucesso.

Além da classificação segundo a genética molecular, existe um Índice de Prognóstico Internacional (IPI), que permite, de acordo com um score pré-determinado, classificar o linfoma como alto, médio ou baixo risco (Castañeda-Ruiz et al., 2017).

O diagnóstico do LNH implica a biópsia ao gânglio linfático anormal, realizando estudos de imunohistoquímica, para identificar marcadores celulares que permitam determinar o subtipo de LNH (Pérez-Zúñiga et al., 2018). Além disso, é necessário realizar, também, o estadiamento da doença o que implica: história clínica do doente e exame físico, análises laboratoriais ao sangue completas (hemograma e bioquímica), que incluem a função renal e hepática, o ácido úrico, o

cálcio, a fosfatase alcalina, o lactato desidrogenase e as imunoglobulinas; tomografia computadorizada por emissão de pósitron (PET); colheita por aspiração da medula óssea e biópsia óssea; e quando existem sintomas de envolvimento do SNC deverá proceder-se a uma punção lombar para complementar o diagnóstico (Rocha, 2024; Pérez-Zúñiga et al., 2018). Podem ser realizados outros exames se suspeita de envolvimento de outros órgãos (Rocha, 2024).

Tratamento

A QT é o tratamento de eleição nas neoplasias do sistema hematopoiético (Calegari et al., 2018; Santana, 2019). A quimioterapia consiste na administração de fármacos (citotóxicos e/ou citostáticos), isolados ou combinados, que visam parar ou atrasar o crescimento das células cancerígenas (Andrade, 2012). O tratamento pode ser unicamente com QT ou combinado com radioterapia, cirurgia, hormonoterapia ou bioterapia (Andrade et al., 2013). O objetivo do tratamento pode ser curativo – usado para erradicar a doença – ou paliativo – usado para controlar a doença, sintomas, prevenir ou retardar complicações e prolongar a vida (Costa, 2024).

Previamente ao início dos tratamentos de QT com antraciclinas, como é o caso da doxorrubicina, é fundamental a realização do ecocardiograma para avaliar a fração de ejeção do doente, assim como, realizar análises sanguíneas na identificação de possível infecção por VIH e pelos vírus da Hepatite B e C. Nas mulheres em idade fértil é necessária realizar o exame de gravidez e em todos os indivíduos em idade fértil é providenciado técnicas de preservação da fertilidade, como a criopreservação (Pérez-Zúñiga et al., 2018).

A ação da QT é sistémica acometendo de forma indiscriminada as células do organismo (malignas e normais), desencadeando efeitos adversos como toxicidades hematológicas, gastrointestinais (náuseas, vômito, diarreia e obstipação), fadiga, anorexia, cutâneo-mucosas (mucosite e alopecia), pulmonares e disfunção reprodutiva (Lucchesi, 2022). Segundo a mesma autora, os efeitos adversos, conforme a sua gravidade, podem levar a atrasos nos ciclos seguintes, à necessidade de ajustar as doses futuras ou, em alguns casos, à suspensão do tratamento. Além disso, afetam a pessoa em todas as dimensões (física, emocional e psicossocial) (Andrade, 2012; Santana, 2019; Spotten et al., 2017).

A anorexia, a alopecia e as alterações cutâneas apresentam um impacto físico com possível repercussão ao nível emocional, pela alteração da imagem corporal e na manutenção de relações interpessoais (Andrade, 2012). Segundo a mesma autora, a ansiedade é também frequentemente sentida por estes doentes associado ao processo patológico e aos tratamentos, inerentes ao medo e à incerteza da cura.

A QT interfere, também, com a produção das células progenitoras das células sanguíneas, através da imunossupressão medular, que se manifesta pela tríade hematológica (anemia, trombocitopenia e neutropenia) colocando a pessoa numa situação de maior suscetibilidade às

infecções e perdas hemáticas ou hemorragia (Sousa et al., 2017). A neutropenia é caracterizada pela diminuição de neutrófilos, células estas responsáveis pelo combate a infecções fúngicas e bacterianas (Santana, 2019). Assim, a suscetibilidade às infecções é elevada nestes doentes, tornando essencial a sua prevenção e deteção precoce, que são focos de atenção dos enfermeiros (Calegari et al., 2018). Consequentemente, segundo os mesmos autores, estes doentes são frequentemente hospitalizados, pois requerem cuidados especializados para monitorização e gestão dos sinais e sintomas.

Existem diferentes esquemas de QT que são determinados conforme o subtipo de doença, entre outros fatores, que visam a melhor eficácia contrabalançando a intensidade dos tratamentos e o risco de toxicidade (Stegemann et al., 2022). O tratamento mais frequente e com melhores resultados no LDGCB é a combinação da imunoquimioterapia baseado em antraciclinas como o regime de R-CHOP (Rituximab, Ciclofosfamida, Doxorrubicina, Vincristina e Prednisolona) com uma taxa de sucesso de 60-70% (Castañeda-Ruiz et al., 2017; Warley et al., 2023). A associação do Rituximab ao CHOP demonstrou reduzir a incidência de recidivas desta doença com envolvimento do SNC, não interferindo, porém, na recidiva da doença com envolvimento de outras áreas (Warley et al., 2023). Ainda assim, a associação do Rituximab (imunoterapia) ao esquema de Quimioterapia CHOP conduz a um aumento da sobrevida (Major & Smith, 2021; Salas-Delgado & Hernández-Pliego, 2014). O Rituximab é um anticorpo monoclonal, sendo considerado uma imunoterapia, e provoca apoptose celular e inibição do crescimento das células B (normais e malignas) e, ainda, sensibiliza as células malignas à quimioterapia (Costa et al., 2005).

O R-HCVAD (Rituximab, Ciclofosfamida hiperfracionada, Vincristina, Doxorrubicina e Dexametasona) é, tal como o R-CHOP, um tratamento de imunoquimioterapia, mas mais intensivo com elevada toxicidade, pelo que está recomendado predominantemente em casos de LDGCB agressivo e que necessitam de intervenção urgente (Sonnevli et al., 2021). Segundo os mesmos autores, este tratamento tem demonstrado melhores taxas de sobrevivência que o R-CHOP e, ainda, estes dois regimes podem ser usados, de forma combinada, de modo a reduzir a dose e a toxicidade do regime de R-HCVAD. O R-HCVAD é um regime que concorre em 55% dos casos para complicações severas e observam-se condições de risco de vida em 18% dos casos, segundo os mesmos autores.

Quando existe envolvimento do SNC é frequentemente administrado metotrexato e citarabina via intratecal (Guedes, 2014; Warley et al., 2021). O tratamento de quimioterapia intratecal consiste na administração de fármacos diretamente no líquido cefalorraquidiano (metotrexato, citarabina e corticosteroides) e é usualmente combinado com altas doses de quimioterapia sistémica (Kwong et al., 2009). Estes fármacos podem ser administrados isoladamente ou combinados entre si por esta via, mas a administração de QT intratecal pode conduzir a neurotoxicidade que se manifesta por lesões na medula espinhal, convulsões ou encefalopatia, segundo os mesmos autores.

Neste caso em concreto, o doente apresentava um LDGCB agressivo com envolvimento do SNC pelo que foi submetido a um tratamento combinado de R-CHOP, R-HCVAD e intratecal com metotrexato, citarabina e prednisolona. Foi proposto, ainda, para RT quando terminar a QT. A RT coadjuvante aos tratamentos de quimioterapia está indicada quando existe uma massa volumosa (Pérez-Zúñiga et al., 2018), como é o caso.

Sobrevida

O Linfoma Difuso das Grandes Células B é diagnosticado, em 50% dos casos, em estadios avançados o que se traduz num prognóstico desfavorável (Guedes, 2014). Contudo, a taxa de sobrevivência não depende apenas do estadio da doença, pelo que, para estimar as taxas de sobrevivência livres de progressão e global da doença, é utilizado o Índice de Prognóstico Internacional (IPI) que considera 5 fatores: idade, desempenho geral (pode ser determinado pela ferramenta Eastern Cooperative Oncology Group tool), o estadio da doença (segundo o sistema de Ann Arbor), o envolvimento de locais extranodais (fora do sistema linfático) e o nível de lactato desidrogenase (Stegemann et al., 2022). Segundo os mesmos autores a taxa de sobrevivência, em 5 anos, em pessoas jovens varia entre os 32%, 46%, 69% e 83%, e corresponde respetivamente ao risco alto, intermédio alto, intermédio baixo e baixo risco.

Durante vários anos o tratamento era unicamente um esquema de imunoquimioterapia baseado em antraciclinas (R-CHOP), que apresentava uma taxa de sucesso de cerca de 60-70% por todo o mundo, mas com um número significativo de recidivas nos primeiros dois anos após a remissão (30-40%) (Castañeda-Ruiz et al., 2017). Importa ressaltar que cerca de 10% dos doentes com LDGCB apresentam-se como resistentes ou refratários aos tratamentos e que nestes casos, assim como nos casos de recidiva da doença, a cura é difícil e as opções terapêuticas são limitadas (Guedes, 2014).

No entanto, com o avanço da tecnologia molecular, já é possível analisar os marcadores biomoleculares da doença que permitem classificar a doença e agrupar os doentes em grupos mais homogêneos, com terapêuticas mais diferenciadas com vista a uma taxa de remissão próxima dos 100%, sendo que estes tratamentos estão em fase de ensaio clínico aplicando-se, ainda, a um grupo restrito de doentes.

As novas abordagens terapêuticas e o avanço da medicina têm contribuído para o aumento das taxas de sobrevida dos doentes oncológicos, alterando o paradigma da doença oncológica como sendo incurável e uma sentença de morte (Di Mattei et al., 2024). No entanto, os tratamentos são extremamente agressivos com toxicidades que afetam tanto física, como psicologicamente a pessoa com doença oncológica com implicações na sua adaptação e no autocuidado e, consequentemente, na qualidade de vida (Costa, 2024).

O Autocuidado da pessoa com LDGCB submetida a Quimioterapia

A doença onco-hematológica e os tratamentos, nomeadamente a QT, acarretam inúmeras

complicações, com elevada prevalência, ainda, apesar dos avanços da medicina, com impacto negativo na capacidade funcional e qualidade de vida do indivíduo (Traeger et al., 2015). Segundo os mesmos autores, a gestão dos sintomas é complexa e implica mudanças na rotina diária pelo que é necessário dotar a pessoa e família ou cuidador de conhecimentos e capacidades para prevenir e lidar com os sintomas e complicações inerentes à própria doença e aos tratamentos. Importa ressaltar que a prevenção de complicações e o controlo de sinais e sintomas, minimiza a necessidade de interromper ou atrasar os tratamentos possibilitando maior sucesso dos mesmos (Andrade, 2012; Roe & Lennan, 2014).

A toxicidade induzida pela QT resulta em alterações como a neutropenia e a trombocitopenia, decorrentes da mielodepressão, que aumentam a suscetibilidade da pessoa a infeções e hemorragia (Sousa et al., 2017). A ocorrência de febre nestes doentes é um indicador de neutropenia febril, cuja complicação apresenta uma taxa de mortalidade superior a 50% sendo, por isso, considerada uma emergência oncológica (Oliveira et al., 2019). A autogestão do regime terapêutico torna-se, por isso, um dos aspetos fundamentais para minimizar as complicações decorrentes da doença e dos tratamentos.

A pessoa com doença oncológica submetida a quimioterapia deve adotar, por isso, comportamentos de autocuidado que visam à prevenção de complicações e a autovigilância de sinais e sintomas, os quais precisam de ser aprendidos. Nesse contexto, consideramos a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem para suportar a nossa prática de enfermagem e o planeamento dos cuidados. Orem definiu o autocuidado como um conjunto de ações que visam dar resposta às necessidades do indivíduo a fim de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar (Orem, 2001). Segundo a mesma autora, o autocuidado tem de ser aprendido e executado de forma contínua ao longo do ciclo vital. O autocuidado torna-se, assim, um foco essencial da atenção dos enfermeiros, uma vez que a gestão da doença e do regime terapêutico é uma necessidade do indivíduo. Para que esse processo seja efetivo, é fundamental que o doente integre novos conhecimentos e modifique os seus comportamentos de autocuidado, incorporando-os na sua rotina diária (Rodrigues, 2019).

Neste sentido, o papel do enfermeiro especialista visa a identificação dos requisitos para a realização do autocuidado e a promoção do autocuidado da pessoa com doença oncológica sob QT pela capacitação desta e da família ou cuidadores para a gestão eficaz da doença, do regime terapêutico e das complicações, otimizando os resultados em saúde. A Teoria do Autocuidado pressupõe que a intervenção do enfermeiro pode ser no âmbito de suprir as necessidades de modo total ou parcial ou num sistema de apoio-educação (Orem, 2001).

Neste contexto, considerando a capacidade do doente para a realização das atividades de autocuidado, recorreremos ao sistema de apoio-educação, proporcionando-lhe os conhecimentos necessários para a gestão da doença e do regime terapêutico, conforme apresentamos, de seguida, no plano de cuidados. Reconhecemos, ainda, a importância do envolvimento da família

e/ou do cuidador, que atua como suporte ao longo do percurso dos tratamentos. Além disso, em determinados momentos, assume um papel de cuidador principal.

O processo de transição na pessoa com LDGCB em regime de Quimioterapia

O diagnóstico de uma doença oncológica tem um enorme impacto psicológico na pessoa e na sua família (Roe & Lennan, 2014). Adicionalmente os sintomas físicos inerentes à doença e aos tratamentos afetam a pessoa na sua plenitude interferindo com o aspeto físico, com a capacidade de manter a atividade profissional e as relações interpessoais, com impacto na sua qualidade de vida (Wakiuchi et al., 2019).

Ademais, os efeitos secundários dos tratamentos ocorrem, principalmente, no contexto do domicílio (Olver et al., 2018). No caso do doente onco-hematológico, quer a doença quer a QT conduzem a graves complicações, nomeadamente, a anemia, a trombocitopenia e a neutropenia, culminando em situações urgentes e emergentes, frequentemente com necessidade de internamento, que devem ser identificadas rapidamente e comunicadas à equipa médica (Oliveira et al., 2019; Olver et al., 2018). Desta forma, é essencial que a pessoa com doença oncológica e a família ou cuidadores estejam cientes dos efeitos secundários, como geri-los e quando devem recorrer a um profissional de saúde (Olver et al., 2018).

Neste alinhamento, podemos afirmar que a pessoa com LDGCB sob quimioterapia vive um período de mudança da sua condição de saúde, em que passou de um estado saudável, para portador de uma doença crónica e que implica a aquisição de novos conhecimentos e novas habilidades. Desta forma, pode-se afirmar que a pessoa se encontra a vivenciar uma transição do tipo saúde-doença, marcada por dúvidas e incertezas face ao futuro e medo e receio perante os tratamentos a ser seguidos (Meleis, 2020).

Assim, consideramos que a Teoria das Transições serve de guia para a prática de enfermagem, pois possibilita compreender a natureza, o tipo, o padrão e as propriedades da transição, assim como, as condições da transição e os seus padrões de resposta, e adequar as intervenções de enfermagem de modo a facilitar o processo das pessoas que a vivenciam. A Teoria das Transições foi, por isso, um referencial teórico também utilizado para suportar o processo de enfermagem neste estudo de caso.

O papel do enfermeiro especialista é promover a literacia em saúde e capacitar a pessoa com doença oncológica e família ou cuidadores facilitando o processo de transição com vista à integridade fluida daquela que é a atual condição de saúde-doença e ao desenvolvimento de mestria para a monitorização e (auto)gestão dos sinais e sintomas para um maior bem-estar e qualidade de vida (Paguia et al., 2017). Vários estudos corroboram que a intervenção deve ser iniciada ainda antes do início dos tratamentos (Olver et al., 2018).

A pessoa em estudo vive uma transição única do tipo saúde-doença, desencadeada pelo diagnóstico. A alopecia e os sintomas pré-diagnóstico contribuíram para a sua

consciencialização sobre a condição, levando-a a procurar informação e a envolver-se ativamente no cuidado. Apesar do medo e incerteza quanto ao prognóstico, encara os tratamentos com pensamento positivo. A adesão ao regime terapêutico, o suporte familiar e a manutenção das atividades sociais facilitam a adaptação. No entanto, eventos críticos, como infeções recorrentes e a necessidade de internamento, atuam como inibidores, intensificando a insegurança.

Os diagnósticos e intervenções, que serão apresentados a seguir, foram identificados tendo em conta as propriedades inerentes ao processo de transição, como a consciencialização e eventos críticos, condições pessoais e externas, que funcionam como facilitadoras ou inibidoras. A transição ainda está em curso, sem indicadores definitivos de resultado, mas com um processo marcado pelo envolvimento ativo e suporte familiar.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 20 anos | Masculino

Cuidador

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Parentesco: mãe / pai.

30-10-2024 14:00 - Coabita com a pessoa dependente.

30-10-2024 14:00 - Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

30-10-2024 14:00 - Cuidador sem dificuldade em reter nova informação.

30-10-2024 14:00 - Cuidador sem dificuldade em recuperar informação.

3.3. Medicação

Início

Medicação

Fim

2024-10-30 14:00:00Aciclovir 400mg, de 12 em 12 horas

2024-10-30 14:00:00Esomeprazol 40mg, 1 comprimido em jejum

2024-10-30 14:00:00Macrogol 10g, 1 saqueta em SOS, no máximo 3 vezes por dia

Início	Medicação	Fim
2024-10-30 14:00:00	Metoclopramida 10mg, em SOS, no máximo de 8 em 8 horas	
2024-10-30 14:00:00	Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg + 160mg, 1 comprimido às 2 ^{as} , 4 ^{as} e 6 ^{as} feiras	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Os aspetos a considerar relativamente à medicação prescrita enquadram-se no domínio das intervenções interdependentes de enfermagem, ou seja, aquelas em que o enfermeiro tem responsabilidade pela concretização, mas não pela conceção. Nesta medida, importa que o enfermeiro detenha conhecimento de outras áreas disciplinares, para além da enfermagem, como fisiopatologia e farmacologia, que lhe permitam intervir atempadamente, ajuizando focos de instabilidade com antecedência, além de prestar cuidados de qualidade e com segurança.

A pessoa com doença onco-hematológica apresenta uma incidência de infeções superior à população em geral e são vários os fatores que contribuem para isso, nomeadamente a quimioterapia, resutante da neutropenia subsequente à mielodepressão (Pinto et al., 2018). Além da neutropenia, existem outros efeitos adversos comuns da quimioterapia, tais como, náuseas, vômitos, diarreia e obstipação (Andrade, 2012; Calegari et al., 2018; Santana, 2019). Estes sintomas, inerentes à doença e aos tratamentos de quimioterapia, condicionam o autocuidado e a realização das atividades de vida da pessoa, com impacto na qualidade de vida (Traeger et al., 2015).

Nestes doentes o regime medicamentoso contempla, por isso, a profilaxia de infeções (Aciclovir e Sulfametoxazol + Trimetoprim) e o controlo sintomático, daqueles que são os sintomas mais frequentes após a quimioterapia: náuseas e vômitos (Metoclopramida e Esomeprazol) e obstipação (Macrogol).

De modo a gerir a doença, prevenir complicações e controlar os sintomas é fundamental a adesão e correta gestão do regime medicamentoso. Assim, o enfermeiro deve dotar a pessoa de conhecimentos sobre o regime medicamentoso instituído e de capacidade para a gestão de regime medicamentoso conforme autovigilância de sinais e sintomas.

Aciclovir 400mg PO (12 em 12 horas)

Trata-se de um nucleosídeo análogo da purina, sintético com atividade inibitória do vírus do herpes humano, nomeadamente o Vírus do Herpes Simplex, Varicella Zoster, Vírus de Epstein-Barr e Citomegalovírus.

Este fármaco está indicado no tratamento de infeções pelos vírus acima referidos e na profilaxia de infeções por esses vírus em doentes imunocomprometidos.

As reações adversas mais frequentes do aciclovir são: dores de cabeça, tonturas, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, prurido, erupção cutânea e fotossensibilidade.

O aciclovir está contraindicado em pessoas com hipersensibilidade ao mesmo (Índice Nacional Terapêutico, 2024a).

Esomeprazol 40mg PO (em jejum)

O esomeprazol é um inibidor da bomba de prótons das células parietais, que atua pela inibição da enzima H⁺/K⁺-ATPase, resultando na inibição da secreção gástrica de ácido.

Está indicado no tratamento da Doença do Refluxo Gastroesofágico e na prevenção de úlceras gástricas e duodenais associadas à terapêutica com Anti-inflamatórios não esteroides, em doentes de risco.

As reações adversas frequentes deste medicamento são: dor de cabeça, diarreia, dor no estômago, obstipação, flatulência e náuseas ou vômitos.

O esomeprazol está contraindicado em pessoas com hipersensibilidade ao mesmo, ou a benzimidazóis. Além disso, não deve ser utilizado concomitantemente com o nelfinavir (Índice Nacional Terapêutico, 2024b).

Macrogol 10g PO (1 saqueta em SOS, no máximo 3x/dia)

Trata-se de um medicamento pertencente ao grupo de laxantes osmóticos, que têm a capacidade de reter as moléculas de água no intestino, o que promove o amolecimento das fezes e conduz ao aumento do peristaltismo.

O macrogol está indicado no tratamento da obstipação.

As reações adversas mais frequentes são: distensão e/ou dor abdominal, náuseas e diarreia.

A sua utilização está contraindicada em pessoas com doença intestinal inflamatória severa (tal como colite ulcerosa e doença de Crohn) ou megacólon tóxico, perfuração digestiva e hipersensibilidade ao macrogol (polietilenoglicol) (Índice Nacional Terapêutico, 2024c).

Metoclopramida 10mg PO (em SOS, no máximo de 8 em 8 horas)

É uma benzamida substituída da classe dos neurolépticos, com propriedades antieméticas.

A sua utilização está indicada na prevenção e tratamento de náuseas e/ou vômitos.

As reações adversas observadas com maior frequência são: sonolência, depressão, movimentos involuntários tais como tiques, agitação, movimentos de torção ou contraturas musculares (dureza, rigidez e tremor), sensação de agitação, diarreia e sensação de fraqueza.

A metoclopramida está contraindicada em pessoas com hipersensibilidade à metoclopramida,

com hemorragia gastrointestinal, obstrução mecânica ou perfuração gastrointestinal; com feocromocitoma confirmado ou suspeito, epilepsia, doença de Parkinson e em combinação com levodopa ou agonistas dopaminérgicos (Índice Nacional Terapêutico, 2024d).

Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg+160mg PO (1 comprimido às 2^{as}, 4^{as} e 6^{as} feiras)

Trata-se de um antibiótico, em que o sulfametoxazol tem função bacteriostático e o trimetoprim tem um efeito bactericida.

Está indicado no tratamento de várias infeções, nomeadamente do trato urinário, ouvido e bronquites e no tratamento e prevenção de pneumonia em doentes com o sistema imunológico comprometido, como doentes oncológicos.

Este fármaco apresenta frequentemente efeitos indesejáveis, como náuseas, vômitos e exantema.

A sua utilização está contraindicada em pessoas com hipersensibilidade às sulfonamidas, ao trimetoprim e substâncias aparentadas, eritema exsudativo multiforme, alterações hematológicas graves (trombocitopenia, granulocitopenia, anemia megaloblástica), insuficiência renal grave e insuficiência hepática grave (Índice Nacional Terapêutica, 2024e).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Cateter urinário

30-10-2024 14:00 - Características do dispositivo: Silicone 16Ch.

30-10-2024 14:00 - Cor da urina: amarelo-palha.

22-11-2024 11:15 - Cor da urina: amarelo-palha.

30-10-2024 14:00 - Transparência da urina: Límpida.

22-11-2024 11:15 - Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Características do dispositivo: Silicone 16Ch.

30-10-2024 14:00 - Determinar sinais de infeção do sistema urinário

30-10-2024 14:00 - *Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário [Em todos os contactos]*

22-11-2024 11:15 - Cheiro da urina: "sui generis".

22-11-2024 11:15 - *Referenciar sinais de infeção do sistema urinário ao médico [SOS]*

30-10-2024 14:00 - Promover autogestão: prevenção de infeção do sistema urinário

30-10-2024 14:00 - Conhecimento sobre prevenção de infeção do sistema urinário: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre prevenção de infeção do sistema urinário: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

prevenção de infeção do sistema urinário [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de infeção do sistema urinário [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre prevenção de infeção do sistema urinário [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de infeção do sistema urinário [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15 - Adota comportamentos de prevenção de infeção do sistema urinário.

22-11-2024 11:15 - Refere satisfação com os comportamentos de prevenção de infeção do sistema urinário.

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Cateter central

22-11-2024 11:15 - Localização do cateter central

22-11-2024 11:15 - Veia subclávia Direita(o)

22-11-2024 11:15 - Características do dispositivo: Hickman.

22-11-2024 11:15 - Ausência de dor.

22-11-2024 11:15 - Ausência de calor.

22-11-2024 11:15 - Ausência de rubor.

22-11-2024 11:15 - Ausência de tumefação.

22-11-2024 11:15 - Ausência de exsudado.

22-11-2024 11:15 - Determinar sinais de complicações relacionadas com o cateter central

22-11-2024 11:15 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter central [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

22-11-2024 11:15 - Promover autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre prevenção de complicações do cateter central: facilitador.

22-11-2024 11:15 - Avaliar evolução da autogestão: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15 - Promover papel do cuidador: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central

22-11-2024 11:15 - Conhecimento do cuidador sobre prevenção de complicações do cateter central: facilitador.

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

Cateter Urinário

Um em cada quatro dos doentes algaliados poderão desenvolver uma infeção do trato urinário, pelo que é importante a utilização de estratégias preventivas de infeção, assim como evitar algaliações desnecessárias (Lobão & Sousa, 2016). As infeções do trato urinário associadas à presença de cateter vesical têm repercussões no doente, mas também no subsistema económico em saúde associada à necessidade de hospitalização, realização de exames complementares e do tratamento dessa mesma infeção, segundo os mesmos autores.

Além disso, importa referir que a utilização desnecessária de antibioterapia em indivíduos com infeção do trato urinário assintomático, concorre para o aumento da resistência aos antimicrobianos e para a ocorrência de outras infeções nosocomiais, sendo por isso primordial a prevenção destas infeções e a utilização de antibióticos de forma responsável e consciente (Lobão & Sousa, 2016).

Neste seguimento, tem sido crescente a preocupação com a prevenção destas infeções tanto que, em Portugal, a Direção-Geral da Saúde ([DGS], 2022a), desenvolveu a norma nº 019/2015, intitulada “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção Urinária Associada a Cateter Vesical”, de implementação obrigatória nas instituições de saúde (Lobão & Sousa, 2016).

Compete por isso, ao enfermeiros implementar medidas preventivas de infeção, capacitar o doente e família ou cuidador para a correta manipulação e utilização de estratégias preventivas de infeção, assim como, o reconhecimento precoce de infeção.

Cateter Central

Na oncologia moderna, para a administração de quimioterapia e colheita de sangue o acesso a uma veia central é essencial, e existem diversos tipos de cateteres de acesso central, entre eles os cateteres tunelizados (Hickman) (Moss et al., 2021). A presença destes dispositivos está associado a uma elevada prevalência de infeções, com taxa de mortalidade entre os 12% e 40% (Böll et al., 2021). Além disso, segundo os mesmos autores, estas infeções resultam em internamentos prolongados, aumentam o uso de recursos e os custos do tratamento, assim como, a necessidade de adiar os tratamentos de QT, com impacte no dente e na economia dos sistemas de saúde.

Compete ao enfermeiro assegurar os cuidados e a manutenção do dispositivo com base na melhor evidência científica. A adoção de práticas adequadas é essencial na enfermagem, pois pode reduzir de forma significativa o risco de infeção (Böll et al., 2021). A norma nº 022/2015 da DGS (2022b), intitulada “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção Relacionada com

Cateter Venoso Central é utilizada como *guideline* nas instituições de saúde, em Portugal, pelos enfermeiros.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
30-10-2024 14:00	Força muscular	
30-10-2024 14:00	Sensações somáticas	
30-10-2024 14:00	Apetite	
30-10-2024 14:00	Sistema cardiovascular	
30-10-2024 14:00	Termorregulação	
30-10-2024 14:00	Emoção	
30-10-2024 14:00	Autogestão do regime medicamentoso	
30-10-2024 14:00	Padrão alimentar	
30-10-2024 14:00	Padrão de exercício	
30-10-2024 14:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
30-10-2024 14:00	Digestão	
30-10-2024 14:00	Pele e mucosas	
30-10-2024 14:00	Autoconceito	

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

Os domínios selecionados são focos de atenção de enfermagem identificados referentes ao caso clínico apresentado anteriormente. Neste subcapítulo pretendo justificar a pertinência de cada um deles no que diz respeito aos cuidados de enfermagem especializados, neste caso clínico em concreto.

O utente foi acompanhado em dois momentos, compreendendo duas consultas de enfermagem que decorreram com duas semanas de intervalo entre si.

Força Muscular

A compressão medular causada pelo tumor, na região sacro, pode conduzir a défices motores, nomeadamente a paraplegia, já os défices sensitivos não são tão frequentes (Kwong et al., 2009). No entanto, neste caso, o doente apresentava hipoestesia perineal com consequente retenção urinária, além da diminuição da força muscular dos membros inferiores, no período prévio ao diagnóstico.

Ademais, o doente foi submetido a um tratamento de quimioterapia via intratecal a 08/10/2024 com metotrexato, citarabina e prednisolona. Este tipo de tratamento triplo apresenta elevado risco de neurotoxicidade que se manifesta pela presença de convulsões, encefalopatia e lesões

da medula espinhal, nomeadamente paraplegia, tetraplegia e síndrome da cauda equina (Kwong et al., 2009). Segundo os mesmos autores, a paraplegia ocorre em cerca de 82% dos casos e os sintomas manifestam-se entre 1-91 dias após a administração destes fármacos.

A força muscular preservada é essencial para a capacidade funcional e a independência do doente e importa, por isso, realizar uma anamnese completa e identificar possíveis alterações na força muscular e adequar as intervenções com vista à promoção da autonomia da pessoa (Fonseca, 2023). A escala utilizada para a avaliação da força muscular foi a *Medical Research Council*, na qual é realizada uma avaliação da força muscular periférica dos membros superiores e inferiores, pela atribuição de valores de 0 a 5 (Fonseca, 2023). Quanto maior o grau da força muscular, maior é o desempenho dos grupos musculares avaliados, sendo que o grau zero corresponde a ausência de contração muscular, o grau 1 a contração muscular reduzida, o grau 2 a movimento ativo no plano horizontal com a eliminação da gravidade, o grau 3 a movimento ativo contra a ação da gravidade, o grau 4 a movimento ativo com ação da gravidade e resistência e o grau 5 a força muscular normal (Costa et al., 2019). Esta escala é amplamente utilizada pelos profissionais de saúde e está recomendada pela Ordem dos Enfermeiros.

Neste caso em concreto e nos momentos de avaliação, o doente apresentou força muscular 5, em ambos os membros inferiores, o que significa força muscular normal. Embora o doente tenha apresentado previamente ao início dos tratamentos diminuição da força muscular, não apresenta no momento atual, o que poderá ter relação com os tratamentos na redução da massa e, conseqüentemente na diminuição da compressão medular, o que só poderá ser confirmado com exames médicos de diagnóstico.

Sensações Somáticas (Dor)

A dor é um dos sintomas mais prevalentes na pessoa com doença oncológica, estando presente em cerca de 36% a 61% dos doentes, e varia consoante o tipo e estadió da doença e com fatores inerentes ao próprio doente (Oldenmenger et al., 2011). A sua prevalência aumenta durante e após o tratamento, tornando-se em muitos casos crónica, como demonstrou um estudo recente, no qual 47% dos sobreviventes de cancro manifestavam dor crónica associada aos tratamentos (quimioterapia, radioterapia ou cirurgia) (Mestdagh et al., 2023).

Segundo o mesmo autor, a dor crónica tem um enorme impacte na qualidade de vida quer pelo compromisso da capacidade física, quer pelo sofrimento psicológico, manifestando-se sob a forma de ansiedade e exaustão. Além disso, é também um fator que concorre para o isolamento, pelo que afeta não só a própria pessoa, assim como a família e a comunidade (DGS, 2017). Assim, a abordagem da pessoa com dor visa melhorar a sua qualidade de vida e capacidade funcional, devendo ser baseada na melhor evidência, com o objetivo de prevenir e controlar a dor, segundo a mesma fonte.

A dor tem, ainda, um elevado impacte socioeconómico pelos custos inerentes ao recurso

frequente aos serviços de saúde e despesas com a terapêutica (DGS, 2017). Além disso, existem custos indiretos, associados à perda de produtividade, tal como o absentismo e, ainda, a atribuição de compensações e subsídios, segundo a mesma fonte.

Neste alinhamento, a dor foi considerada o 5º sinal vital, pela DGS (2003), que preconiza a avaliação da intensidade da dor e o seu registo contínuo, por parte dos profissionais de saúde. Segundo a mesma fonte, a avaliação da dor deve ser feita com recurso a escalas de avaliação da dor.

A dor associada à mucosite oral é, também, uma das principais complicações da QT e interfere com diversas atividades básicas, tais como, o autocuidado alimentar-se e a comunicação, pelo que se torna fundamental a implementação de estratégias, pelo doente, para a prevenção da mucosite oral (Costa, 2024; Gondim et al., 2010).

Neste caso o doente manifestou dor, no segundo contacto, associado à presença do dispositivo médico (sonda vesical), uma dor intermitente e mais prevalente na posição de sentado. No sentido de promover o conforto do doente colocou-se a hipótese da algaliação intermitente que carece da avaliação por outro profissional (fisiatra), pelo que foi realizada a referênciação.

Apetite e Padrão Alimentar

Uma alimentação diversificada e equilibrada é essencial para fornecer os nutrientes necessários ao organismo e contribui para a recuperação celular, reduz os efeitos adversos dos tratamentos e melhora o combate às infeções (Agostinho, 2022).

No entanto, a pessoa com doença oncológica enfrenta frequentemente alterações nutricionais decorrentes da ativação de estados hipercatabólicos e inflamatórios sistémicos, agravada pelos efeitos adversos da quimioterapia como a perda de apetite, náusea e vômito, que culminam em desequilíbrios metabólicos, risco de desnutrição e caquexia (Vella et al., 2024).

A caquexia ocorre, aproximadamente, em metade dos doentes e afeta negativamente a tolerância ao tratamento, estando associada a menor sobrevida e pior qualidade de vida (Spotten et al., 2017).

A perda de apetite é um dos principais sintomas da pessoa com doença oncológica e um dos principais efeitos secundários da QT, e tem relação com outras complicações do tratamento, tais como a alteração do paladar, a náusea, a dor e a mucosite e aspetos emocionais, como por exemplo a alteração de humor (Silveira et al., 2021). Atendendo a que comer é uma necessidade básica e é, também, um ato social, a diminuição do apetite apresenta um impacto tanto físico, associado à perda involuntária de peso e alteração da imagem corporal, quanto psicológico, pela diminuição da interação social e qualidade de vida (Spotten et al., 2017). Segundo os mesmos autores, a desnutrição é extremamente prevalente nestes doentes, sendo um indicador importante de morbilidade, mortalidade, resposta terapêutica e toxicidade.

A desnutrição somando-se à neutropenia, frequente nestes doentes, concorrem para a suscetibilidade a infeções, pelo que a avaliação nutricional e a intervenção multidisciplinar quando identificado risco nutricional são de extrema importância (Oliveira et al., 2019).

A suscetibilidade à infeção obriga à imposição de restrições alimentares, para a sua prevenção, o que condiciona as escolhas alimentares e, adicionalmente à diminuição de apetite pode resultar na ingestão deficiente de vitaminas e minerais e, consequentemente no compromisso do estado nutricional (Agostinho, 2022). Segundo a mesma fonte, a higiene das mãos e dos alimentos é imprescindível, por outro lado, a literatura não é consensual relativamente à implementação da dieta neutropénica, devendo ser aplicada com parcimónia e adequando aos gostos e necessidades do doente. Contudo, existem guidelines europeias, nacionais e institucionais, pelas quais os profissionais se regem na sua prática clínica.

A nefrotoxicidade é outro efeito, e grave, da QT, pois restringe a eficácia dos tratamentos e interfere com o bem-estar do doente, em resultado de complicações como a lesão renal aguda, a retenção urinária, obstrução do trato urinário, entre outras (Kiaunytė et al., 2022). Segundo os mesmos autores, os agentes antineoplásicos que concorrem para a nefrotocixidade são a cisplatina, o metotrexato e a ciclofosfamida. Assim, torna-se fundamental a hiper-hidratação (3L) para promover a excreção dos citostáticos e dos produtos que advêm da sua ação (Costa et al., 2005).

Atendendo a que a mãe é quem cozinha em casa, foi incluída na conceção de cuidados no âmbito do domínio do regime dietético.

Sistema Cardiovascular

Como já foi referido, quer a doença quer a QT concorrem para complicações hematológicas decorrentes da mielossupressão, tais como a anemia, a trombocitopenia e a neutropenia. A monitorização e avaliação dos sinais vitais são prementes para a identificação precoce de alterações, conjuntamente com análises laboratoriais. Importa ressaltar que na presença destas e outras complicações os tratamentos são ajustados e por vezes existe a necessidade da sua interrupção, pela toxicidade e intolerância do doente aos mesmos (Olver et al., 2018).

A anemia é uma complicação que deve ser identificada e tratada precocemente, pois concorre para quadros de instabilidade e gravidade (Sousa et al., 2017). Caracteriza-se pela diminuição de eritrócitos e manifesta-se através de palidez cutânea, dispneia e fadiga, alterações no padrão do sono e taquicardia (Costa et al., 2005). Segundo os mesmos autores, é fundamental a avaliação de sinais vitais (tensão arterial e frequência cardíaca) e a vigilância de sinais de hemorragia, além de análises laboratoriais para a sua confirmação; o tratamento corretivo, em alguns casos, passa pela transfusão de concentrado de eritrócitos.

A trombocitopenia caracteriza-se pela diminuição significativa de plaquetas, com consequente possibilidade de ocorrência de perda sanguínea ou hemorragia (hemateméses ou melenas) e

hematomas (Sousa et al., 2017). A presença de trombocitopenia associado à presença de hematomas ou perdas sanguíneas, indica risco de hemorragia e é uma situação de risco de vida, nestes doentes, pelo que é fundamental que o doente e família ou cuidador reconheça e procure a ajuda dos profissionais de saúde, perante esses sinais (Olver et al., 2018). No entanto, segundo os mesmos autores, cerca de menos de metade dos doentes procuram os profissionais de saúde de imediato, quando apresentam esses sinais, o que é preocupante.

Neste alinhamento, é fundamental que a pessoa e a família ou cuidador compreendam o potencial de toxicidade dos tratamentos e que reconheçam precocemente sinais e sintomas e adotem medidas para prevenir, bem como, saibam atuar na presença de alguma complicação. Assim, o papel do enfermeiro especialista passa pela monitorização e identificação precoce de alterações, pela consciencialização da pessoa, família ou cuidador sobre as complicações resultantes da doença e dos tratamentos e as suas implicações, assim como, dotá-los de conhecimento sobre os fatores causais, monitorização de sinais e sintomas e modo de atuação perante situações graves, de elevada complexidade e que colocam o doente em risco de vida.

Termorregulação

A neutropenia é o terceiro elemento da tríade hematológica frequente nos doentes onco-hematológicos e, sobretudo, sob QT, e caracteriza-se pela diminuição de neutrófilos, células estas responsáveis pelo combate a infeções fúngicas e bacterianas, colocando-os numa situação de maior suscetibilidade a infeções (Calegari et al., 2018; Santana, 2019).

O primeiro e mais frequente sinal de infeção nestes doentes é a febre e é considerada uma emergência oncológica, uma vez que é um indicador de neutropenia febril, complicação essa que apresenta uma taxa de mortalidade superior a 50% (Oliveira et al., 2019). Segundo os mesmos autores uma temperatura axilar superior a 37,8°C já constitui um alerta de quadro de neutropenia febril, na pessoa em regime de QT. A neutropenia febril, identificada pela associação de febre à diminuição significativa de neutrófilos, é uma condição que progride, frequentemente, para choque séptico, o que é, ainda hoje, uma realidade presente nas instituições de saúde, em Portugal, e com exponencial risco de mortalidade associado (Santos & Sousa, 2021). Esta condição clínica acarreta, ainda, consequências no regime terapêutico instituído, com necessidade de redução das doses, atraso ou mesmo abandono da QT inicialmente proposta, com implicações no resultado para o doente, segundo os mesmos autores.

Desse modo, a monitorização da temperatura importa para a deteção e atuação precoce, além da necessidade conjunta de adoção de medidas preventivas de infeção (Santos & Sousa, 2021). O papel do enfermeiro especialista passa não só pela avaliação e identificação precoce de complicações, mas também, e mais importante, pela consciencialização da pessoa e da família ou cuidador sobre a relação entre a temperatura e o processo patológico e a capacitação destes para a aplicação de medidas preventivas de infeção (cuidados de higiene, cuidados com a

alimentação, uso de máscara cirúrgica, evitar multidões e contacto com pessoas infetadas, entre outras) e deteção precoce de sinais e sintomas, inclusive a monitorização da temperatura corporal, assim como o modo de atuação na presença de febre (contactar de imediato a equipa médica de urgência do serviço de onco-hematologia) (Santos & Sousa, 2021; Sousa et al., 2017).

Emoção

Atualmente, o cancro continua a ser uma das principais causas de mortalidade no mundo (Wakiuchi et al., 2019). Perante estes dados não é de admirar que a representação social face ao diagnóstico de uma doença oncológica seja tida como uma sentença de morte. Dessa forma o cancro é tido como uma ameaça à vida e apresenta um impacte emocional quer para a pessoa, quer para a sua família que acarreta problemas psicológicos, tais como, ansiedade, depressão, medo e angústia (Peixoto et al., 2017).

Atendendo ao impacte epidemiológico e social do cancro, nas últimas décadas, tem-se observado o desenvolvimento constante de alternativas terapêuticas, que visam o controlo desta doença e o aumento da sobrevivência e das taxas de remissão (Wakiuchi et al., 2019). Desta forma, o paradigma tem vindo a sofrer uma alteração passando de uma visão do cancro como uma doença incurável para uma doença crónica (Peixoto et al., 2017).

Segundo Wakiuchi et al. (2019), a pessoa sob tratamento de QT sofre efeitos adversos (náuseas, vômitos, obstipação e outros) que condicionam a qualidade de vida e, ainda, alterações na sua autoimagem que impossibilitam a manutenção de emprego, o relacionamento interpessoal e até dúvida sobre a possibilidade de cura. Um estudo sobre representação social face à QT demonstrou que existe uma associação dos tratamentos a experiências negativas (dor, sofrimento, medo e ameaça), assim como a limitações físicas, com impacte na qualidade de vida (Wakiuchi et al., 2019).

Podemos afirmar, assim, que a repercussão da doença e dos tratamentos despoleta um conjunto de sintomas que ultrapassa a dimensão física do ser humano, afetando, também, as dimensões psicológica e social, devendo a pessoa e a família ou cuidador serem vistos de forma holística (Peixoto et al., 2017).

A ansiedade é um problema que acompanha o doente oncológico em todas as fases do processo, inclusive, na fase de sobrevivente, e embora seja um transtorno psicológico, manifesta-se frequentemente por um conjunto de sintomas físicos (taquicardia, tensão muscular, inquietude, entre outros) em associação com emoções negativas (Peixoto et al., 2017). Além disso, a ansiedade surge como uma resposta humana da pessoa à transição de saúde-doença que vive perante um diagnóstico de cancro, e a incerteza da cura, segundo os mesmos autores. Neste sentido, o papel do enfermeiro especialista é facilitar o processo de transição, com recurso a estratégias promotoras da gestão da doença e da ansiedade (Meleis,

2020; Peixoto et al., 2017).

Di Mattei et al. (2024), refere que existe uma relação estrita entre as dimensões física e psicológica, em que o desconforto físico e as alterações da imagem corporal têm impacto na componente emocional, resultando em ansiedade e tristeza e, por sua vez, a componente emocional reflete-se na exacerbação dos sintomas físicos, nomeadamente, a dor. Estes autores, sugerem, assim, uma associação entre intervenções farmacológicas (como resposta aos sintomas físicos) e intervenções não farmacológicas (como soluções complementares), sendo que estas últimas são, usualmente, mais bem toleradas e resultam numa maior qualidade de vida para os doentes.

As intervenções não farmacológicas identificadas na literatura incluem a imaginação guiada, a musicoterapia, o exercício físico, ioga e acupuntura (Di Mattei et al., 2024; Mestdagh et al., 2023). Os dados na literatura são, ainda, inconclusivos quanto ao recurso à realidade virtual quer na autogestão da ansiedade quer no controlo da dor (Mestdagh et al., 2023). No entanto, tendo em conta as preferências do doente e a idade, esta foi uma estratégia adotada e, por sua vez, revelou-se ser eficaz, neste caso específico.

Autogestão do Regime Medicamentoso

O autocuidado é definido por Orem (2001), como um conjunto de ações que visam dar resposta às necessidades do indivíduo a fim de preservar a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Segundo a mesma autora, o autocuidado tem de ser aprendido e executado de forma contínua ao longo do ciclo vital. Assim, o autocuidado torna-se alvo de atenção dos enfermeiros, pois a gestão da doença e do regime medicamentoso acaba por ser uma necessidade do indivíduo que deve ser integrado na rotina e implica a integração de novos conhecimentos e a alteração de comportamentos do autocuidado (Rodrigues, 2019).

Numa primeira fase o enfermeiro deve, por isso, avaliar os conhecimentos e capacidades do doente para gerir a doença e o regime medicamentoso e capacitá-lo para o autocuidado e monitorização dos sinais e sintomas (Sánchez et al., 2019). No entanto, segundo Meleis (2020), para que o doente seja capaz de gerir o regime medicamentoso e integrá-lo na sua rotina (mestria e integração fluída da identidade) é fundamental conhecer condicionantes pessoais, comunitárias e sociais, que vão muito para além do conhecimento, e que podem afetar o processo de transição. Quanto a condicionantes pessoais é importante identificar e desconstruir crenças e significados ou estigmas, a condição socioeconómica e os conhecimentos e habilidades; as condições da comunidade e sociedade relevam como facilitadores ou dificultadores, entre eles, o apoio da família e de outros elementos da comunidade, recursos materiais, assim como, a representação social e estereótipos relativos à doença e aos tratamentos (Meleis, 2020).

Segundo a OMS (2003), as intervenções de enfermagem eficazes na promoção da adesão e

gestão do regime terapêutico revelam um impacto mais significativo na saúde da população do que qualquer melhoria nos tratamentos médicos específicos. Assim, a atuação dos enfermeiros e, em especial do enfermeiro especialista, junto destes doentes que vivem uma situação de gestão complexa torna-se imprescindível para uma melhoria na qualidade assistencial e na promoção da qualidade de vida, daqueles que são o alvo dos nossos cuidados.

Neste caso concreto o regime de QT é feito em contexto de internamento (R-HCVAD) e em ambulatório, no serviço de Hospital de Dia (R-CHOP), pelo que não requer a autogestão deste regime medicamentoso pelo doente, família ou cuidador. Contudo, a QT apresenta efeitos adversos e a sua gestão é fundamental, pois pode afetar a tolerância e a continuidade do tratamento, além do impacto na qualidade de vida dos doentes e sua família (Olver et al., 2018; Traeger et al., 2015).

Os principais efeitos da QT são as infeções, e alterações do foro gastrointestinal, tais como náuseas, vómitos e obstipação, pelo que o regime medicamentoso comporta a profilaxia de infeções e o controlo desses sintomas.

A ciclofosfamida e a citarabina apresentam elevado potencial emético (>90%), sendo que o primeiro está presente no regime de R-CHOP e ambos são administrados no regime de R-HCVAD (Costa et. al. 2005). Segundo os mesmos autores, também a doxorrubicina, presente em ambos os regimes, tem efeito emético (60-90%), assim como o metotrexato. Assim, importa dotar a pessoa e a família ou cuidadores de conhecimento, de modo a compreenderem a prevalência destes sintomas após os diferentes ciclos de quimioterapia, não esquecer o efeito cumulativo também, e a reconhecerem os efeitos secundários, bem como, adotarem medidas para a sua gestão, nomeadamente o regime medicamentoso e, se este não for eficaz, contactarem a equipa médica.

Além do regime medicamentoso, na literatura são vários os artigos que propõem uma abordagem multidisciplinar no doente oncológico complementando a medicina com as terapias complementares, para entre outros, o controlo das náuseas, com recurso a acupuntura e a acupressão (pressão de pontos específicos), como por exemplo a pressão do ponto P6 (Chenbing et al., 2024). Segundo os mesmos autores, este método favorece o controlo das náuseas e, também, da ansiedade, favorecendo o relaxamento do corpo e da mente e consequentemente a melhoria da qualidade de vida dos doentes.

Assim, o enfermeiro especialista tem a responsabilidade de realizar uma anamnese completa de modo a identificar as necessidades e estabelecer um plano de cuidados individualizado, recorrendo a estratégias diferenciadoras que promovam a gestão e adesão ao regime terapêutico, envolver a equipa multidisciplinar e referenciar sempre que necessário e, ainda, monitorizar a eficácia do regime medicamentoso na gestão dos sintomas, nas consultas de *follow-up* (Sánchez et al., 2019).

O progresso tecnológico tem impulsionado novas abordagens assistenciais e introduzido conceitos inovadores, como a telemedicina e a teleconsulta. A relevância da teleconsulta na prática da enfermagem tem sido demonstrada, destacando-se como um recurso essencial para a promoção da saúde, a gestão de efeitos adversos e do regime terapêutico (Oliveira et al., 2019). Segundo os mesmos autores, a teleconsulta em enfermagem tornou-se uma ferramenta fundamental no cuidado de enfermagem a doentes oncológicos sob QT, pois permite a monitorização e controlo dos sintomas, assim como, a deteção precoce de situações emergentes.

Padrão de Exercício

A prática de exercício físico acarreta múltiplos benefícios para a saúde e, principalmente o aeróbico, melhora a função cardiorrespiratória, a oxigenação do organismo e a força muscular (Knips et al., 2019). A evidência tem demonstrado que a prática de exercício físico pelo doente oncológico sob QT reduz a fadiga, a ansiedade, a depressão, as perturbações do sono, a dispneia, a dor e, ao mesmo tempo, melhora a sua capacidade funcional e promove a autoeficácia, resultando numa melhor qualidade de vida (Rodrigues et al., 2021; Wendler, 2022). Segundo Wendler (2022), a prática de exercício físico, também, reduz os parâmetros inflamatórios e os níveis de insulina e induz a angiogénese, o que promove o aumento do fluxo sanguíneo, potenciando o efeito da QT e a circulação das células do sistema imunitário que combatem a doença.

A fadiga é um problema de saúde pública e é o sintoma mais prevalente nos doentes oncológicos, afetando cerca de 75% a 100% dos casos resultante quer da doença oncológica quer dos tratamentos, nomeadamente a QT, e pode persistir durante meses ou anos, mesmo após a remissão da doença e o término do tratamentos (Rodrigues et al., 2021). Segundo os mesmos autores, a fadiga interfere com a capacidade funcional da pessoa com impacte físico e psicológico, diminuindo a qualidade de vida destes doentes e o mesmo acontece com os sobreviventes. Assim, é fundamental consciencializar o doente sobre a importância da prática de exercício físico e dotá-lo de capacidade para adotar um regime de exercício ajustado à sua condição.

As guidelines sobre a atividade física durante o tratamento oncológico recomendam a prática de exercício aeróbico – caminhada, corrida e outros – combinado com treino de força – exercícios de resistência e levantamento de pesos – perfazendo um total de 150 minutos por semana (Wendler, 2022). Esta autora refere, ainda, que a intensidade dos exercícios deve ser ajustada de acordo com o nível de energia (fadiga).

Os sintomas decorrentes da doença e da QT, nomeadamente, a fadiga e a alteração de humor são condicionantes que se demonstraram relevantes no que concerne a adesão ao regime de exercício (Shang et al., 2012). Segundo os mesmos autores, a fadiga e a inatividade física conduzem a um ciclo vicioso, em que a pessoa com fadiga pratica menos exercício físico e, por

sua vez, tem maior probabilidade de perda da capacidade funcional e maior fadiga. Assim, torna-se essencial a educação da pessoa para a promoção da prática de exercício. Além disso, Shang et al. (2012), referem que encorajar a prática de exercício físico com elementos da família melhora a adesão, pois estes têm um papel de suporte e motivação. Contudo, estes autores, alertam para a identificação de condicionantes pessoais e comunitárias que podem dificultar a adesão ao regime de exercício físico, nomeadamente, a condição socioeconómica ou a falta de recursos.

Sondas, Drenos e Cateteres (Cateter Vesical e Cateter Venoso Central)

As infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) são uma das principais complicações da medicina moderna com um impacte significativo nas taxas de morbilidade e mortalidade, além dos custos com o tratamento e hospitalizações prolongadas (Lobão & Sousa, 2016).

Os doentes com linfoma, sobretudo sob QT, têm um risco acrescido de infeção associado ao comprometimento do sistema imunitário e, ainda, relacionado com a presença de dispositivos médicos, como o Cateter Vesical e o Cateter Venoso Central (CVC) (Böll et al., 2021).

As infeções do trato urinário são as IACS mais frequentes e devem-se, maioritariamente, à presença de cateter vesical, assim como o tempo de algaliação (Lobão & Sousa, 2016). Estas infeções, manifestam-se pela presença de sintomas como febre (temperatura superior a 38°C), disúria ou hiperestesia supra púbica e piúria. O diagnóstico deverá ser feito com base nos critérios clínicos, analíticos, laboratoriais e microbiológicos (Lobão & Sousa, 2016).

O Cateter Venoso Central (CVC) é amplamente utilizado no doente oncológico, nomeadamente, para a administração do tratamento sistémico (Böll et al., 2021). No entanto, a sua presença concorre para o aumento do risco de infeção na corrente sanguínea e, segundo os mesmos autores, cerca de 70% de todas as infeções associadas ao CVC podem ser evitáveis.

Neste sentido, cabe ao enfermeiro a capacitação do indivíduo para a adoção de cuidados de higiene e a manipulação correta destes dispositivos médicos, com vista à prevenção de infeções e, ainda, para a identificação precoce de sinais e sintomas de infeção, procurando a ajuda de um profissional de saúde, quando presentes.

Digestão (Náusea)

A quimioterapia, como já referido, apresenta diversos efeitos adversos, de entre eles, as náuseas e os vómitos, com consequente impacte no estado nutricional (Vella et al., 2024). As náuseas e os vómitos são dos sintomas mais prevalentes e mais temidos pelos doentes oncológicos, sobretudo sob QT (Gupta et al., 2021). Segundo os mesmos autores, estes sintomas têm um enorme impacte físico e psicológico na pessoa e na sua família e afeta a qualidade de vida destes, originando frequentemente o abandono dos tratamentos.

A literatura aponta diversas estratégias na gestão destes sintomas, nomeadamente, a utilização

de antieméticos, medidas dietéticas e o envolvimento de uma equipa multidisciplinar (psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e outros) combinado com terapias complementares (loga, acupuntura e acupressão) (Di Mattei et al., 2024; Gupta et al., 2021; Vella et al., 2024).

Pele e Mucosas

A alopecia e alterações na pele e mucosas surgem como efeito secundário à QT com frequência e apresentam um impacto físico, frequentemente, com repercussão ao nível emocional, pela alteração da imagem corporal (Andrade, 2012).

Além disso, as complicações da mucosa oral são extremamente frequentes em doentes com linfoma, tais como a mucosite, o sangramento e o edema das gengivas, resultando em dor e desconforto e, ainda, interferem com diversas atividades básicas, tais como, o autocuidado alimentar-se e a comunicação (Costa, 2024; García-Chías et al., 2019; Gondim et al., 2010). O indivíduo com estas complicações pode sofrer de isolamento, malnutrição e infeções com impacto direto ou indireto na qualidade de vida, rotinas diárias e nas relações sociais (García-Chías et al., 2019; Roe & Lennan, 2014). Pode, ainda, ser necessário adiar ou reduzir a dose dos tratamentos (García-Chías et al., 2019).

Assim, importa a prevenção, deteção e tratamento precoce destas complicações, através de uma higiene oral adequada, evitar o uso de tabaco, o consumo de álcool e de comida ou bebida muito quentes ou muito frias (Gondim et al., 2010).

Autoconceito

O autoconceito é multidimensional e engloba a autoimagem, autoestima e autoeficácia (Pintado, 2017).

A doença oncológica e a QT têm, como já abordamos, efeitos adversos, nomeadamente, a alopecia, anorexia e caquexia, com implicações na imagem corporal e autoestima (Roe & Lennan, 2014). Os sintomas físicos e a alteração da imagem corporal desencadeiam um processo de transição e uma redefinição do *self*, ao longo da trajetória dos tratamentos, segundo os mesmos autores.

Desta forma, torna-se imprescindível que o enfermeiro especialista implemente intervenções de enfermagem que favoreçam uma perceção mais positiva de si mesmo, promovam a esperança e estratégias de *coping*, reforcem a autoestima, promovam a interação social, aumentem a sensação de segurança e ofereçam suporte emocional, por meio da escuta ativa (Silveira et al., 2021). Além disso, segundo os mesmos autores, é essencial envolver os familiares para que contribuam no processo de tratamento, proporcionando suporte para enfrentarem o stress e os desafios de forma mais positiva.

3.6. Conceção de Cuidados

Força muscular

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Força - contração muscular

30-10-2024 14:00 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

30-10-2024 14:00 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência.

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução da força muscular

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da força - contração muscular [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Força - contração muscular

22-11-2024 11:15 - Membro inferior Direita(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Membro inferior Esquerda(o): movimento ativo contra a gravidade e contra a resistência [MANTEVE].

Sensações somáticas

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Sem manifestação de prurido.

30-10-2024 14:00 - Sensibilidade superficial

30-10-2024 14:00 - Membro inferior Esquerda(o)

30-10-2024 14:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

30-10-2024 14:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

30-10-2024 14:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

30-10-2024 14:00 - Membro inferior Direita(o)

30-10-2024 14:00 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

30-10-2024 14:00 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

30-10-2024 14:00 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

30-10-2024 14:00 - Sem manifestação de dor.

30-10-2024 14:00 - Determinar sinais de dor

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução de sinais de dor [Em todos os contactos]

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução da sensibilidade

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da sensibilidade [Em todos os contactos]

30-10-2024 14:00 - Referenciar compromisso da sensibilidade ao médico [SOS]

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Sem manifestação de prurido [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Sensibilidade superficial

22-11-2024 11:15 - Membro inferior Esquerda(o)

22-11-2024 11:15 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

22-11-2024 11:15 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

22-11-2024 11:15 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
22-11-2024 11:15 - Membro inferior Direita(o)
22-11-2024 11:15 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
22-11-2024 11:15 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
22-11-2024 11:15 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
22-11-2024 11:15 - Manifesta dor [PIOROU].

22-11-2024 11:15 - Dor

22-11-2024 11:15 - Localização da dor
22-11-2024 11:15 - Pénis
22-11-2024 11:15 - Intensidade da dor - 3.
22-11-2024 11:15 - frequência da dor - intermitente.
22-11-2024 11:15 - duração da dor - aguda.
22-11-2024 11:15 - dor de tipo - pontada.
22-11-2024 11:15 - Dor associada à presença de dispositivo médico

22-11-2024 11:15 - Determinar evolução da dor

22-11-2024 11:15 - *Avaliar evolução da dor [Em todos os contactos]*

22-11-2024 11:15 - Promover autocontrolo: dor

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador.
22-11-2024 11:15 - Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.
22-11-2024 11:15 - *Referenciar para o Serviço de Medicina Física de Reabilitação [para avaliação da possibilidade de cateterização vesical intermitente]*

Apetite

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Ingeriu a totalidade das refeições.
30-10-2024 14:00 - Apetite conservado.
30-10-2024 14:00 - Paladar conservado.

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Ingeriu a totalidade das refeições.
22-11-2024 11:15 - Apetite conservado [MANTEVE].
22-11-2024 11:15 - Paladar conservado [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Determinar evolução do apetite

22-11-2024 11:15 - *Avaliar evolução do apetite [Em todos os contactos]*

Sistema cardiovascular

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Localização do Pulso
30-10-2024 14:00 - Braço Esquerda(o)
30-10-2024 14:00 - Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.
30-10-2024 14:00 - Pulso de amplitude mediana e regular.
30-10-2024 14:00 - Pulso rítmico.
30-10-2024 14:00 - Pulso simétrico.
30-10-2024 14:00 - Local de avaliação da pressão sanguínea
30-10-2024 14:00 - Membro superior Direita(o)

30-10-2024 14:00 - Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.
30-10-2024 14:00 - Pressão sanguínea diastólica: 68 mmHg.
30-10-2024 14:00 - Temperatura das extremidades
30-10-2024 14:00 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.
30-10-2024 14:00 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.
30-10-2024 14:00 - Coloração das extremidades
30-10-2024 14:00 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.
30-10-2024 14:00 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.
30-10-2024 14:00 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

30-10-2024 14:00 - Promover autogestão: hemorragia

30-10-2024 14:00 - Conhecimento sobre hemorragia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre hemorragia: facilitador [MELHOROU].
30-10-2024 14:00 - Conhecimento sobre autovigilância de hemorragia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre autovigilância de hemorragia: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre hemorragia

[RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre hemorragia [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15
30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre prevenção de hemorragia [FIM] 22-11-2024 11:15
30-10-2024 14:00 - Ensinar a solicitar ajuda de profissional de saúde [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre

autovigilância de hemorragia [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância de hemorragia [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15
30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre autovigilância de hemorragia [FIM] 22-11-2024 11:15
30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da autogestão da hemorragia [Em todos os contactos]
22-11-2024 11:15 - Adota comportamentos de autogestão da hemorragia.

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução da pressão sanguínea

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Em todos os contactos]

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos (Membro superior, Membro inferior) [Em todos os contactos]
30-10-2024 14:00 - Referenciar compromisso da perfusão dos tecidos periféricos ao médico [SOS]

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução do processo neurovascular

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução de sinais de compromisso neurovascular [Em todos os contactos]

30-10-2024 14:00 - Referenciar compromisso neurovascular ao médico [SOS]

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Localização do Pulso

22-11-2024 11:15 - Braço Esquerda(o)

22-11-2024 11:15 - Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

22-11-2024 11:15 - Pulso de amplitude mediana e regular.

22-11-2024 11:15 - Pulso rítmico.

22-11-2024 11:15 - Pulso simétrico.

22-11-2024 11:15 - Local de avaliação da pressão sanguínea

22-11-2024 11:15 - Membro superior Direita(o)

22-11-2024 11:15 - Pressão sanguínea sistólica: 102 mmHg.

22-11-2024 11:15 - Pressão sanguínea diastólica: 63 mmHg.

22-11-2024 11:15 - Temperatura das extremidades

22-11-2024 11:15 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Coloração das extremidades

22-11-2024 11:15 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Membro superior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

Digestão

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Sem sensação de enjoo.

30-10-2024 14:00 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

30-10-2024 14:00 - Sem vômitos.

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Sem vômitos.

22-11-2024 11:15 - Determinar evolução da náusea

22-11-2024 11:15 - Avaliar evolução da náusea [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15 - Promover autocontrolo: náusea

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: facilitador [MELHOROU].

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre gestão do ambiente físico [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre higiene oral [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre regime dietético [FIM] 22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Avaliar evolução do autocontrolo da náusea [Em todos os contactos]

Pele e mucosas

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução da integridade dos tecidos

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Sem alterações da integridade dos tecidos.

Termorregulação

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Temperatura corporal periférica

30-10-2024 14:00 - Ouvido: 36.80 °C.

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução da temperatura corporal

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Em todos os contactos]

30-10-2024 14:00 - Promover autocontrolo: temperatura corporal

30-10-2024 14:00 - Conhecimento sobre autovigilância da temperatura corporal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre autovigilância da temperatura corporal: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Consciencialização da relação entre o controlo da temperatura corporal e a progressão do processo patológico: facilitadora.

22-11-2024 11:15 - Consciencialização da relação entre o controlo da temperatura corporal e a progressão do processo patológico: facilitadora [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autovigilância da temperatura corporal [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da temperatura corporal [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre vigilância da temperatura corporal [FIM]

22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da temperatura corporal [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15 - Adota comportamentos de autocontrolo da temperatura corporal.

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Temperatura corporal periférica

22-11-2024 11:15 - Ouvido: 37.00 °C.

Autoconceito

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

30-10-2024 14:00 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

30-10-2024 14:00 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

30-10-2024 14:00 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução do autoconceito

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MANTEVE].

Emoção

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Sem indícios de humor depressivo.

30-10-2024 14:00 - Sem indícios de euforia.

30-10-2024 14:00 - Verbaliza ansiedade.

30-10-2024 14:00 - Sem manifestação de inquietação.

30-10-2024 14:00 - Manifestação de irritabilidade.

30-10-2024 14:00 - Sem manifestação de pânico .

30-10-2024 14:00 - Ansiedade

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução da ansiedade

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da ansiedade [Em todos os contactos]

30-10-2024 14:00 - Promover autocontrolo: ansiedade

30-10-2024 14:00 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

22-11-2024 11:15 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

22-11-2024 11:15 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

22-11-2024 11:15 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 11:15 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

22-11-2024 11:15 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [FIM]

22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Instruir estratégias de relaxamento [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Treinar estratégias de relaxamento [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15 - Adota comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

22-11-2024 11:15 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade.

30-10-2024 14:00 - Promover papel do cuidador: gestão da ansiedade

30-10-2024 14:00 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 11:15 - Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: facilitadora.

22-11-2024 11:15 - Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da

ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [Em todos os contactos] [FIM]

22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão da ansiedade [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15 - O cuidador adota comportamentos de gestão da ansiedade.

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Sem indícios de humor depressivo [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Sem indícios de euforia [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Sem manifestação de inquietação [MANTEVE].

22-11-2024 11:15 - Sem manifestação de irritabilidade [MELHOROU].

22-11-2024 11:15 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

30-10-2024 14:00 - Organiza a medicação conforme horário.

30-10-2024 14:00 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

30-10-2024 14:00 - Prepara a medicação conforme a dose.

30-10-2024 14:00 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

30-10-2024 14:00 - Administra a medicação pela via adequada.

30-10-2024 14:00 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

30-10-2024 14:00 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

30-10-2024 14:00 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

30-10-2024 14:00 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [Em todos os contactos]

30-10-2024 14:00 - Promover autogestão: regime medicamentoso

30-10-2024 14:00 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora.

22-11-2024 11:15 - Consciencialização sobre compromisso na autogestão do regime medicamentoso: facilitadora [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

30-10-2024 14:00 - facilitadora.

22-11-2024 11:15 - Capacidade para gerir regime medicamentoso

22-11-2024 11:15 - facilitadora [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

30-10-2024 14:00 - facilitadora.

22-11-2024 11:15 - Autoeficácia para gerir o regime medicamentoso

22-11-2024 11:15 - facilitadora [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

22-11-2024 11:15 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso [FIM]

22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre regime medicamentoso [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre efeitos secundários da medicação [FIM]

22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime medicamentoso [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15 - Adota comportamentos de autogestão do regime medicamentoso.

22-11-2024 11:15 - Refere satisfação com a autogestão do regime medicamentoso.

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Capaz de organizar a medicação conforme horário

22-11-2024 11:15 - Organiza a medicação conforme horário.

22-11-2024 11:15 - Capaz de preparar a medicação conforme a dose

22-11-2024 11:15 - Prepara a medicação conforme a dose.

22-11-2024 11:15 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

22-11-2024 11:15 - Administra a medicação pela via adequada.

22-11-2024 11:15 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

22-11-2024 11:15 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

22-11-2024 11:15 - Capaz de armazenar a medicação de acordo com as recomendações técnicas

22-11-2024 11:15 - Armazena a medicação de acordo com as recomendações.

Padrão alimentar

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Número de refeições diárias: 5.

30-10-2024 14:00 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

30-10-2024 14:00 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

30-10-2024 14:00 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

30-10-2024 14:00 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

30-10-2024 14:00 - Ingere alimentos específicos desaconselhados.

30-10-2024 14:00 - Autogestão do regime dietético

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução do padrão alimentar

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do padrão alimentar [Em todos os contactos]

30-10-2024 14:00 - Promover autogestão: regime dietético

30-10-2024 14:00 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora.

22-11-2024 11:15 - Consciencialização da relação entre ingestão nutricional e o peso corporal: facilitadora [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

22-11-2024 11:15 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre regime dietético [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre ingestão de líquidos [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [FIM]

22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

22-11-2024 11:15 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

30-10-2024 14:00 - Promover papel do cuidador: gestão do regime dietético

30-10-2024 14:00 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para

intervir.

22-11-2024 11:15 - Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime dietético: não dificultador.

22-11-2024 11:15 - Significado atribuído pelo cuidador ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar cuidador sobre necessidades de ingestão de líquidos [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do papel do cuidador: gestão do regime dietético [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15 - O cuidador adota comportamentos de gestão do regime dietético.

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Número de refeições diárias: 5.

22-11-2024 11:15 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 11:15 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 11:15 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

22-11-2024 11:15 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

22-11-2024 11:15 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

Padrão de exercício

30-10-2024 14:00

30-10-2024 14:00 - Número de horas de atividade física por lazer: 2 horas.

30-10-2024 14:00 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

30-10-2024 14:00 - Autogestão do regime de exercício

30-10-2024 14:00 - Determinar evolução do padrão de exercício

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do padrão de exercício [Em todos os contactos]

30-10-2024 14:00 - Promover autogestão: regime de exercício

30-10-2024 14:00 - Conhecimento sobre regime de exercício: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício:

necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 11:15 - Conhecimento sobre autogestão do regime de exercício: facilitador [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

22-11-2024 11:15 - Consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade: facilitadora [MELHOROU].

30-10-2024 14:00 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: facilitadora.

22-11-2024 11:15 - Consciencialização da relação entre atividade física e o peso corporal: facilitadora [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador.

22-11-2024 11:15 - Significado atribuído ao regime de exercício: não dificultador [MANTEVE].

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre autogestão do regime de exercício [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Ensinar sobre exercício físico [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Potencial para melhorar consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade [RESOLVIDO] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre exercício físico e tolerância à atividade [Em todos os contactos] [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Analisar com cliente a relação entre exercício físico e tolerância à atividade [FIM] 22-11-2024 11:15

30-10-2024 14:00 - Avaliar evolução da autogestão do regime de exercício [Em todos os contactos]

22-11-2024 11:15 - Adota comportamentos de autogestão do regime de exercício.

22-11-2024 11:15 - Refere satisfação com a autogestão do regime de exercício.

22-11-2024 11:15

22-11-2024 11:15 - Número de horas de atividade física por lazer: 3 horas.

22-11-2024 11:15 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 0 horas.

22-11-2024 11:15 - Tempo de exercício físico diário: 40 Minutos .

22-11-2024 11:15 - Tempo de exercício físico semanal: 150 Minutos .

3.7. Especificação das intervenções

Ensinar sobre ingestão de líquidos

- Explicar que deve ingerir 3L de água, chá ou sumos naturais, por dia, contabilizando com recurso a jarro ou garrafa (Costa et al., 2005);
- Explicar que a quimioterapia provoca a morte celular com consequente acumulação na corrente sanguínea e prejudica diversos órgãos do sistema, sendo fundamental a hiper-hidratação (Darmon et al., 2008).

Avaliar evolução da sensibilidade

- Avaliar a sensibilidade tátil e dolorosa, com recurso a monofilamento (Bender et al., 2023);
- Avaliar a sensibilidade térmica, com recurso a dois tubos de colheita de sangue, um com água quente e outro com água fria (Bender et al., 2023).

Ensinar sobre autogestão do regime medicamentoso

- Explicar que em caso de náuseas e vômitos deverá tomar metoclopramida 10mg em SOS, no máximo de 8 em 8 horas, conforme a prescrição médica (Índice Nacional Terapêutico, 2024d);
- Explicar que em caso de obstipação deverá tomar 1 saqueta de macrogol, em SOS, no máximo 3 vezes ao dia, conforme a prescrição médica (Índice Nacional Terapêutico, 2024c).

Ensinar sobre regime dietético

- Explicar que deve lavar as frutas e verduras cruas com sanitizantes (lixívia ou vinagre diluídos) e descascar (Santana, 2019);
- Explicar que deve consumir água potável filtrada (Santana, 2019) ou engarrafada (Agostinho, 2022);
- Explicar que deve consumir carne e peixe bem cozinhados, assim como priorizar a fruta e legumes cozidos (Santana, 2019);
- Explicar que pode consumir leite e derivados que sejam pasteurizados e esterilizados (rejeitar depois de aberto, dar preferência a embalagens individuais) (Santana, 2019).

Ensinar cuidador sobre regime dietético

- Explicar que deve lavar as frutas e verduras cruas com sanitizantes (lixívia ou vinagre diluídos) e descascar (Santana, 2019);
- Explicar que o doente deve beber água potável filtrada (Santana, 2019) ou engarrafada (Agostinho, 2022);
- Explicar que a carne e o peixe devem ser bem cozinhados, assim como priorizar o consumo de fruta e legumes cozinhados (Santana, 2019);
- Explicar que o doente pode consumir leite e derivados, apenas, pasteurizados e esterilizados (rejeitar depois de aberto, dar preferência a embalagens individuais) (Santana, 2019).

Ensinar sobre prevenção de hemorragia

- Explicar que deve usar escova de dentes macia (Parreira, 2014);
- Explicar que deve evitar alimentos duros ou demasiado quentes (Costa et al., 2005);
- Explicar que deve evitar traumatismos e quedas (Costa et al., 2005);
- Explicar que deve substituir o uso da lâmina por máquina de barbear (Parreira, 2014);
- Explicar que deve evitar substâncias que interfiram com a função plaquetária, como Anti-inflamatórios Não-Esteróides (AINES), Ácido Acetilsalicílico (Aspirina) e álcool (Costa et al. 2005).

Ensinar sobre autovigilância de hemorragia

- Explicar que deve vigiar sangramento ou hemorragia, como por exemplo, sangramento das gengivas ou pelo nariz (epistáxis), hematúria, retorragia ou melenas (Costa et al., 2005);
- Explicar que deve vigiar a pele e as mucosas, observando a presença de petéquias, equimoses e hematomas (Costa et al., 2005);
- Explicar que na presença de algum destes sinais deve contactar o médico de urgência.

Ensinar a solicitar ajuda de profissional de saúde

- Fornecer os contactos da equipa médica e de enfermagem (disponível 24h por dia, durante 7 dias por semana);
- Explicar que na presença de sinais de infeção urinária: febre, dor supra púbica ou piúria, contactar o médico de urgência (Lobão e Sousa, 2016);
- Explicar que na presença de febre (temperatura superior a 38°C) ou diarreia deve contactar o médico de urgência (Roe e Lennan, 2014).

Treinar estratégias de relaxamento

- Treinar a realizar a técnica de pressão do ponto P6;
- Treinar a realizar a técnica de respiração diafragmática.

Instruir estratégias de relaxamento

- Instruir a realizar a técnica de pressão do ponto P6:
- 1 - Localizar o ponto P6, no membro superior dominante (região anterior do antebraço, aproximadamente 3 dedos acima do punho, na região mediana) (Chenbing et al., 2024);
- 2 - Pressionar o ponto durante 10 minutos, ou menos, se alívio dos sintomas (Chenbing et al., 2024).
- Instruir a realizar a técnica de respiração diafragmática:
- 1 - Colocar uma mão sobre o abdómen e outra no tórax;
- 2 - Prestar atenção à respiração;
- 3 - Inspirar lentamente, durante 3 segundos, sustar a respiração por mais 3 segundos e expirar lentamente por 6 segundos;
- 4 - Repetir várias vezes, até sentir-se relaxado (Willhelm et al., 2015).

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Ensinar sobre autogestão do regime de exercício

- Explicar que deve planear a prática de exercício e o descanso, conforme o nível de fadiga sentido (Roe e Lennan, 2014);
- Explicar que deve realizar pelo menos 150 minutos de exercício físico por semana, o que corresponde a 30 minutos por dia, durante 5 dias (Wendler, 2022);
- Explicar que deve realizar uma caminhada ou corrida, 30 minutos por dia, 5 dias por semana; Se apresentar fadiga e não conseguir correr ou caminhar 30 minutos seguidos, deve ajustar fazendo 15 minutos de manhã e à tarde ou 10 minutos de manhã, 10 minutos ao início da tarde e 10 minutos ao fim da tarde (Wendler, 2022);
- Explicar que deve realizar exercícios de resistência, como levantar pesos, flexões, abdominais e ioga, pelo menos duas vezes por semana; aumentar a intensidade gradualmente consoante se sentir capaz e atendendo à fadiga (Cancer Research UK, 2023);
- Explicar que pode realizar exercício físico acompanhado, por um familiar ou amigo, para ajudar e motivar (Shang et al., 2012).

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime de exercício

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime medicamentoso

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Ensinar sobre exercício físico

- Explicar que a prática de exercício físico diminui alguns dos sintomas, nomeadamente a fadiga, a dor e a insónia (Rodrigues et al., 2021);
- Explicar que a prática de exercício físico promove a manutenção da capacidade física para a execução das atividades de vida diária e promove a qualidade de vida (Rodrigues et al., 2021);
- Explicar que a prática de exercício físico potencia os efeitos dos tratamentos e ativa o sistema imunitário, favorecendo o combate à doença (Wendler, 2022);
- Explicar que deve evitar espaços fechados e aglomerados de pessoas, dando preferência à prática de exercício físico ao ar livre (Cancer Research UK, 2023).

Avaliar evolução do conhecimento sobre hemorragia

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Ensinar cuidador sobre necessidades de ingestão de líquidos

- Explicar que o doente deve ingerir 3L de água, chá ou sumos naturais, por dia, contabilizando com recurso a jarro ou garrafa (Costa et al., 2005);
- Explicar que a quimioterapia provoca a morte celular com consequente acumulação na corrente sanguínea e prejudica diversos órgãos do sistema, sendo fundamental a hiper-hidratação (Darmon et al., 2008).

Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético

- Explicar que o doente deve fazer refeições pequenas e evitar refeições muito gordurosas, condimentadas ou muito quentes, como estratégia para controlar as náuseas e vômitos e gerir a diminuição do apetite (Parreira, 2014);
- Explicar que o doente deve evitar períodos longos sem comer (Parreira, 2014);
- Explicar que o doente deve ingerir alimentos ricos em proteínas, como estratégia para controlar as náuseas e vômitos (Parreira, 2014);
- Explicar que o doente deve evitar refeições com cheiro intenso, como estratégia para controlar as náuseas e vômitos (Parreira, 2014).

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Ensinar sobre higiene oral

- Explicar que deve lavar os dentes após as refeições e antes de dormir, de modo a prevenir inflamação e infeção da cavidade oral (mucosite e estomatite) (Parreira, 2014; Roe e Lennan, 2014);
- Explicar que deve usar escova de dentes macia, de modo a evitar sangramento das gengivas (Parreira, 2014);
- Explicar que deve realizar bochechos com desinfetante oral, sem álcool, após a lavagem dos dentes, como por exemplo com o gluconato de clorexidina (Gondim et al., 2010).

Ensinar sobre prevenção de infeção do sistema urinário

- Explicar que deve realizar a higiene das mãos antes e após a manipulação do cateter vesical (Direção-Geral da Saúde, 2022a);
- Explicar que deve realizar a manipulação do cateter vesical com técnica limpa (Direção-Geral da Saúde, 2022a);
- Explicar que deve realizar a higiene diária do meato urinário, durante o banho, com água e sabão (Direção-Geral da Saúde, 2022a).

Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de infeção do sistema urinário

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Ensinar sobre vigilância da temperatura corporal

- Explicar que a febre é um sinal de infeção, associado à presença de neutropenia, e que requer observação médica de imediato (Roe e Lennan, 2014).

Avaliar evolução do conhecimento sobre autovigilância da temperatura corporal

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Explicar que praticar loga e meditação ou fazer massagem terapêutica ajuda a diminuir a ansiedade (Mestdagh et al., 2023);
- Explicar que realizar atividades promotoras de distração ajuda a diminuir a ansiedade, tais como musicoterapia, jogos e realidade virtual (Mestdagh et al., 2023; Wilhelm et al.,

2015);

- Explicar que verbalizar os sentimentos, as perceções e os medos, com profissionais de saúde e com a família ajuda no controlo da ansiedade (Bulechek et al., 2020).

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Explicar que pode utilizar a técnica de pressão do ponto P6, para o alívio das náuseas e relaxamento (Chenbing et al., 2024; Molassiotis et al., 2014);
- Explicar que pode utilizar a técnica de pressão do ponto P6, durante 10 minutos, 30 minutos antes do tratamento de quimioterapia (Chenbing et al., 2024);
- Explicar que praticar loga e meditação ou fazer massagem terapêutica ajuda a diminuir a ansiedade (Mestdagh et al., 2023);
- Explicar que realizar atividades promotoras de distração ajuda a diminuir a ansiedade, tais como musicoterapia, jogos e realidade virtual ((Mestdagh et al., 2023; Willhelm et al., 2015);
- Ensinar a realizar a técnica de respiração diafragmática (Willhelm et al., 2015).

Ensinar sobre gestão do ambiente físico

- Explicar que deve evitar locais com cheiros intensos, se apresentar náuseas (Parreira, 2014).

Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade

- Explicar que praticar loga e meditação ou fazer massagem terapêutica ajuda a diminuir a ansiedade (Mestdagh et al., 2023);
- Explicar que realizar atividades promotoras de distração ajuda a diminuir a ansiedade, tais como musicoterapia, jogos e realidade virtual (Mestdagh et al., 2023; Willhelm et al., 2015);
- Incentivar a verbalização dos sentimentos, das perceções e dos medos, com o doente e envolver os restantes elementos do agregado familiar (Bulechek et al., 2020).

Ensinar sobre efeitos secundários da medicação

- Explicar que os efeitos secundários mais comuns da quimioterapia são os gastrointestinais (náuseas, vômitos, diarreia e obstipação), fadiga, anorexia, mucosite, anemia, neutropenia, trombocitopenia e alopecia (Andrade, 2012; Calegari et al., 2018; Santana, 2019);
- Explicar que a neutropenia consequente da quimioterapia concorre para o aumento da suscetibilidade a infeções (Wilson et al., 2018);
- Explicar que na presença de sinais e sintomas como febre, diarreia, dispneia, hemorragia e dor deverá contactar o médico de urgência (Parreira, 2014; Roe e Lennan, 2014);
- Explicar medidas preventivas de infeção: higienização das mãos frequentemente e antes das refeições, cuidados de higiene orais e da pele, nomeadamente aplicação de creme hidratante para manter a integridade cutânea (Wilson et al., 2018); evitar zonas de poeira e obras e multidões, usar máscara cirúrgica se sair de casa (American Cancer Society, 2024).

Analisar com cliente a relação entre exercício físico e tolerância à atividade

- Explicar que a prática de exercício físico promove a manutenção da capacidade física,

permitindo a tolerância à atividade (Shang et al., 2012).

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Explicar que deve fazer refeições pequenas e evitar refeições muito gordurosas, condimentadas ou muito quentes, como estratégia para controlar as náuseas e vômitos e gerir a diminuição do apetite (Parreira, 2014);
- Explicar que deve mastigar bem e engolir devagar os alimentos, como estratégia para controlar as náuseas e vômitos e gerir a diminuição do apetite (Parreira, 2014);
- Explicar que deve evitar períodos longos sem comer (Parreira, 2014);
- Explicar que deve ingerir alimentos ricos em proteínas, como estratégia para controlar as náuseas e vômitos (Parreira, 2014);
- Explicar que deve evitar refeições com cheiro intenso, como estratégia para controlar as náuseas e vômitos (Parreira, 2014).

Avaliar evolução da força - contração muscular

- Avaliar a força muscular com recurso à escala Medical Research Council (score de 0 a 5).

Avaliar evolução de sinais de dor

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

3.8. Síntese relativa ao caso

O Linfoma de Não Hodgkin é um cancro com uma incidência considerável e apresenta elevadas taxas de morbimortalidade e recidiva. A quimioterapia é o tratamento de eleição, com impacto no sistema imunitário, capacidade funcional, autocuidado e qualidade de vida do doente, exigindo uma abordagem de enfermagem individualizada.

Este estudo de caso foi desenvolvido em dois momentos distintos, no contexto de consulta. O doente em estudo é um jovem de 20 anos com diagnóstico de Linfoma de Não Hodgkin de Grandes Células B de alto grau, estadio IV com compressão medular e compromisso neurológico sob regime de QT (R-CHOP + R-HCVAD), e com proposta para posterior RT. Nas consultas o doente apresentou-se sempre acompanhado pela mãe, tendo sido reconhecida, por ambos, como o familiar cuidador.

Os diagnósticos e intervenções foram determinados com recurso à ontologia de enfermagem e à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e evidenciam áreas prioritárias de intervenção no cuidado à pessoa com Linfoma Não Hodgkin em regime de quimioterapia.

Identificamos a necessidade de se melhorar o conhecimento do doente sobre a prevenção de infeções e hemorragias, a autogestão do regime medicamentoso e dietético, a monitorização da temperatura corporal e estratégias de alívio de sintomas. Adicionalmente, verificou-se a importância de se melhorar a consciencialização sobre a relação entre o exercício físico e a

tolerância à atividade. Procedeu-se à inclusão da mãe (familiar cuidador) no plano assistencial de enfermagem, por terem sido identificadas necessidades específicas no domínio do conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade e gestão do regime dietético.

O desenvolvimento de competências para a autovigilância e a gestão eficaz da doença e suas complicações contribui para melhorar a qualidade de vida e a segurança na prestação de cuidados. Torna-se basilar que os enfermeiros implementem estratégias que incentivem o autocuidado e a tomada de decisão informada, promovendo a literacia em saúde, que favoreça uma participação mais ativa no processo terapêutico, otimizando os resultados em saúde.

Assim, compete ao enfermeiro especialista identificar e intervir nas necessidades da pessoa com Linfoma de Não Hodgkin e do seu cuidador, abrangendo os domínios da consciencialização, do conhecimento e da capacidade. Estas áreas de atenção, circunscritas ao domínio autónomo da intervenção de enfermagem, são determinantes para a adesão ao tratamento e para a gestão eficaz da doença e suas complicações.

4. CASO CLÍNICO DE UMA PESSOA COM MIELOMA MÚLTIPLO

Homem de 64 anos com diagnóstico de Mieloma Múltiplo, em janeiro de 2016. Em outubro de 2024 com alterações analíticas indicativas de progressão da doença, foi proposto para tratamento de 2ª linha, inserido em ensaio clínico. Iniciou tratamento a 10/12/2024. Recorreu à consulta a 23/12/2024, para avaliação do estado clínico, conforme protocolo do ensaio clínico.

4.1. Enquadramento teórico

Quadro Clínico

Doente com diagnóstico de Mieloma Múltiplo, com lesão osteolítica e compressão medular, em janeiro de 2016. Submetido a laminectomia descompressiva urgente (por compressão medular) de C7 e D2 em dezembro de 2015.

Cumpriu 8 ciclos de quimioterapia com Bortezomib + Talidomida + Dexametasona entre fevereiro e agosto de 2016. Realizou o 1º autotransplante de medula óssea em setembro de 2016 e o 2º autotransplante de medula óssea em abril de 2017.

Recidiva bioquímica em janeiro de 2023, com ligeiras alterações analíticas, sob vigilância até outubro de 2024, momento em que apresentou progressão da doença com descida do valor de hemoglobina. Nesse momento foi proposto para tratamento de 2ª linha, inserido em ensaio clínico: Daratumumab (endovenoso) + Bortezomib (subcutâneo) + Dexametasona (via oral), que iniciou a 10/12/2024. Realiza tratamento a cada 3 semanas: Daratumumab e Bortezomib no Hospital de Dia e a Dexametasona no domicílio (no mesmo dia e no dia seguinte ao tratamento).

Recorreu a 23/12/2024 à consulta de *follow-up*, conforme protocolo do ensaio clínico. Teve consulta novamente a 03/01/2025 de *follow-up* e para avaliação, e realização do segundo ciclo de QT.

Doente orientado, autónomo nas atividades de vida diária, sem alterações da função motora. Refere parestesias nos pés, sem repercussão na realização dos autocuidados. Veio sempre sozinho às consultas, por vontade do próprio.

Sem antecedentes pessoais.

Vive com a esposa. Tem dois filhos emigrantes. Trabalha por conta própria numa empresa de construção.

Mieloma Múltiplo

Epidemiologia e Definição

O mieloma múltiplo (MM) é uma neoplasia incurável, caracterizada pela proliferação clonal de células plasmáticas (plasmócitos) neoplásicas, de forma descontrolada, na medula óssea (Neves et al., 2021). Os plasmócitos são as células finais da diferenciação dos linfócitos B e são responsáveis pela produção de anticorpos (imunoglobulinas), cuja ação é a defesa contra infeções (Associação Portuguesa Contra A Leucemia, s.d.). O aumento da produção dos plasmócitos resulta na perda de osso, pelo aumento da ação dos osteoclastos com a ativação dos fatores de reabsorção óssea e, ainda, na produção descontrolada de imunoglobulinas anormais (proteínas monoclonais) (Brigle & Rogers, 2017, Ciesla, 2010). Estas alterações resultam em anemia, lesões osteolíticas, infeções, hipercalcemia, insuficiência renal, fadiga e dor (Brigle & Rogers, 2017). A hipercalcemia resulta da atividade osteoclástica aumentada, é observado em cerca de 30% dos doentes e pode provocar falência renal; as dores ósseas são a queixa mais frequente dos doentes com MM e decorrem quer da perda de tecido ósseo, assim como da compressão vertebral que pode, ainda, resultar em alterações da sensibilidade, fraturas e paralisia; o aumento das imunoglobulinas origina complicações relativas à hiperviscosidade do plasma, tais como a visão turva e as cefaleias, além disso, estas imunoglobulinas são anormais, pelo que não possuem a capacidade de combater infeções, e juntamente com a pancitopenia concorrem para o aumento da suscetibilidade a infeções; a fadiga, a anemia e a perda de peso ponderal são outras manifestações do MM (Ciesla, 2010; Szor et al., 2023). Devido a estas complicações, segundo Neves et al. (2021), esta doença tem um elevado impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida da pessoa.

O MM é o segundo cancro hematológico mais prevalente no mundo e representa 1% de todas as neoplasias e 10% das neoplasias hematológicas (Neves et al., 2021; Szor et al., 2023). Segundo os mesmos autores, é mais comum em homens, afro-americanos e a idade média aquando do diagnóstico é entre os 65-70 anos.

Etiologia

Quanto aos fatores que predispõem o desenvolvimento de MM parecem incluir a exposição a radiação atómica, a produtos químicos, pesticidas e herbicidas de forma continuada (Ciesla, 2010). Além disso, condições moleculares e citogenéticas, nomeadamente, anomalias cromossómicas (trissomias) concorrem para o risco de desenvolver MM (Neves et al., 2021).

A etiologia do MM é, ainda, de difícil compreensão conhecendo-se apenas uma correlação entre os fatores acima descritos e a predisposição para o desenvolvimento da doença. Além disso, não existem recomendações para a prevenção ou rastreio, em indivíduos assintomáticos (Clark, 2001).

Diagnóstico

A maioria dos doentes que desenvolvem MM evoluem de um estadio pré-maligno assintomático denominado de Gamopatia Monoclonal de Significado Indeterminado (GMSI) passando por um estadio intermédio, também assintomático e reconhecido como pré-maligno mais avançado, denominado de Mieloma indolente/latente ou smoldering (Szor et al., 2023).

O diagnóstico diferencial entre GMSI, o Mieloma indolente e o MM tem por base um conjunto de exames laboratoriais e radiográficos, nomeadamente, análises ao sangue e urina, mielograma (aspiração de medula óssea) e biópsia óssea (para estudo citogenético e de fenotipagem), Tumografia Computorizada (TAC) com contraste, PET e Ressonância Magnética (Moreau et al., 2017). Segundo Szor et al. (2023), a confirmação do MM padece da presença de pelo menos 10% de células plasmáticas clonais na medula óssea ou plasmocitose (óssea ou extramedular) comprovado por biópsia e um ou mais dos seguintes achados clínicos: presença de critérios de CRAB (hipercalcemia, insuficiência renal, anemia e lesões ósseas) e biomarcadores de malignidade.

O MM pode ser classificado em três estadios, sendo que o terceiro apresenta pior prognóstico e é determinado através do Sistema de Estadiamento Internacional para o Mieloma, que tem por base a combinação dos níveis séricos de b2-microglobulina, de albumina, de proteína C-Reativa e do lactato desidrogenase (Moreau et al., 2017). Segundo os mesmos autores, apenas em fase de doença ativa (MM) é que o doente necessita de tratamento, sendo que um doente com Mieloma indolente é acompanhado em consultas de *follow-up* para monitorização de eventual progressão para doença ativa (MM).

Tratamento

O MM é uma doença incurável, pelo que o objetivo do tratamento é controlar a doença, promover a remissão sustentável e a qualidade de vida do doente (Scott et al., 2016).

O tratamento de suporte visa a gestão da doença e prevenção de complicações, e consiste na administração de componentes que controlam a anemia, inibem a atividade osteoclástica, reduzindo o risco de fraturas e, ainda, a imunização contra pneumococos e influenza, entre outras medidas, conforme a avaliação clínica (Szor et al., 2023).

Quanto ao tratamento sistémico, as guidelines internacionais incluem no tratamento farmacológico de 1ª linha do MM protocolos de imunoquimioterapia à base de Bortezomib (antineoplásico) e Talidomida ou Lenalidomida (imunomoduladores) (Neves et al., 2021). Segundo os mesmos autores, as recomendações das guidelines em doentes com < 70 anos, é o autotransplante de medula óssea. Outras fontes sugerem, ainda, a conjugação da imunoterapia com quimioterapia e com glucocorticoides, como por exemplo, a combinação de Bortezomib com Talidomida e Dexametasona (VtD) (Dimopoulos et al., 2021; Scott et al., 2016).

Nos doentes elegíveis para realizar autotransplante de medula óssea, o transplante deve ser precedido de tratamento de imunoquimioterapia conjugada com glucocorticoides com esquema

triplo (Bortezomib, Lenalidomida e Dexametasona) ou quádruplo (Daratumumab, Bortezomib, Talidomida e Dexametasona) e manutenção com Lenalidomida após o transplante (Szor et al., 2023).

Nos doentes idosos, antes de definir um plano terapêutico, é fundamental realizar uma avaliação do grau de vulnerabilidade com recurso a um score de fragilidade, que é um sistema de pontuação baseado na idade, comorbilidades e condições cognitiva e física que prevê a mortalidade e o risco de toxicidade neste grupo de doentes (Moreau et al., 2017).

O tratamento com Bortezomib apresenta efeitos adversos previsíveis, tais como, náuseas, fadiga, obstipação, neuropatia periférica e trombocitopenia (Scott et al., 2016). Estes sintomas comprometem a qualidade de vida. Além disso, a infeção, especialmente a pneumonia bacteriana é a principal complicação observada nos doentes com MM e resulta da combinação dos fatores individuais, ambientais, da doença e do tratamento (Brigle & Rogers, 2017). Segundo os mesmos autores, esta situação é a principal causa de morbimortalidade nestes doentes.

Na recidiva bioquímica e na ausência de critérios de CRAB ou recaída agressiva, não está indicado o início do tratamento devendo-se monitorizar o doente a cada 6 a 12 semanas até que este desenvolva manifestações clínicas de mieloma sintomático (Szor et al., 2023). Segundo os mesmos autores, em situações de doença refratária ou recidiva o tratamento definido depende de diversos fatores, tais como, a idade, condições cognitiva e física, comorbilidades, tipo, eficácia e tolerância do tratamento anterior, número de linhas de tratamento anteriores, opções de tratamento restantes disponíveis, intervalo desde a última terapia e a recidiva e potenciais efeitos colaterais de cada classe terapêutica.

Sobrevida

Os recentes avanços nos tratamentos conduzem a uma melhoria significativa na taxa de sobrevivência destes doentes (Scott et al., 2016). Contudo, apenas 10% a 15% dos doentes alcançam ou superam a expectativa de sobrevivência em relação à população geral correspondente (Dimopoulos et al., 2021).

A avaliação prognóstica, em termos de sobrevida livre de progressão e sobrevida global, tem por base o Sistema de Estadiamento Internacional revisto, que combina o estadio da doença com o valor de desidrogenase láctica e alterações citogenéticas (Szor et al., 2023). De acordo com Moreau et al. (2017), o tempo de sobrevida livre de progressão, pela aplicação deste método, foi de acordo com o estadio I, II e III de 66 meses, 42 meses e 29 meses, correspondente. Segundo os mesmos autores, a taxa de sobrevida global, em 5 anos, foi de 82% para o estadio I, 62% para o estadio II e 40% para o estadio III.

Autocuidado da pessoa com MM submetida a Quimioterapia

As principais complicações sentidas pelos doentes com MM são as dores ósseas, fraturas, infeções recorrentes e, ainda, a neuropatia periférica, com consequente implicação na realização de atividades de vida diária e no aumento do grau de dependência (Cormican & Dowling, 2016; Hameed & Bakey, 2023).

A neuropatia periférica induzida pela QT surge, habitualmente, no primeiro mês de tratamento e desaparece após o término dos ciclos, sendo que em alguns casos persiste, tornando-se uma condição crónica (Hameed & Bakey, 2023). Neste alinhamento, os enfermeiros desempenham um papel essencial na avaliação, educação e suporte, promovendo o controle da dor, a adesão ao tratamento e o bem-estar dos doentes (Hameed & Bakey, 2023).

Igualmente importante é o regime medicamentoso, que visa aliviar sintomas e melhorar a qualidade de vida, sendo a sua eficácia influenciada pela adesão, gestão terapêutica, literacia e capacidade do doente para o autocuidado (Sánchez et al., 2019).

Além disso, a realização do autocuidado é imprescindível para a manutenção do bem-estar e promoção de saúde, sobretudo o autocuidado higiene para a prevenção de infeções, nomeadamente a higiene oral, como chave para a prevenção e tratamento da mucosite oral, presente neste doente (Franco, 2020).

Assim, à luz da Teoria do Autocuidado de Orem o enfermeiro especialista adota um papel educativo e de apoio com vista à capacitação do doente para a gestão da doença, dos tratamentos e complicações (Orem, 2001).

No entanto, importa refletir sobre a progressão que é expectável nesta doença, com o declínio da capacidade para realizar o autocuidado, podendo ser pertinente a intervenção do enfermeiro especialista junto da família ou pessoa significativa com vista a consciencializar e capacitar a mesma para vir a adotar um papel de cuidador com uma função parcial ou totalmente compensatório na satisfação das necessidades da pessoa com MM (Orem, 2001). Desta forma, procuramos antecipar e facilitar o processo de transição que será inevitavelmente vivenciado, no longo prazo.

O processo de transição na pessoa com MM em regime de Quimioterapia

O mieloma múltiplo, ao contrário de outras doenças oncológicas, não segue uma progressão contínua, sendo marcado por períodos de recaída e estabilidade, com risco constante de declínio rápido e morte devido a complicações (Cormican & Dowling, 2018). Assim, torna-se imprescindível educar os doentes desde logo sobre a sua doença e prognóstico, visto que os doentes bem informados lidam muito melhor quando surge uma recidiva (Cormican & Dowling, 2016).

Além disso, os doentes bem informados sobre o diagnóstico, tratamento e prognóstico tendem a assumir um papel mais autónomo na tomada de decisões e a desenvolver estratégias de coping

para viver com esta doença crónica (Cormican & Dowling, 2016). Assim, podemos afirmar, à luz da Teoria das Transições, que o conhecimento é um fator facilitador no processo de transição (Meleis, 2020).

Contudo, este doente, ainda que bem adaptado à sua condição crónica, vivencia uma nova transição aquando da recidiva associado a uma maior carga de sintomas e menor qualidade de vida, especialmente em estadios avançados (Cormican & Dowling, 2018). A recidiva representa uma nova fase no processo de saúde-doença, exigindo à pessoa uma readaptação física, emocional e social. Segundo Cormican & Dowling (2018), o grande desafio no tratamento é equilibrar o progresso terapêutico com a qualidade de vida, uma vez que os doentes vivem mais tempo e consequentemente com mais limitações a cada recidiva, o que exige a adaptação constante dos doentes aos desafios da doença e dos tratamentos.

Além disso, a maioria dos doentes com recidiva possuem os conhecimento e habilidades para a gestão da doença e complicações (Cormican & Dowling, 2016). No entanto, o enfermeiro especialista deve reavaliar o doente validando os conhecimentos e habilidades aprendidos anteriormente e intervir em conformidade com essa avaliação ou a identificação de outras necessidades.

Segundo Meleis (2020), para a transição efetiva é necessário que, além do conhecimento, estejam reunidas outras condições, internas e externas ao doente, nomeadamente, os recursos, as crenças e os significados que atribui à doença e aos tratamentos. Neste caso, as crenças e significados atribuídos ao tratamento foram identificados como facilitadores do processo de transição, uma vez que o doente olha com esperança a sua inclusão no ensaio clínico. O suporte familiar é, também, crucial atendendo ao impacte psicológico e emocional refletido neste doente e, da necessidade futura consoante a progressão da doença para ser assistido na realização de atividades de vida diária. Porém, não foram identificadas necessidades alvo de intervenção neste domínio, uma vez que o doente refere sentir-se apoiado pela família e amigos e até ao momento é autónomo na realização das suas atividades de vida diária e do autocuidado. Reconhece que a progressão da doença pode suscitar alteração de papéis, mas mantém-se positivo face ao tratamento atual e olha para essa possibilidade num futuro longínquo. Importa, ainda, que o enfermeiro especialista reforce o pensamento positivo, mas sempre com uma perspetiva de gestão realista de expectativas da pessoa e família ou cuidador.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 64 anos | Masculino

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2024-12-23 11:30:00	Aciclovir 400mg, de 12 em 12 horas	
2024-12-23 11:30:00	Dexametasona 20mg, 1 comprimido, no dia e no dia seguinte de cada ciclo de quimioterapia	
2024-12-23 11:30:00	Esomeprazol 40mg, 1 comprimido, em jejum	
2024-12-23 11:30:00	Macrogol 10g, 1 saqueta em SOS, no máximo 3 vezes por dia	
2024-12-23 11:30:00	Metoclopramida 10mg, em SOS, no máximo de 8 em 8 horas	
2024-12-23 11:30:00	Nistatina 100.000 U.I./ml, suspensão oral, 2ml 3 vezes por dia, após as refeições principais	
2024-12-23 11:30:00	Sulfametoxazol + Trimetoprim 800mg + 160mg, 1 comprimido às 2 ^{as} , 4 ^{as} e 6 ^{as} feiras	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Os aspetos a considerar relativamente à medicação prescrita enquadram-se no domínio das intervenções interdependentes de enfermagem.

À semelhança do caso anterior, o regime medicamentoso contempla a profilaxia de infeções (Aciclovir e Cotrimoxazol) e o controlo dos sintomas mais frequentes resultantes da QT: náuseas e vómitos (Metoclopramida e Pantoprazol) e obstipação (Macrogol), motivo pelo qual não será explorado novamente.

No entanto, o regime medicamentoso deste doente inclui dois outros fármacos: Dexametasona e a Nistatina. O primeiro, está incorporado no regime de QT e implica a autogestão, no contexto domiciliário. O segundo foi prescrito face à identificação de uma complicação adjacente à QT - a mucosite.

Dexametasona 20mg PO

Trata-se de um anti-inflamatório esteróide e imunossupressor.

Está indicado no tratamento de diversas condições, incluindo doenças alérgicas, reumáticas, cutâneas, oculares, endócrinas, respiratórias, hematológicas, neoplásicas, edematosas,

gastrointestinais e edema cerebral.

O uso prolongado pode levar a efeitos adversos como dor ou ardor abdominal, fezes escuras (melena), Síndrome de Cushing, aumento da pressão arterial, câibras, dores musculares, náuseas, vômitos, fraqueza muscular, miopatia e hematomas incomuns.

A Dexametasona está contraindicada em pessoas com infecções fúngicas sistémicas (Índice Nacional Terapêutico, 2024f).

Nistatina Suspensão Oral

A Nistatina é um fármaco antifúngico.

Está indicado na profilaxia e tratamento de candidíases orais, esofágicas e intestinais.

As reações adversas são pouco frequentes e incluem, a diarreia, as perturbações gastrointestinais, as náuseas e os vômitos.

A sua utilização está contraindicada em pessoas com hipersensibilidade ao fármaco (Índice Nacional Terapêutico, 2024g).

4.4. Domínios

Início

23-12-2024 11:30
23-12-2024 11:30
23-12-2024 11:30
23-12-2024 11:30

Domínios

Sensações somáticas
Apetite
Pele e mucosas
Emoção

Fim

Início	Domínios	Fim
23-12-2024 11:30	Equilíbrio dinâmico	
23-12-2024 11:30	Equilíbrio estático	
23-12-2024 11:30	Função motora fina	
23-12-2024 11:30	Eliminação intestinal	
23-12-2024 11:30	Autogestão do regime medicamentoso	
23-12-2024 11:30	Padrão alimentar	
23-12-2024 11:30	Sistema cardiovascular	
23-12-2024 11:30	Digestão	
23-12-2024 11:30	Termorregulação	
23-12-2024 11:30	Padrão de exercício	
23-12-2024 11:30	Autoconceito	

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

Os domínios selecionados são focos de atenção de enfermagem identificados referentes ao caso clínico apresentado acima. Neste subcapítulo, pretendo justificar a pertinência de cada um deles, no que diz respeito aos cuidados de enfermagem especializados, neste caso clínico em concreto.

O utente foi acompanhado em dois momentos, compreendendo duas consultas de enfermagem que decorreram com uma semana de intervalo entre si.

Sensações Somáticas / Função Motora Fina / Equilíbrio Dinâmico E Estático (Neuropatia Periférica)

A queixa mais frequente nos doentes com MM é a dor óssea e resulta da perda de tecido ósseo, assim como da compressão vertebral que pode, ainda, resultar em alterações da sensibilidade, fraturas e paralisia (Shapiro et al., 2021).

Além da doença, também a QT acarreta complicações, sendo que cerca de 30-40% das pessoas submetidas a QT experienciam neuropatia periférica (Hameed & Bakey, 2023). A neuropatia periférica é, frequentemente, dolorosa e resulta do tratamento com agentes como o Bortezomib e a Talidomida (Hameed & Bakey, 2023; Lecat et al., 2021). Esta condição causa sintomas motores e sensoriais, como fraqueza, atrofia muscular, diminuição dos reflexos e da sensibilidade, afetando a coordenação e a prática de atividades de vida diárias, assim como a independência do indivíduo (Hameed & Bakey, 2023). A reabilitação está recomendada a todos os doentes submetidos a quimioterapias citotóxicas com vista a prevenir e minimizar os sintomas de neuropatia periférica (Zhang, 2021).

Contudo, não é uma prática comum e, assim cabe ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, uma vez identificada essa condição, sinalizá-la e referenciar a pessoa para

outros profissionais de saúde, como os enfermeiros de reabilitação, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais. Isso possibilita a implementação de intervenções especializadas e não farmacológicas, que inclui o treino sensoriomotor, a vibração corporal, a terapia ocupacional, a fisioterapia e eletroterapia (Hameed & Bakey, 2023). Segundo os mesmos autores, a evidência demonstra que essas abordagens são benéficas para a gestão da neuropatia periférica, contribuindo para a melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida do indivíduo.

O enfermeiro tem, ainda, um papel essencial na avaliação, educação e apoio aos doentes, sendo frequentemente o primeiro a identificar precocemente a neuropatia periférica (Hameed & Bakey, 2023). Considerando esta uma área de atuação sobretudo do enfermeiro especialista em reabilitação.

Porém, a prática de exercício, como caminhadas de intensidade leve a moderada e exercícios de resistência, em doentes sob QT, pode ajudar a reduzir a gravidade e a frequência dos sintomas da neuropatia periférica (Zhang, 2021). Assim, compete ao enfermeiro especialista em médico-cirúrgica a promoção da prática de exercício físico e consequentemente melhoria da qualidade de vida. A sua intervenção inclui a consciencialização da relação entre o exercício físico e a gestão dos sintomas de neuropatia periférica e controlo da dor, desmistificar os significados que possam ser dificultadores do processo de adaptação e o planeamento do regime de exercício individual para cada pessoa. As intervenções de enfermagem influenciam os resultados dos doentes, promovendo o controle da dor, a adesão ao tratamento e o bem-estar geral (Hameed & Bakey, 2023).

Apetite / Digestão

A QT é um tratamento sistémico que acomete as células malignas, mas também, as células saudáveis e causa, por isso, efeitos adversos que afetam a qualidade de vida do doente (Katta et al., 2023).

À semelhança do caso anterior, estes domínios relevam, pois, a perda de apetite, a alteração do paladar, a náusea, a dor, entre outros sinais e sintomas são frequentes na pessoa com doença oncológica, sobretudo em tratamento de QT e apresentam um impacte enorme no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo. Além disso, a gestão dos sintomas e a prevenção de complicações requer que o indivíduo detenha conhecimentos e habilidade para o efeito.

Pele e Mucosas

Outras complicações muito frequentes decorrentes dos tratamentos oncológicos são a mucosite e as erupções cutâneas (Katta et al., 2023).

A mucosite oral ocorre em detrimento da morte celular e do aumento da carga bacteriana e fúngica na cavidade oral, resultantes dos tratamentos, e caracteriza-se pela inflamação, eritema

e/ou ulceração da mucosa (Costa, 2024; Franco, 2020). A dor associada à mucosite pode condicionar a capacidade de o doente se alimentar ou até mesmo de se comunicar com impacto físico, emocional, psicológico e social e, por sua vez, na qualidade de vida (Franco, 2020). Segundo o mesmo autor, a realização de cuidados de higiene oral adequados é um fator chave na prevenção e tratamento desta complicação.

Embora a mucosite oral apresente uma incidência considerável e implicações no estado nutricional do doente, que implica, por vezes, a necessidade de interromper os tratamentos ou a necessidade de internamento prolongado para a sua resolução, não existem protocolos para a gestão da mucosite oral em doentes sob QT (Costa, 2024).

Assim, o enfermeiro especialista deve avaliar o grau de mucosite por meio de uma escala, como a escala de toxicidade oral da Organização Mundial de Saúde, planejar o tratamento adequado e capacitar o doente para a prevenção de infeções através de uma higiene oral adequada e a gestão eficaz da mucosite com vista à cicatrização e alívio da dor, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida do mesmo (Costa, 2024).

Emoção

O impacto psicológico da doença oncológica está principalmente ligado à incerteza sobre o futuro, ao sofrimento, à dor, à dependência, à perda de controle sobre os acontecimentos, aos efeitos adversos dos tratamentos, à recidiva e à morte (Parreira, 2014).

Existe uma dualidade de emoções sentidas pela pessoa com doença oncológica em regime de QT: por um lado a esperança da cura; por outro lado o medo dos efeitos adversos dos tratamentos e da morte (Wakiuchi et al., 2019). Contudo, segundo os mesmos autores, embora predomine um significado negativo atribuído à QT - dor, sofrimento, medo e limitações físicas - esta é reconhecida pelos doentes como um fator de esperança pela associação à possibilidade de cura.

No entanto, o MM é uma doença incurável, pelo que quase todos os doentes acabam por experienciar uma recidiva ou se tornarão refratários aos tratamentos (Parsons et al., 2019). Ainda assim, os avanços terapêuticos têm permitido um aumento da sobrevida destes doentes, embora resulte em efeitos secundários prolongados, como dor, neuropatia e efeitos colaterais dos esteroides (Cormican & Dowling, 2016). Segundo estes autores, estes doentes enfrentam elevado sofrimento, que em grande parte deve-se às dores ósseas, fraturas e infeções recorrentes, além do impacto psicológico ligado a cada recidiva.

Por estas razões e pela jornada tão imprevisível da doença, o doente com MM, sobretudo com recidiva, manifesta sinais e sintomas de labilidade emocional, ansiedade e depressão (Parsons et al., 2019; Shapiro et al., 2021). Reconhecer e controlar os efeitos adversos pode contribuir para o bem-estar emocional dos doentes e melhorar a sua qualidade de vida (Katta et al., 2023).

A capacitação do doente para gerir a doença e lidar com as suas complicações, bem como a disponibilização dos recursos de apoio disponíveis, nomeadamente no que respeita ao suporte emocional, e ao envolvimento da rede de apoio, como a família e os amigos, são elementos cruciais para a redução da ansiedade e da depressão (Cormican & Dowling, 2016). Segundos os mesmos autores, estes fatores têm um impacte significativo no bem-estar psicossocial e na qualidade de vida dos doentes.

O enfermeiro especialista é, assim, responsável pela identificação precoce destes sinais e sintomas e pela capacitação do doente para a utilização de estratégias que promovam o bem-estar e reduzam significativamente a ansiedade e controlem o humor, como por exemplo, a prática de exercício físico e de atividades de lazer (Mestdagh et al., 2023; Willhelm et al., 2015).

Eliminação Intestinal (obstipação)

O tratamento com Bortezomib pode provocar diversos efeitos adversos, nomeadamente, problemas gastrointestinais, como por exemplo a obstipação (Scott et al., 2016). Estes e outros efeitos adversos decorrentes dos tratamentos comprometem a qualidade de vida do indivíduo (Wakiuchi et al., 2019).

A obstipação pode ser determinada tendo em consideração a frequência de dejeções e consistência das fezes (Lai et al., 2024). Caracteriza-se pela redução da frequência normal de evacuação, dificuldade ou passagem incompleta das fezes ou, ainda, pela eliminação de fezes excessivamente duras e secas (Lisboa et al., 2021). Este é um problema que acomete cerca de 40% a 90% dos doentes oncológicos, de acordo com estes autores. Porém, existem diversos comportamentos modificáveis que promovem a prevenção e gestão da obstipação, incluindo a prática de atividade física, o regime dietético rico em fibras, fruta e vegetais, a farmacoterapia e a fisioterapia (Lai et al., 2024). Um estudo realizado entre 2007 e 2010 demonstrou que o regime dietético, isoladamente apresenta pouca eficácia na prevenção e gestão da obstipação, sendo mais eficaz em conjunto com a prática de exercício físico, devendo ainda atender-se ao tipo, intensidade e frequência do exercício (Lai et al., 2024).

Neste alinhamento, percebemos a importância da implementação de intervenções múltiplas e complementares para se obter ganhos em saúde. Compreende-se, ainda, a pertinência do domínio que se segue.

Padrão de Exercício

A prática de exercício físico, combinado com outras intervenções farmacológicas e não farmacológicas, é fundamental na prevenção e gestão da obstipação, pois melhora a função intestinal e aumenta a motilidade gastrointestinal (Lai et al., 2024). Além disso, vários estudos confirmaram que a prática de exercício físico é a chave para gerir a fadiga e a implementação de programas de exercício físico, nos doentes com MM, é segura, promove a adesão ao regime

de exercício e ainda melhora a capacidade funcional e a qualidade de vida destes doentes (Lecat et al., 2021). Segundo os mesmos autores, o contrário, isto é, a ausência de atividade física, juntamente com os efeitos tóxicos prolongados dos tratamentos, pode resultar em atrofia muscular, fadiga e perda da função física, comprometendo a qualidade de vida.

No entanto, a fadiga, as dores e fraturas ósseas e a neuropatia periférica foram identificadas como as principais barreiras à realização de atividade física (Lecat et al., 2021). Ademais, atendendo à destruição óssea, que ocorre em cerca de 90% dos doentes com MM, a atividade física é, ainda, vista como um fator de risco para lesões ou fraturas e, por isso, não é amplamente incentivada pelos profissionais de saúde, embora a evidência sustente o contrário, segundo os mesmos autores. A crença de que se deve priorizar o repouso e o descanso na pessoa com doença oncológica é ainda prevalente e também constitui um fator dificultador à adesão ao regime de exercício, de acordo com Lecat et al. (2021).

Os grupos de autoajuda são uma estratégia amplamente utilizada nos doentes com MM e visa envolver o doente no plano de cuidados, promover a gestão da doença e, ainda, motivar para a prática regular de exercício físico (Cenik et al., 2020).

Reconhecendo que esta doença crónica é heterogénea com manifestação e progressão diferente em cada indivíduo, carece de uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar no planeamento e implementação de um plano de exercício individualizado atendendo às características do indivíduo e às manifestações clínicas da doença (Cenik et al., 2020; Cormican & Dowling, 2016). Assim, é recomendado a realização de análises e exames previamente ao plano de exercício, com especial atenção para a presença de lesões osteolíticas, arritmias e insuficiência renal (Cenik et al., 2020). E, ainda, de modo a garantir a prática do exercício segura e efetiva, este deve ser realizado sob supervisão de um profissional de saúde especializado (Lecat et al., 2021).

Padrão Alimentar

Os doentes com MM, sobretudo em tratamento, podem sofrer alterações do apetite, do olfato e do paladar, com consequente diminuição da ingestão nutricional, o que pode intensificar a fraqueza e a fadiga já presentes devido à doença (Shapiro et al., 2021). Além disso, segundo os mesmos autores, a medicação, como a dexametasona contribui para o ganho de peso e, por estas razões, o plano de tratamento destes doentes deve incluir orientações específicas nutricionais e para o peso.

Este domínio releva, ainda, atendendo à importância de adotar medidas preventivas de infeção, que já foram exploradas, no caso anterior, e, por isso, não serão referidas novamente.

E, ainda, considerando que este doente tem um padrão de obstipação este domínio releva, pois o consumo de cereais, lípidos, gorduras e amido está associado a menor obstipação, enquanto produtos açucarados, sódio e maior ingestão calórica apresentam associação com o aumento da

mesma (Rollet et al., 2021). Assim, os enfermeiros devem identificar corretamente a obstipação e recomendar modificações na alimentação e no estilo de vida (Lisboa et al., 2021).

Sistema Cardiovascular

Tal como no caso anterior, compreende-se que da condição clínica da pessoa e dos tratamentos a que é sujeita resultam múltiplas complicações, nomeadamente a anemia e trombocitopenia, que exigem uma vigilância cuidadosa, incluindo a monitorização dos sinais vitais, a deteção de sinais de hemorragia e a realização de análises laboratoriais (Olver et al., 2018). A monitorização de sinais vitais e exames laboratoriais são essenciais para a identificação precoce dessas alterações, permitindo ajustes no tratamento ou até sua interrupção devido à toxicidade e intolerância do paciente .

Diante disso, é fundamental que os doentes e cuidadores compreendam os riscos da toxicidade dos tratamentos, saibam reconhecer sintomas precocemente e adotem medidas preventivas. O enfermeiro tem um papel essencial na monitorização, identificação precoce de complicações e na educação do doente e da sua família sobre os sinais de alerta e a importância de procurar ajuda diante de situações de risco de vida.

Termorregulação

A infeção, sobretudo a pneumonia bacteriana, é a principal complicação em doentes com MM, sendo a maior causa de morbilidade e mortalidade, e resulta da combinação dos seguintes fatores: a saúde do doente, o ambiente, a doença e o tratamento (Brigle & Rogers, 2017). Além disso, a neutropenia febril é, também, uma complicação comum nestes doentes e pode implicar alterações no tratamento, como redução da dose, adiamento de ciclos ou até interrupção da terapêutica, o que afeta negativamente os resultados para o próprio (Santos & Sousa, 2021).

A febre é o primeiro e mais comum sinal de infeção e é considerada uma emergência oncológica, devendo ser, por isso, monitorizada a temperatura corporal para a deteção precoce da febre e atuação clínica imediata (Oliveira et al., 2019; Santos & Sousa, 2021).

Autogestão do Regime Medicamentoso

O mieloma múltiplo manifesta-se e responde aos tratamentos de forma única em cada indivíduo, com frequente recidiva ou resistência aos tratamentos (Cormican & Dowling, 2016). No entanto, os ensaios clínicos e as novas terapias têm melhorado os prognósticos, permitindo maior sobrevivência, mas exigindo a gestão dos riscos associados à doença e aos tratamentos, como a infeção, segundo os mesmos autores. Os efeitos secundários dos tratamentos são um dos principais desafios, reforçando a necessidade de uma gestão proativa dos sintomas, especialmente nos tratamentos prolongados (Cormican & Dowling, 2016).

O regime medicamentoso, nestes doentes, visa reduzir os sintomas da doença e proporcionar uma melhor qualidade de vida (Sánchez et al., 2019). De acordo com estes autores, a eficácia

desses tratamentos está fortemente ligada à adesão e gestão adequada do regime terapêutico, ao aumento da literacia e à autonomia no autocuidado, pelo doente.

Assim, o papel do enfermeiro especialista é identificar necessidades específicas e elaborar um plano individualizado com enfoque na promoção da gestão da doença e da adesão e gestão do regime medicamentoso, através da na capacitação do doente e família ou cuidador.

Autoconceito

A justificação deste domínio assemelha-se ao do caso anterior pelo que não será explorado novamente.

4.5. Conceção de Cuidados

Função motora fina

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Destreza manual

23-12-2024 11:30 - Bilateral: Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade.

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução da função motora fina

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da função motora fina *[Em todos os contactos]*

23-12-2024 11:30 - Referenciar compromisso da função motora fina ao médico *[SOS]*

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Destreza manual

03-01-2025 09:30 - Bilateral: Manipula objetos de pequenas dimensões sem dificuldade
[MANTEVE].

Equilíbrio estático

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Estabilidade postural sentado sem apoio.

23-12-2024 11:30 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio.

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução do equilíbrio estático

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do equilíbrio estático *[Em todos os contactos]*

23-12-2024 11:30 - Referenciar compromisso do equilíbrio ao médico *[SOS]*

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Estabilidade postural sentado sem apoio [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Controlo postural em pé: Estabilidade postural sem apoio [MANTEVE].

Equilíbrio dinâmico

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Controlo postural em movimento: Estabilidade postural em movimento.

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução do equilíbrio dinâmico

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do equilíbrio dinâmico *[Em todos os contactos]*

23-12-2024 11:30 - Referenciar compromisso do equilíbrio ao médico *[SOS]*

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Controlo postural em movimento: Estabilidade postural em movimento [MANTEVE].

Sensações somáticas

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Sem manifestação de prurido.

23-12-2024 11:30 - Sensibilidade superficial

23-12-2024 11:30 - Pé Direita(o)

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

23-12-2024 11:30 - Pé Esquerda(o)

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

23-12-2024 11:30 - Mão Direita(o)

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

23-12-2024 11:30 - Mão Esquerda(o)

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

23-12-2024 11:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

23-12-2024 11:30 - Sem manifestação de dor.

23-12-2024 11:30 - Parestesias nos pés

23-12-2024 11:30 - Determinar sinais de dor

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução de sinais de dor [Em todos os contactos]

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução da sensibilidade

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da sensibilidade [Em todos os contactos]

23-12-2024 11:30 - Referenciar compromisso da sensibilidade ao médico [FIM]

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Sem manifestação de prurido [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Sensibilidade superficial

03-01-2025 09:30 - Pé Direita(o)

03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

03-01-2025 09:30 - Pé Esquerda(o)

03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.

03-01-2025 09:30 - Mão Direita(o)

03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.

03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.

- 03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 03-01-2025 09:30 - Mão Esquerda(o)
- 03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade tátil inespecífica.
- 03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade térmica.
- 03-01-2025 09:30 - Sem compromisso da sensibilidade dolorosa.
- 03-01-2025 09:30 - Sem manifestação de dor [MANTEVE].
- 03-01-2025 09:30 - Parestesias nos pés [MANTEVE]

Apetite

23-12-2024 11:30

- 23-12-2024 11:30 - Ingeriu a totalidade das refeições.
- 23-12-2024 11:30 - Apetite conservado.
- 23-12-2024 11:30 - Paladar alterado.

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução do apetite

- 23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do apetite [Em todos os contactos]
- 23-12-2024 11:30 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [SOS]
- 23-12-2024 11:30 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [SOS]

03-01-2025 09:30

- 03-01-2025 09:30 - Ingeriu a totalidade das refeições.
- 03-01-2025 09:30 - Apetite conservado [MANTEVE].
- 03-01-2025 09:30 - Paladar conservado [MELHOROU].

Sistema cardiovascular

23-12-2024 11:30

- 23-12-2024 11:30 - Localização do Pulso
- 23-12-2024 11:30 - Antebraço Esquerda(o)
- 23-12-2024 11:30 - Frequência do pulso: 68 pulsações por minuto.
- 23-12-2024 11:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.
- 23-12-2024 11:30 - Pulso rítmico.
- 23-12-2024 11:30 - Pulso simétrico.
- 23-12-2024 11:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea
- 23-12-2024 11:30 - Membro superior Esquerda(o)
- 23-12-2024 11:30 - Pressão sanguínea sistólica: 122 mmHg.
- 23-12-2024 11:30 - Pressão sanguínea diastólica: 71 mmHg.
- 23-12-2024 11:30 - Temperatura das extremidades
- 23-12-2024 11:30 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal.
- 23-12-2024 11:30 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal.
- 23-12-2024 11:30 - Coloração das extremidades
- 23-12-2024 11:30 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades.
- 23-12-2024 11:30 - Membro superior: Coloração normal das extremidades.
- 23-12-2024 11:30 - Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução do ritmo cardíaco

- 23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [Em todos os contactos]

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução da pressão sanguínea

- 23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [Em todos os contactos]

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução da perfusão dos tecidos periféricos

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Em todos os contactos]

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Localização do Pulso

03-01-2025 09:30 - Antebraço Esquerda(o)

03-01-2025 09:30 - Frequência do pulso: 65 pulsações por minuto.

03-01-2025 09:30 - Pulso de amplitude mediana e regular.

03-01-2025 09:30 - Pulso rítmico.

03-01-2025 09:30 - Pulso simétrico.

03-01-2025 09:30 - Local de avaliação da pressão sanguínea

03-01-2025 09:30 - Membro superior Esquerda(o)

03-01-2025 09:30 - Pressão sanguínea sistólica: 118 mmHg.

03-01-2025 09:30 - Pressão sanguínea diastólica: 69 mmHg.

03-01-2025 09:30 - Temperatura das extremidades

03-01-2025 09:30 - Membro inferior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Membro superior: Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Coloração das extremidades

03-01-2025 09:30 - Membro inferior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Membro superior: Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Tempo de preenchimento capilar: 1 segundos.

Digestão

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Sem sensação de enjoo.

23-12-2024 11:30 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

23-12-2024 11:30 - Sem vômitos.

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução da náusea

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da náusea [Em todos os contactos]

23-12-2024 11:30 - Referenciar náusea ao médico [SOS]

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Sem sensação de enjoo [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Sem refluxo dos alimentos deglutidos [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Sem vômitos.

Eliminação intestinal

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Fezes: em pequena quantidade.

23-12-2024 11:30 - Consistência das fezes: Fezes em síbalas.

23-12-2024 11:30 - Coloração das fezes: acastanhada.

23-12-2024 11:30 - Número de defecações por semana: 3.

23-12-2024 11:30 - Expulsão controlada de fezes.

23-12-2024 11:30 - Obstipação

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução da obstipação

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da obstipação [Em todos os contactos]

23-12-2024 11:30 - Referenciar obstipação ao médico [SOS]

23-12-2024 11:30 - Promover autogestão: obstipação

23-12-2024 11:30 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

23-12-2024 11:30 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador.

03-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador [MANTEVE].

23-12-2024 11:30 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

03-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador [MANTEVE].

23-12-2024 11:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [Em todos os contactos] [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Ensinar sobre regime dietético [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da autogestão da obstipação [Em todos os contactos]

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Fezes: em moderada quantidade.

03-01-2025 09:30 - Consistência das fezes: Fezes moldadas com síbalas.

03-01-2025 09:30 - Coloração das fezes: acastanhada.

03-01-2025 09:30 - Número de defecações por semana: 5.

Pele e mucosas

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

23-12-2024 11:30 - Membrana mucosa comprometida

23-12-2024 11:30 - Localização do compromisso da membrana mucosa

23-12-2024 11:30 - Cavidade oral

23-12-2024 11:30 - Coloração da mucosa: ruborizada.

23-12-2024 11:30 - Mucosa com humidade normal.

23-12-2024 11:30 - Mucosa com vesículas.

03-01-2025 09:30 - Localização do compromisso da membrana mucosa

03-01-2025 09:30 - Cavidade oral

03-01-2025 09:30 - Coloração da mucosa: amarelada.

03-01-2025 09:30 - Mucosa com humidade normal.

03-01-2025 09:30 - Mucosa com textura normal.

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução da integridade das membranas mucosas

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [Em todos os contactos]

23-12-2024 11:30 - Promover autogestão: cicatrização da membrana mucosa

23-12-2024 11:30 - Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana

mucosa: facilitador [MELHOROU].

23-12-2024 11:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 03-01-2025

09:30

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [Em todos os contactos] [FIM] 03-01-2025

09:30

23-12-2024 11:30 - Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa [FIM]

03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da autogestão da cicatrização da membrana mucosa [Em todos os contactos]

03-01-2025 09:30 - Adota comportamentos de autogestão da cicatrização da membrana mucosa.

03-01-2025 09:30 - Refere satisfação com a autogestão da cicatrização da membrana mucosa.

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Alterações da integridade dos tecidos.

Termorregulação

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Temperatura corporal periférica

23-12-2024 11:30 - Ouvido: 36.80 °C.

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução da temperatura corporal

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Em todos os contactos]

23-12-2024 11:30 - Promover autocontrolo: temperatura corporal [FIM] 03-01-2025

09:30

23-12-2024 11:30 - Conhecimento sobre autovigilância da temperatura corporal: facilitador.

23-12-2024 11:30 - Consciencialização da relação entre o controlo da temperatura corporal e a progressão do processo patológico: facilitadora.

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do autocontrolo da temperatura corporal [Em todos os contactos] [FIM] 03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Temperatura corporal periférica

03-01-2025 09:30 - Ouvido: 36.60 °C.

Autoconceito

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

23-12-2024 11:30 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho.

23-12-2024 11:30 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo.

23-12-2024 11:30 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas.

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução do autoconceito

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [Em todos os contactos]

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Não revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Não revela pensamentos negativos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Não revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Não desvaloriza as perceções positivas referidas por outras pessoas [MANTEVE].

Emoção

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Com indícios de humor depressivo.

23-12-2024 11:30 - Verbaliza ansiedade.

23-12-2024 11:30 - Manifestação de inquietação.

23-12-2024 11:30 - Manifestação de irritabilidade.

23-12-2024 11:30 - Sem manifestação de pânico .

23-12-2024 11:30 - Ansiedade

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução da ansiedade

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da ansiedade [Em todos os contactos]

23-12-2024 11:30 - Promover autocontrolo: ansiedade

23-12-2024 11:30 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

03-01-2025 09:30 - Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

23-12-2024 11:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador [MELHOROU].

23-12-2024 11:30 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

03-01-2025 09:30 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

23-12-2024 11:30 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

03-01-2025 09:30 - Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora [MANTEVE].

23-12-2024 11:30 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 09:30 - Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da

ansiedade: facilitadora [MELHOROU].

23-12-2024 11:30 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da
ansiedade: não dificultador.

03-01-2025 09:30 - Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da
ansiedade: não dificultador [MANTEVE].

**23-12-2024 11:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre
estratégias de autocontrolo da ansiedade**

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de
autocontrolo da ansiedade [Em todos os contactos] [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

23-12-2024 11:30 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [FIM]

03-01-2025 09:30

**23-12-2024 11:30 - Potencial para melhorar capacidade para usar
estratégias de autocontrolo da ansiedade** [RESOLVIDO] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de
autocontrolo da ansiedade [Em todos os contactos] [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Instruir estratégias de relaxamento [FIM] 03-01-2025
09:30

23-12-2024 11:30 - Treinar estratégias de relaxamento [FIM] 03-01-2025
09:30

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do autocontrolo da ansiedade [Em todos os
contactos]

03-01-2025 09:30 - Adota comportamentos de autocontrolo da ansiedade.

03-01-2025 09:30 - Refere satisfação com o autocontrolo da ansiedade.

23-12-2024 11:30 - Humor depressivo [RESOLVIDO] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Desesperança e pessimismo, Diminuição acentuada de interesse e
prazer nas atividades.

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução do humor [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do humor depressivo [Em todos os contactos]
[FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Referenciar humor depressivo ao médico [FIM] 03-01-2025
09:30

**23-12-2024 11:30 - Promover mudança no processo de pensamento
relacionado com o humor** [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Executar escuta ativa [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Promover autocontrolo: humor [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Conhecimento sobre humor depressivo: facilitador.

23-12-2024 11:30 - Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do
humor: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento
próprio para intervir.

23-12-2024 11:30 - Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o
equilíbrio de humor: facilitadora.

23-12-2024 11:30 - Consciencialização da relação entre o sono e o equilíbrio de
humor: facilitadora.

23-12-2024 11:30 - Consciencialização sobre os fatores concorrentes para o humor depressivo: facilitadora.

23-12-2024 11:30 - Significado atribuído ao regime medicamentoso: não dificultador.

23-12-2024 11:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [RESOLVIDO] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [Em todos os contactos] [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do autocontrolo do humor [Em todos os contactos] [FIM] 03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Sem indícios de humor depressivo [MELHOROU].

03-01-2025 09:30 - Verbaliza ansiedade [MANTEVE].

03-01-2025 09:30 - Sem manifestação de inquietação [MELHOROU].

03-01-2025 09:30 - Sem manifestação de irritabilidade [MELHOROU].

03-01-2025 09:30 - Sem manifestação de pânico [MANTEVE].

Autogestão do regime medicamentoso

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

23-12-2024 11:30 - Administra a medicação pela via adequada.

23-12-2024 11:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

23-12-2024 11:30 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução da autogestão do regime medicamentoso

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do compromisso da autogestão do regime medicamentoso [Em todos os contactos]

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Capaz de administrar a medicação pela via adequada

03-01-2025 09:30 - Administra a medicação pela via adequada.

03-01-2025 09:30 - Capaz de ajustar a medicação de acordo com autovigilância

03-01-2025 09:30 - Ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

Padrão alimentar

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Número de refeições diárias: 5.

23-12-2024 11:30 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

23-12-2024 11:30 - Défice de ingestão de vegetais/fruta face ao regime dietético aconselhado.

23-12-2024 11:30 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

23-12-2024 11:30 - Défice de ingestão de líquidos face ao regime dietético aconselhado.

23-12-2024 11:30 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

23-12-2024 11:30 - Autogestão do regime dietético

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução do padrão alimentar

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do padrão alimentar [Em todos os contactos]

23-12-2024 11:30 - Promover autogestão: regime dietético

23-12-2024 11:30 - Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre regime dietético: facilitador [MELHOROU].

23-12-2024 11:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

03-01-2025 09:30 - Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador [MELHOROU].

23-12-2024 11:30 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

03-01-2025 09:30 - Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador [MANTEVE].

23-12-2024 11:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Ensinar sobre regime dietético [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético [RESOLVIDO] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético [Em todos os contactos] [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Ensinar sobre autogestão do regime dietético [FIM]

03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Ensinar sobre ingestão de líquidos [FIM] 03-01-2025 09:30

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução da autogestão do regime dietético [Em todos os contactos]

03-01-2025 09:30 - Adota comportamentos de autogestão do regime dietético.

03-01-2025 09:30 - Refere satisfação com a autogestão do regime dietético.

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Número de refeições diárias: 5.

03-01-2025 09:30 - Ingestão de gorduras adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-01-2025 09:30 - Ingestão de vegetais/fruta adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-01-2025 09:30 - Ingestão de hidratos de carbono adequadamente integrado no padrão alimentar.

03-01-2025 09:30 - Ingestão de líquidos adequadamente integrada no padrão alimentar.

03-01-2025 09:30 - Não ingere alimentos específicos desaconselhados.

Padrão de exercício

23-12-2024 11:30

23-12-2024 11:30 - Número de horas de atividade física por lazer: 3 horas.

23-12-2024 11:30 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 35 horas.

23-12-2024 11:30 - Tempo de exercício físico diário: 30 Minutos .

23-12-2024 11:30 - Determinar evolução do padrão de exercício

23-12-2024 11:30 - Avaliar evolução do padrão de exercício [Em todos os contactos]

03-01-2025 09:30

03-01-2025 09:30 - Número de horas de atividade física por lazer: 5 horas.

03-01-2025 09:30 - Número de horas por semana de atividade física laboral: 35 horas.

03-01-2025 09:30 - Tempo de exercício físico diário: 30 Minutos .

4.6. Especificação das intervenções

Ensinar sobre ingestão de líquidos

- Explicar que deve ingerir cerca de 2 a 3 litros de líquidos (água, chá ou sumo) para ajudar na eliminação dos produtos resultantes da quimioterapia afim de prevenir a toxicidade e, ainda, para melhorar o funcionamento do trânsito intestinal (Lucchesi, 2021);
- Explicar que deve consumir água potável filtrada (Santana, 2019) ou engarrafada (Agostinho, 2022).

Avaliar evolução da sensibilidade

- Avaliar a sensibilidade tátil e dolorosa, com recurso a monofilamento (Bender et al., 2023);
- Avaliar a sensibilidade térmica, com recurso a dois tubos de colheita de sangue, um com água quente e outro com água fria (Bender et al., 2023).

Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

- Examinar a cavidade oral (Lucchesi, 2021);
- Avaliar a cavidade oral, com recurso à Escala de Toxicidade Oral da OMS (score de 0 a 4).

Ensinar sobre regime dietético

- Explicar que o regime dietético influencia a motilidade gastrointestinal, devendo privilegiar uma dieta rica em fibras para prevenir a obstipação e melhorar o trânsito intestinal (Lucchesi, 2021);
- Explicar que mastigar pastilhas elásticas estimulam a motilidade gastrointestinal promovendo a evacuação (Mata et al., 2024)
- Explicar que deve privilegiar o consumo de frutas, legumes, leguminosas, cereais, preferencialmente, integrais e proteína de modo a promover o trânsito intestinal e prevenir ou reduzir a obstipação. por sua vez deverá evitar o consumo excessivo de sal que contribui para o risco de obstipação (Lai et al., 2024);
- Reforçar que deve lavar as frutas e verduras cruas com sanitizantes (lixívia ou vinagre diluídos) e descascar (Santana, 2019);
- Reforçar que deve consumir carne e peixe bem cozinhados, assim como priorizar a fruta e legumes cozidos (Santana, 2019);
- Reforçar que pode consumir leite e derivados desde que sejam pasteurizados e esterilizados (rejeitar depois de aberto, dar preferência a embalagens individuais)

(Santana, 2019).

Treinar estratégias de relaxamento

- Treinar a realizar a técnica de respiração diafragmática.

Instruir estratégias de relaxamento

- Instruir a realizar a técnica de respiração diafragmática:
- 1 - Colocar uma mão sobre o abdómen e outra no tórax;
- 2 - Prestar atenção à respiração;
- 3 - Inspirar lentamente, durante 3 segundos, sustentar a respiração por mais 3 segundos e expirar lentamente por 6 segundos;
- 4 - Repetir várias vezes, até sentir-se relaxado (Willhelm et al., 2015).

Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa

- Explicar que deve lavar os dentes após as refeições e antes de dormir, de modo a prevenir inflamação e infeção da cavidade oral (mucosite e estomatite) (Parreira, 2014; Roe e Lennan, 2014);
- Explicar que deve usar escova de dentes macia, de modo a evitar sangramento das gengivas (Lucchesi, 2021);
- Explicar que deve realizar bochechos com solução à base de clorexidina e flúor, sem álcool, após a lavagem dos dentes (Lucchesi, 2021);
- Explicar que deve abolir o consumo de álcool, bebidas ou comidas extremamente quentes ou frias (Gondim et al., 2010);
- Explicar que deve aumentar a ingestão de água, manter a boca sempre húmida, evitar alimentos ácidos e evitar o jejum prolongado (Gondim et al., 2010);
- Explicar que deve aplicar nistatina, conforme prescrição médica. Deverá aplicar após as refeições e os cuidados de higiene oral: aplicar 2ml de nistatina, bochechar e deixar atuar, sem engolir; durante 4 vezes por dia.

Ensinar sobre sinais de complicação da membrana mucosa

- Explicar que as complicações da cavidade oral são extremamente frequentes em doentes submetidos a quimioterapia, tais como a mucosite (rubor e úlceras/vesículas), o sangramento e edema das gengivas e a xerostomia, que usualmente revertem após o término da quimioterapia (García-Chías et al., 2019);
- Explicar que deve contactar o médico de urgência em caso de agravamento da mucosite: agravamento da dor, rubor, edema ou vesículas;
- Explicar que as complicações da cavidade oral podem provocar desconforto e dor e que pode interferir com a capacidade de se alimentar, devendo por isso adotar as medidas indicadas (García-Chías et al., 2019).

Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Referenciar compromisso da sensibilidade ao médico

- Referenciar ao médico e à Enfermeira Especialista em Reabilitação, do serviço.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Explicar que praticar loga e meditação ou fazer massagem terapêutica ajuda a diminuir a ansiedade (Mestdagh et al., 2023);
- Explicar que realizar atividades promotoras de distração, tais como caminhadas à beira mar, agricultura e trabalhos de construção (atividade laboral) referidas pelo doente, ajuda a diminuir a ansiedade (Mestdagh et al., 2023; Willhelm et al., 2015);
- Explicar que verbalizar os sentimentos, as perceções e os medos junto da equipa de saúde e com as pessoas significativas ajuda a controlar a ansiedade (Bulechek et al., 2020).

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Ensinar a realizar a técnica de respiração diafragmática.

Ensinar sobre autogestão do regime dietético

- Determinar um plano dietético promotor da eliminação intestinal: acordado com o doente a ingestão de pelo menos três peças de fruta por dia, o consumo de legumes e/ou leguminosas ao almoço e ao jantar e a substituição do pão ao pequeno-almoço por pão integral.

Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

- Utilizar a técnica de Teach Back (DGS, 2019).

Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

- Explicar que a prática de exercício físico ajuda na melhoria do humor (Cenik et al., 2020);
- Ensinar sobre estratégias de coping: pensamento positivo e resolução de problemas (Coolbrandt et al., 2018);
- Entregar folheto sobre programa (presencial e online) de apoio psicológico e reabilitação física (Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas [APLL], s.d.).

Avaliar evolução da obstipação

- Avaliar obstipação com recurso à Escala de Bristol (Lai et al., 2024);
- Identificar padrão habitual do doente previamente aos tratamentos;
- Identificar padrão atual e eficácia do laxante.

Avaliar evolução de sinais de dor

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

4.7. Síntese relativa ao caso

O Mieloma Múltiplo trata-se de um cancro incurável e o tratamento visa o controlo sintomático e inicia-se apenas na presença de achados clínicos específicos. A primeira linha terapêutica é a imunoquimioterapia, estando o autotransplante de medula óssea indicado em pessoas com menos de 70 anos. Em casos de recidiva, a abordagem terapêutica depende de fatores individuais e de tratamentos prévios. A recidiva tem um forte impacto psicológico e emocional, ao reativar incertezas sobre o futuro, e físico decorrente da progressão da doença.

Este estudo de caso foi desenvolvido em dois momentos distintos, no contexto de consulta. O doente em estudo tem 64 anos, foi diagnosticado com MM em 2016 e remissão em 2017. Apresentou recidiva em outubro de 2024, com alterações analíticas sugestivas de progressão de doença, sem sintomatologia associada, em tratamento de QT, inserido em ensaio clínico. Apresentou-se nas consultas sempre sozinho, autónomo na realização dos autocuidados e das atividades de vida diária.

Os diagnósticos e intervenções evidenciam áreas de intervenção avançada a realizar pelo enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica, no cuidado à pessoa com MM em regime de QT.

Os diagnósticos de enfermagem identificados evidenciam áreas prioritárias de atuação específicas neste indivíduo, com intervenções especializadas e individualizadas, nomeadamente, a necessidade de se melhorar o conhecimento do doente sobre a prevenção e tratamento de complicações, relativamente à mucosite e obstipação com incidência nos cuidados de higiene oral e regime terapêutico, E, ainda, sobre estratégias de coping para lidar com os desafios que enfrenta, promovendo o autocontrolo da ansiedade e o equilíbrio do humor.

A literacia para a saúde surge como um eixo fundamental, visto que o conhecimento do doente sobre a prevenção e tratamento de complicações é essencial para melhorar a adesão ao tratamento e reduzir o impacto dos seus efeitos. Além disso, a recidiva representa um evento altamente desestabilizador, tanto a nível físico como emocional, exigindo estratégias de coping eficazes. O envolvimento do enfermeiro especialista na adequação de estratégias que promovem a literacia em saúde e a promoção do autocontrolo da ansiedade e no equilíbrio do humor é crucial para favorecer a adaptação psicológica à doença.

Assim, cabe ao enfermeiro especialista reconhecer e intervir nas necessidades da pessoa com recidiva de de através da elaboração de um plano de cuidados individualizado que respeite as crenças e valores do doente e suportado na melhor evidência, com vista à promoção da adesão ao tratamento e da gestão eficaz da doença e suas complicações, garantindo cuidados seguros, de qualidade e o bem-estar e melhor qualidade de vida do doente.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A enfermagem tem evoluído de um paradigma centrado na doença e no controlo de sinais e sintomas, para uma abordagem holística, centrada na pessoa, que transcende a vertente meramente curativa da assistência dos cuidados (Sousa et al., 2015). Neste sentido, os cuidados de Enfermagem têm assumido maior importância e exigência técnica e científica colocando a necessidade de os enfermeiros apostarem na sua formação em busca de desenvolver competências diferenciadas e especializadas para a prestação de cuidados seguros, com maior qualidade e rigor (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Neste capítulo será realizada uma reflexão crítica sobre os contributos deste estágio para o desenvolvimento dessas competências especializadas. Primeiramente serão abordadas as competências comuns do enfermeiro especialista e, posteriormente, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O enfermeiro especialista pode e deve ter um papel mais significativo na prestação de cuidados diferenciados. Segundo o Regulamento nº 140/2019 (2019, p.4744), o Enfermeiro Especialista detém competências científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados que “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”.

As competências comuns do enfermeiro especialista são abrangentes às diferentes áreas de especialização e dizem respeito a quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL, ÉTICA E LEGAL

A Enfermagem é uma profissão autorregulada que se rege por princípios éticos e deontológicos descritos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional (OE, 2015). Assim, o enfermeiro deve procurar uma prática de excelência, com respeito pela pessoa como ser multidimensional, e na procura de cuidados humanizados com respeito pela dignidade, costumes, crenças e valores.

Neste âmbito pode-se refletir sobre dois aspetos: o enfermeiro especialista como indivíduo e

como elemento de uma equipa. Enquanto indivíduo, o enfermeiro especialista deve tomar decisões com juízo crítico baseadas na melhor evidência e na sua experiência profissional. Ademais, deve adotar uma prática assente numa parceria de cuidados com o cliente. Além disso, deve promover e garantir as melhores práticas dentro da equipa multidisciplinar.

Pode-se utilizar como exemplo o Consentimento Informado. Este conceito é fundamental na prestação de cuidados e na relação estabelecida entre o profissional de saúde e o doente. O consentimento para os cuidados de saúde, decorre do respeito pela autonomia, autodeterminação e liberdade da pessoa com vista à decisão informada e esclarecida.

Neste sentido, o consentimento informado consiste no envolvimento do doente na tomada de decisão e implica que este compreenda completamente os procedimentos ou tratamentos que serão realizados, bem como os riscos e benefícios envolvidos, antes de concordar com eles (DGS, 2019). A literacia em saúde é uma parte vital desse processo, e refere-se à capacidade de uma pessoa obter, processar e compreender informações sobre saúde para tomar decisões informadas (OMS, 2024b). Segundo a mesma fonte, a literacia em saúde envolve conhecimentos, habilidades e competências de pensar criticamente e reconhecer as necessidades bem como manifestá-las junto das entidades adequadas.

No contexto de estágio os doentes foram frequentemente confrontados com a necessidade de realizar múltiplos procedimentos de diagnóstico e de tratamento o que levanta a seguinte questão: será que o consentimento é verdadeiramente informado ou meramente um procedimento formal?

Segundo a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos a obtenção do consentimento informado previamente à realização de qualquer procedimento é também essencial quando falamos no respeito pelos direitos humanos e deve ser livre e esclarecido com informação adequada e a pessoa pode recusar o procedimento (Unesco, 2005). Para que o doente tome decisões informadas, é essencial que tenha acesso a informações atualizadas sobre o objetivo do procedimento/tratamento, possíveis efeitos secundários, resultados esperados e as consequências de realizar ou não o mesmo, incluindo as diferentes opções de tratamento disponíveis (Roe & Lennan, 2014). Segundo os mesmos autores, todos os profissionais da equipa multidisciplinar desempenham um papel importante na prestação de informação. Contudo, o papel do enfermeiro é garantir que o consentimento informado seja, de facto, um processo transparente em que o doente compreende e aceita o procedimento e riscos associados (Roe & Lennan, 2014).

Durante o estágio, observou-se que o consentimento dos doentes foi sempre livre e esclarecido e que os enfermeiros reforçavam as informações dadas pela equipa médica e garantiam que os doentes compreendiam os procedimentos propostos. Destaca-se o papel dos enfermeiros especialistas em validar e assegurar o cumprimento do consentimento informado por toda a equipa de enfermagem.

Além disso, a prática clínica foi sustentada tendo em conta os princípios da autonomia, da justiça, da beneficência e da não maleficência. Neste sentido, capacitamos o doente e família ou cuidador, com vista à promoção da literacia em saúde, e, numa parceria de cuidados, foram envolvidos na tomada de decisão, de modo a garantir o direito à autodeterminação.

O enfermeiro especialista, diferencia-se dos restantes enfermeiros, na medida em que recorre a materiais de suporte e estratégias comunicacionais para a educação do doente e família ou cuidador, adequando a sua intervenção ao nível de literacia em saúde, cultura e contexto do cliente. De entre as diferentes estratégias comunicacionais, uma das quais foi utilizada, de modo a garantir o consentimento informado, foi o *Teach Back*, que consiste em solicitar à pessoa para repetir o que lhe foi dito (DGS, 2019). Desta forma, conseguimos avaliar se a pessoa compreende aquilo que lhe foi proposto.

Assim, pode-se afirmar que a literacia em saúde é essencial para o consentimento informado e que o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial, pois garante que o consentimento obtido tem por base uma decisão informada, livre e esclarecida do doente. Além de ter a responsabilidade de promover esta prática junto da equipa.

De modo a promover a literacia em saúde, é realizada, sempre que possível, uma consulta de enfermagem prévia ao início dos tratamentos que visa providenciar conhecimento, consciencialização, assim como o esclarecimento de dúvidas junto do doente e do familiar/cuidador (Roe & Lennan, 2014). Segundo a mesma fonte, a consulta deve ser organizada e suportada por documentação, mas personalizada de acordo com as necessidades específicas de cada doente e, não deve ser feita de forma apressada.

No contexto clínico, foi possível observar que esta consulta de enfermagem é conexa à consulta médica, sendo que o doente recebe primeiramente a informação junto do médico e de seguida é encaminhado para a consulta de enfermagem, no próprio dia. O objetivo principal desta consulta é, assim, reforçar e validar os conhecimentos e garantir o consentimento informado e a capacitação do doente e família/cuidador para a gestão da doença.

Desta forma, é importante que o enfermeiro faça uma anamnese e atente à fase do processo de transição em que o doente se encontra. O doente e família/cuidador acabam de ser confrontados com o diagnóstico, não se encontrando, ainda, consciencializado. Este é um processo que requer tempo, para que a informação seja interiorizada e processada, uma das propriedades inerentes ao processo de transição (Meleis, 2020). Acresce, ainda, o estado emocional do doente que pode ser um fator dificultador para a aquisição e integração dos conhecimentos e, por isso, não ser o momento apropriado para a intervenção de enfermagem.

Neste sentido, reconhece-se a importância desta consulta de enfermagem no próprio dia, para reforçar e validar informação, mas considera-se que deveria ser feita uma outra à posteriori e, ainda previamente ao início dos tratamentos, de modo a assegurar que o doente tem tempo de

processar a informação e gerir as emoções e, desta forma tomar uma decisão consciente, ponderada e informada (DGS, 2019).

O enfermeiro especialista, além deste papel crucial junto do doente, deve ser um líder, através do exemplo, e promover as boas práticas pela equipa. Assim, deve adotar uma responsabilidade compartilhada com a equipa multidisciplinar e garantir a cooperação necessária para oferecer cuidados seguros e de qualidade.

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A qualidade dos cuidados é um indicador da excelência das práticas, reflete-se nos resultados para os clientes e é da responsabilidade da equipa multiprofissional, da qual os enfermeiros fazem parte. O enfermeiro especialista tem um papel essencial na promoção de práticas seguras, prevenção de erros e melhoria contínua da assistência em saúde.

Desta forma, segundo o Regulamento nº 140/2019 (2019), o enfermeiro especialista deve garantir um ambiente terapêutico e seguro, através de uma conduta antecipatória pela implementação de estratégias preventivas de incidentes e a análise de incidentes com vista à prevenção da sua recorrência. A capacitação da equipa e promoção de uma cultura de segurança são fundamentais para esse fim.

Assegurar cuidados seguros e de qualidade pressupõe a realização contínua da avaliação das práticas e, em função dos resultados, eventualmente a implementação de programas de melhoria contínua que proporcionem os melhores resultados para o utente (Lourengo et al., 2022).

Durante o estágio, constatou-se que a estrutura física do serviço, como abordado anteriormente, condiciona a qualidade e segurança dos cuidados, na medida em que a sala de tratamentos e procedimentos é um espaço único, separado por uma cortina, o que condiciona a privacidade do doente. Durante a realização de procedimentos de enfermagem ou médicos, existe uma janela de oportunidade para o enfermeiro identificar necessidades dos doentes e dos seus familiares (Sousa et al., 2017). Porém, quando este espaço é utilizado em simultâneo por dois doentes, a cortina não permite assegurar a privacidade e confidencialidade dos doentes. Observou-se que a estratégia adotada pelos profissionais de saúde foi a preocupação em utilizar as salas de forma alternada, sempre que possível. No entanto, pode condicionar ou atrasar a prestação dos cuidados.

A necessidade de alterações estruturais e a criação de mais espaços para a prestação de cuidados de enfermagem estava já identificada pela equipa médica e de enfermagem, tendo sido já reportado ao Diretor de Serviço e é de conhecimento do Conselho de Administração.

Ademais, a falta de um espaço destinado à administração de terapêutica em perfusão, monitorização e vigilância dos doentes predispõe o erro, nomeadamente, no que concerne a

administração de medicação.

A prestação de cuidados de saúde, em qualquer contexto, é de elevada complexidade e imprevisibilidade havendo propensão para a ocorrência de incidentes (Ramos et al., 2021). Os danos causados aos doentes decorrentes dos cuidados de saúde inseguros são na maioria evitáveis e constituem uma problemática crescente e um desafio na saúde pública, integrando uma das principais causas de morte e incapacidade, em todo o mundo (OMS, 2021).

Assim, a OMS (2021), determinou um Plano De Ação Global Para A Segurança Do Doente para os anos 2021-2030, no qual definiu a identificação inequívoca do doente como um dos pilares fundamentais para a segurança dos cuidados. As falhas na identificação de doentes são responsáveis pela realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade para os doentes, tais como administração de medicação, transfusões, e realização de meios complementares de diagnóstico (DGS, 2011).

Em Portugal, a administração de medicação deve ser precedida da confirmação dos seguintes cinco dados, chamados de certos da medicação: identificação correta do doente, nome do medicamento, dose, via de administração e hora de administração (DGS, 2015). Contudo, a literatura e algumas instituições de saúde em Portugal consideram nove certos (Teixeira et al., 2024).

A identificação correta do doente é, então, crucial na prestação de cuidados e é da responsabilidade do profissional que os presta, e deve ser feita, antes da realização de qualquer ato, solicitando ao doente que indique, pelo menos dois destes dados: nome completo, data de nascimento e número do processo clínico da instituição (DGS, 2011). Segundo a mesma fonte, a identificação dos doentes com pulseira varia consoante o tipo de episódio, de procedimento a que vai ser sujeito e o tempo de permanência no serviço, sendo esta considerado um equipamento de segurança.

Atendendo, às características do serviço, que inclui consulta programada e não programada, com doentes frequentemente instáveis e que necessitam de administração de terapêutica endovenosa, consideramos que a colocação de pulseira seria justificável em determinadas situações. Desta forma, identificamos, em discussão com a equipa de enfermagem, a falta de normalização sobre as situações em que deveria ser feita a identificação do doente com pulseira, o que suscitava frequentemente dúvidas na equipa sobre o modo a proceder. Assim, foi determinado como necessidade neste serviço formalizar quais as situações em que deverá ser utilizada a pulseira de identificação, de modo a uniformizar as práticas de enfermagem, entre toda a equipa, e assegurar a segurança dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, e com vista ao desenvolvimento de competências neste domínio foi desenvolvido e implementado um projeto de melhoria contínua relativamente à identificação inequívoca do doente, cujo objetivo foi determinar as situações em que se justifica a aplicação de pulseira de

identificação nos doentes e garantir esta prática pela equipa.

A metodologia utilizada foi o ciclo *Plan-Do-Study-Act*, que é uma das ferramentas mais comumente usadas na melhoria da qualidade em saúde e que resulta em melhoria significativa na qualidade dos cuidados (Christoff, 2018). O planeamento e execução do projeto (Anexo I) incluem uma revisão de literatura e um focus grupos para determinar as situações em que se considera pertinente a colocação da pulseira de identificação, atendendo ao contexto.

Posteriormente foi realizada uma auditoria (Anexo II) com o objetivo de avaliar a implementação efetiva pela equipa e identificar eventualmente a necessidade de algum tipo de intervenção corretiva. A auditoria clínica é utilizado para avaliar as práticas tendo por base os padrões estabelecidos, permitindo identificar discrepâncias entre a prática e a evidência, com vista à prestação dos melhores cuidados (Abu-Jeyyab et al., 2024). Constatou-se em 100% das situações auditadas a correta identificação dos doentes com pulseira, nas situações preconizadas.

Além disso, reconhece-se que a padronização dos cuidados promove a prática baseada em evidência e a melhoria de processos, servindo como guia para os profissionais e com impacto positivo nos resultados em saúde dos doentes (Upshaw-Owens, 2019). Neste alinhamento, foi elaborada, ainda, um documento com linhas orientadoras às boas práticas sobre a identificação de doentes com pulseira de identificação, neste contexto clínico (Anexo III). Ademais, planos de cuidados padronizados melhoram a qualidade dos registos de enfermagem, facilitam a sua documentação, garantem a continuidade do cuidado e permitem a colheita de dados para gerar evidências da prática (Ostensen et al., 2021). Assim, a documentação dos cuidados de enfermagem é um aspeto fulcral no que concerne a qualidade e segurança dos cuidados, pois produz indicadores sensíveis desses mesmos cuidados.

Neste alinhamento, admite-se que os avanços tecnológicos têm possibilitado a criação de redes de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que otimizam a documentação e a partilha de informações relevantes, promovendo uma abordagem assistencial mais integrada e coordenada entre os profissionais de saúde, aumentando, assim, a eficiência do cuidado ao cliente (Mills, 2019).

Além disso, os SIS facilitam o acesso a dados precisos e atualizados que permite uma tomada de decisão mais fundamentada, impactando positivamente a segurança e a eficácia dos tratamentos (Mills, 2019). As decisões clínicas dos enfermeiros desempenham um papel fundamental na qualidade do cuidado prestado, resultando diretamente na evolução do cliente. Desde a avaliação inicial até a implementação de planos de cuidados individualizados, cada decisão influencia o tratamento, a recuperação e a prevenção de complicações. Diante disso, é essencial que os enfermeiros disponham de informações precisas e atualizadas, acessíveis por meio de sistemas de informação em saúde, para suportar as suas decisões e assegurar uma assistência segura e com qualidade (Queirós et al., 2024).

Os planos de cuidados de enfermagem no SIS encontram-se estruturados utilizando uma terminologia padronizada, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), para formular diagnósticos, objetivos, intervenções e resultados (Ostensen et al., 2021). A utilização de uma linguagem uniforme reduz erros de interpretação e facilita a troca de informações, pela agregação de dados, segundo os mesmos autores. Falamos por isso na interoperabilidade semântica, em que a informação é dada e percebida de igual forma por todos os profissionais. Embora os enfermeiros tendam a reconhecer que documentar os cuidados de enfermagem assegura a credibilidade e transparência dos mesmos, apontam algumas barreiras à adesão da documentação nos SIS com linguagem classificada. Na literatura estão descritas como barreiras a falta de recursos humanos, a capacitação inadequada das equipas, a sobrecarga de trabalho e a alta rotatividade (Azevedo et al., 2019).

No contexto de estágio, observou-se que a maioria dos enfermeiros documentavam os cuidados de enfermagem com linguagem natural, ao invés de utilizar a linguagem classificada, CIPE. Realizamos um focus grupos para tentar identificar as principais barreiras identificadas pela equipa de enfermagem. A carga de trabalho foi identificada utilizando como justificação que o registo em linguagem natural é mais célere. A escassez de recursos materiais (gabinetes e computadores) e a dificuldade de navegação no SIS foram outros fatores apontados. Acresce a estes fatores, o não reconhecimento pela equipa da pertinência da documentação com linguagem classificada para a produção e extração de indicadores de enfermagem que atestem os ganhos em saúde sensíveis à intervenção do enfermeiro.

Desta forma, foi desenvolvido um outro projeto de melhoria contínua da qualidade com o objetivo de melhorar o conhecimento da equipa sobre o processo de enfermagem, consciencializar para a importância da documentação dos cuidados de enfermagem com a linguagem classificada e capacitá-los para a utilização do SIS, em uso na instituição, com a finalidade de promover a documentação dos cuidados de enfermagem com linguagem classificada (Anexo IV).

A mudança comportamental numa equipa pressupõe a utilização de estratégias, nomeadamente, a educação e treino, capacitando os profissionais para boas práticas, baseado na melhor evidência (Chauhan et al., 2017). Segundo os mesmos autores, programas educativos são mais eficazes quando utilizadas múltiplas estratégias, nomeadamente, a associação do método expositivo com treino e, ainda, a realização de auditorias e feedback das mesmas, assim como, a utilização de sistemas de suporte à decisão clínica. Desta forma, foi realizada uma ação formativa (Anexo V) e treino, acompanhando os enfermeiros, durante o período de trabalho, na documentação dos cuidados. De seguida, foi realizada uma auditoria (Anexo VI) e, ainda, foi criado um material de suporte para facilitar a navegação no SIS, utilizando a linguagem do sistema operativo em uso, CIPE Beta2, com a apresentação dos focos de atenção e diagnósticos mais comumente utilizados neste contexto (Anexo VII).

Na implementação deste projeto deparamo-nos com desafios complexos relacionados com a necessidade de reflexão e fundamentação teórica da equipe, para a valorização desta prática, e, ainda, a resistência à mudança, influenciada por crenças, valores e insatisfação com as condições de trabalho (Azevedo et al., 2019). Segundo os mesmos autores, o conhecimento sobre a relevância da documentação dos cuidados, assim como, as políticas institucionais podem ser a solução para a resistência à mudança.

Durante o estágio, constatou-se que parte da resistência à mudança prendia-se com a dificuldade de navegação no sistema informático, pois o sistema informático em uso na instituição não é um sistema de apoio à tomada de decisão. Os sistemas de apoio à decisão clínica são sistemas eletrónicos que analisam os dados do cliente e oferecem recomendações personalizadas para auxiliar os profissionais de saúde na tomada de decisão clínica (Araújo, 2019).

O sistema utilizado na instituição determina que os dados, diagnósticos e intervenções se encontram em separadores distintos, pelo que a documentação é mais demorada e não há recomendação de um plano de cuidados perante os dados inseridos. Ademais, levanta-se outra questão - a integridade referencial. O facto de o sistema permitir a documentação de dados, diagnósticos e intervenções em separadores distintos, pudemos constatar que, frequentemente, são documentadas intervenções no processo clínico sem haver um diagnóstico ou dados que suportem esta decisão.

Desta forma, reconhece-se que a existência de sistemas de informação de apoio à decisão clínica é fundamental para a documentação dos cuidados de enfermagem, para garantir a interoperabilidade semântica e para promover a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados, refletindo-se nos resultados em saúde. Além disso, a facilidade de navegação nestes sistemas concorre para uma maior adesão dos profissionais à documentação dos cuidados com linguagem classificada (Azevedo et al., 2019).

Ainda assim, a auditoria teve resultados positivos, em que cerca de 80% dos processos clínicos analisados, de modo aleatório, estavam devidamente documentados, de acordo com linguagem CIPE. Porém, os enfermeiros mantêm, concomitantemente, o registo com linguagem natural, em todos os processos clínicos auditados.

Em suma, o enfermeiro especialista detém as competências necessárias para a avaliação diagnóstica e intervenção na melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento nº 140/2019, 2019). Além disso, assume um papel de liderança, gerindo os cuidados de enfermagem e a equipa de forma eficiente, otimizando a assistência e a articulação entre os profissionais de saúde.

GESTÃO DOS CUIDADOS

Segundo o Regulamento n.º 429/2018 (2018), o Enfermeiro Especialista tem competências para gerir os cuidados, adequando os recursos às necessidades, assim como, delegar tarefas e adaptar o estilo de liderança ao contexto e à equipa, com vista a garantir a qualidade dos cuidados. Ao delegar funções, o enfermeiro deve orientar e supervisionar a execução da tarefa, permanecendo responsável pelo seu resultado. Além disso, espera-se que um enfermeiro gestor de cuidados tenha uma forte capacidade de tomada de decisão, um processo complexo voltado para atender às necessidades dos doentes (Lourenço et al., 2022).

Na instituição de saúde, onde decorreu o estágio, existe um enfermeiro especialista designado em funções de gestão do serviço de Consulta Externa, e em cada setor da consulta existe um enfermeiro especialista responsável para gerir e coordenar em parceria com o enfermeiro em funções de gestão.

A enfermeira especialista responsável pela gestão e coordenação da Consulta de onco-hematologia tinha a função de realizar o plano de trabalho, no qual delegava funções na equipa de enfermagem e de técnicos auxiliares de saúde. Existem diferentes métodos de trabalho, sendo que o método utilizado neste contexto é o método funcional. Este método caracteriza-se pela distribuição de tarefas padronizadas (Ventura-Silva et al., 2021). Este método adequava-se ao contexto tendo em conta a organização estrutural do serviço e a disponibilidade de recursos, alocando diariamente os profissionais num determinado espaço com as respetivas funções. Contudo, a literatura aponta que este método de trabalho concorre para um aumento da ocorrência de eventos adversos, sendo fundamental a comunicação efetiva entre os profissionais envolvidos nos cuidados de forma a garantir a segurança e qualidade dos mesmos (Ventura-Silva et al., 2021).

Constatou-se que existe frequentemente a necessidade de navegação do doente dentro do serviço e verificámos que a transição dos cuidados realizados pelos enfermeiros envolvidos nos cuidados era feita de forma segura, recorrendo ao uso da técnica do ISBAR, preconizado pela DGS (2017). O ISBAR é uma ferramenta de comunicação estruturada que ajuda a memorizar informações sobre o doente e utilizada na transmissão de informação entre os profissionais (DGS, 2017). Além disso, a enfermeira especialista responsável pela gestão e coordenação da consulta supervisionava os cuidados prestados pela equipa, reconhecendo precocemente situações potenciais de risco e intervindo de modo adequado, como por exemplo, situações em que o doente foi observado em consulta programada e passava a necessitar de intervenções interdependentes de enfermagem como a administração de terapêutica, passando a requerer cuidados por outro elemento da equipa.

A distribuição das tarefas pelos enfermeiros e restantes elementos da equipa tinham em conta as necessidades do serviço, carga e fluxo de trabalho, competências de cada elemento de equipa (gestão de talentos), assim como, as relações interpessoais, minimizando conflitos e garantindo a prestação dos melhores cuidados. Condições como limitações físicas e condições

clínicas, dos elementos da equipa, eram também tidas em conta ajustando a distribuição de tarefas pelos diferentes elementos.

Além disso, o enfermeiro especialista em funções de gestão/coordenação encontra-se numa posição privilegiada para adotar um papel de líder. Contudo, esse papel não está limitado a um gestor, pelo que enfermeiro especialista deve ser um líder dentro da equipa e deter competências em gestão, independentemente do lugar que ocupa na equipa.

O estilo de liderança adotado pelo enfermeiro em funções de gestão é crucial para o trabalho em equipa, o seu desempenho e o uso eficiente dos recursos para uma assistência de cuidados eficazes e centrados no cliente, independentemente do método de trabalho adotado (Ventura-Silva et al., 2021). Assim, a liderança é a chave para enfrentar os desafios e mudanças nas organizações de saúde, em que o líder deve motivar e inspirar a equipa, promover o autodesenvolvimento e o trabalho em equipe, num ambiente favorável (Lourenço et al., 2022). Implica, por isso, que o líder procure continuamente conhecimento e seja capaz de uma comunicação eficiente para a gestão da equipa e de conflitos (Mattos & Balsanelli, 2019). Desta forma, a eficácia de um líder prende-se com competências comunicacionais e a capacidade de estabelecer uma boa relação com a equipa, garantindo a satisfação profissional dos enfermeiros e um bom ambiente de trabalho (Santos et al., 2022).

Ao longo do estágio, verificou-se que a enfermeira especialista adotava uma postura diferenciadora quer na prestação de cuidados quer na relação com os pares e restante equipa multidisciplinar, fomentando um ambiente positivo e favorável à prestação de cuidados, através de uma liderança transformacional. Este é um estilo de liderança que visa a inspiração e motivação da equipa, promovendo a inovação e um ambiente positivo e resulta numa melhor qualidade assistencial, no aumento da satisfação dos profissionais e fortalece a colaboração entre eles (Ferreira et al., 2020). Este modelo de liderança, segundo os mesmos autores, envolve quatro pilares: a influência idealizada, onde o líder é admirado e respeitado, sendo considerado pela equipa um modelo a seguir; a motivação inspirada, em que o líder transmite confiança e motiva a equipa; a estimulação intelectual, o líder encoraja a criatividade e a autonomia envolvendo os liderados no processo de tomada de decisão; e a consideração individualizada, que implica reconhecer e adaptar-se às características individuais de cada elemento. Os mesmos autores referem que as estratégias para uma liderança transformacional são o exemplo e o diálogo.

Observou-se, em situações de conflito, que as estratégias comunicacionais foram relevantes para a sua resolução e a enfermeira especialista teve a capacidade de as adaptar às características individuais de cada elemento da equipa. Por exemplo, usava a confrontação e assertividade com alguns elementos, por sua vez, o questionamento, exploração, interpretação e até o humor eram as estratégias utilizadas com outros. A experiência profissional e o conhecimento sobre as características individuais dos elementos da equipa foram claramente

condições facilitadoras para uma liderança bem sucedida (Ferreira et al., 2020).

O reconhecimento pela equipa desta enfermeira especialista como uma profissional que detém competências diferenciadas e como exemplo a seguir, bem como, a confiança que nela depositam é, também, representativo de uma liderança eficiente. Constatou-se que a equipa depositava total confiança e, inclusive, abordava a enfermeira especialista na procura de conhecimento, esclarecimento ou validação para a tomada de decisão na prestação de cuidados.

Além disso, verificou-se que a enfermeira especialista fomentava o espírito de equipa e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais pela equipa, através do desenvolvimento e divulgação de evidência científica, envolvendo todos os elementos. Por vezes, lançava desafios à equipa, com base nas áreas de interesse para que desenvolvessem estudos de caso ou participassem ativamente em formações e congressos.

Para que o enfermeiro especialista seja um líder e tenha influência na equipa necessita também de possuir autoconhecimento e ter consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro e a influência das suas características pessoais na relação com o outro (Regulamento nº 140/2019, 2019). Neste sentido, necessita de um desenvolvimento de aprendizagens contínuo como abordaremos no subcapítulo seguinte.

DESENVOLVIMENTO DAS APRENDIZAGENS PROFISSIONAIS

A inteligência emocional envolve a capacidade de reconhecer, avaliar e controlar tanto as próprias emoções quanto as dos outros (Silva, 2022). A inteligência emocional permite interações eficazes, especialmente em situações de stress. O autoconhecimento é um dos domínios da inteligência emocional (Silva, 2022). Desta forma, reconhecemos que a inteligência emocional é essencial para uma liderança e gestão eficaz na área da saúde, isto é, para a gestão de recursos, os relacionamentos interpessoais, a tomada de decisões baseadas em evidências e o atendimento às demandas do sistema de saúde moderno (Prezerakos, 2018).

Além disso, os enfermeiros lidam diariamente com pessoas com doenças físicas e mentais, de qualquer idade, o que exige que sejam emocionalmente inteligentes para responder às múltiplas funções (Prezerakos, 2018). Segundo o mesmo autor, o autoconhecimento e a autoconsciência são centrais para reconhecer as nossas limitações e fragilidades a fim de desenvolver inteligência emocional para lidar com as diversas situações com que nos deparamos constantemente.

Durante o estágio, lidar com o sofrimento constante e com a incerteza da cura, nomeadamente, em pessoas jovens coloca em causa a capacidade para lidar com estas situações e como gerir as emoções. Assim, sentiu-se a necessidade de desenvolver habilidades emocionais e sociais para manter relações interpessoais com os clientes e com os outros profissionais da equipa

multidisciplinar para garantir o bem-estar, a eficiência e a satisfação no trabalho (Prezerakos, 2018). As estratégias adotadas para lidar com estas situações é muitas vezes de afastamento emocional, mas que a longo prazo se repercute num desgaste emocional. Desta forma, procurou-se aceitar as emoções e utilizá-las para estabelecer uma relação de proximidade e empatia com o doente.

Ademais, neste serviço constatou-se que a proximidade e a relação entre a equipa de saúde e os doentes são particulares, uma vez que existe um acompanhamento próximo, muitas vezes semanal, que se prolonga no tempo devido à cronicidade e à elevada taxa de recidiva. Observou-se que essa interação favorece a criação de uma relação de confiança e empatia entre a equipa de saúde, os doentes e os seus familiares ou cuidadores. Pode-se afirmar que o cuidado prestado pelo enfermeiro ao doente onco-hematológico reflete a essência da profissão, baseada na interação entre quem cuida e quem é cuidado (Sousa et al., 2017).

Trabalhar em oncologia tem um grande impacto psicológico nos enfermeiros, devido à carga emocional do trabalho, incluindo dilemas éticos, sofrimento dos doentes e vivência da morte. A empatia com os doentes pode conduzir a um desgaste emocional dificultando a separação entre a vida pessoal e profissional, afetando a saúde mental dos profissionais. É essencial que os enfermeiros consigam gerir as suas emoções e que as instituições ofereçam apoio psicológico e estratégias para prevenir o burnout, garantindo o bem-estar dos profissionais e a qualidade dos cuidados (Machado, 2020).

Assim, adquirir competências nesta área é essencial para garantir a prestação de cuidados seguros, promovendo o bem-estar tanto dos profissionais de saúde quanto dos utentes.

O desenvolvimento destas e outras competências é um processo contínuo e dinâmico que exige um forte compromisso pessoal com a formação contínua e a procura por evidências científicas atualizadas. Programas de aprendizagem social e emocional podem ajudar os enfermeiros a desenvolver as habilidades necessárias para entender e gerir emoções, alcançar objetivos e tomar decisões responsáveis (Prezerakos, 2018)

Ademais, a enfermagem encontra-se em constante atualização e compete, ao enfermeiro especialista procurar a atualização dos conhecimentos e desenvolver habilidades continuamente na sua prática; ter um papel importante como agente facilitador dos processos de aprendizagem e atualização dos conhecimentos na equipa e deve ser um agente ativo no desenvolvimento de investigação (Regulamento nº 140/2019, 2019).

Neste alinhamento, e tendo em conta que foi realizado estágio numa área tão específica como a onco-hematologia, sentiu-se a necessidade de aprofundar conhecimentos nesta área através da participação em formação em serviço prestada pela equipa médica, sobre um tratamento inovador na Leucemia Mieloide Aguda. E, outras formações organizadas pela equipa de enfermagem da consulta externa que permitiram a compreensão da dinâmica do serviço de

Consulta Externa.

Ademais, realizaram-se pesquisas com recurso às bases de dados MEDLINE, CINAHL, Repositório Comum e PubMed e, ainda na literatura cinzenta com recurso ao google académico para suportar a elaboração deste relatório e dos projetos de melhoria contínua acima referidos. As formações em serviço ministradas foram também exemplo do papel do enfermeiro especialista como agente ativo na atualização dos conhecimentos da equipa, assim como, a elaboração de um documento com linhas orientadoras.

Os estudos de caso apresentados neste relatório foram também fruto do desenvolvimento de investigação e, foram apresentados e partilhados na comunidade científica sob a forma de poster num congresso científico, como forma de produzir e partilhar conhecimento em enfermagem (Anexos VIII e IX).

O desenvolvimento de aprendizagens profissionais promove uma prática baseada nas melhores evidências e cuidados especializados, seguros e de qualidade. Assim, é essencial o desenvolvimento de competências específicas para a prestação de cuidados à pessoa, família ou cuidador a vivenciar a doença crónica.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÓNICA

Os tratamentos médicos e cirúrgicos evoluíram com o avanço técnico e científico, visando atender às necessidades em saúde. Este progresso contribuiu para o aumento da longevidade e, por sua vez, uma maior incidência das doenças crónicas, devido ao envelhecimento populacional (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Desta forma, surgiu a necessidade da prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crónica que “incidem sobre prevenção da doença, a promoção de estilos de vida, a promoção de processos de adaptação e de adesão ao regime terapêutico, de modo a capacitar a pessoa, família e cuidador para a vivência da doença crónica e redefinição de um projeto de saúde e vida, de acordo com as implicações da doença na pessoa e qualidade de vida da mesma” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, pp. 19368).

Fazem parte das competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica: Cuidar da pessoa e família ou cuidadores a vivenciar a doença crónica e Maximizar o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família ou cuidadores a vivenciar a doença crónica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

CUIDAR DA PESSOA E FAMÍLIA OU CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA

A vulnerabilidade do doente crónico é reconhecida pelo impacto que estas doenças têm na qualidade de vida da pessoa e da família ou cuidadores. Dado o contexto de estágio e o tema

deste relatório, debruçou-se sobretudo sobre a pessoa com doença oncológica em regime de QT.

A doença oncológica é uma doença crónica com elevada prevalência em Portugal e que constitui um problema de saúde pública com um enorme impacto no subsistema económico do país, além da implicação emocional e socioeconómico nos doentes e famílias (Costa, 2024). Receber um diagnóstico de cancro pode gerar sentimentos de medo, ansiedade, angústia e até depressão. Ademais, a incerteza quanto ao prognóstico, os efeitos dos tratamentos e a possibilidade de recidiva afetam a qualidade de vida e o bem-estar emocional do doente, assim como, implicações na autoestima e na imagem corporal, por alterações físicas significativas e/ou perda de capacidade funcional.

Com os estudos de caso apresentados, compreende-se que a pessoa com doença oncológica sob QT está inserida num grupo de doentes crónicos muito específico, pela complexidade da doença e da sua gestão, nomeadamente, porque se repercute nas diferentes dimensões biopsicossociais do indivíduo e na sua qualidade de vida, bem como da sua família ou cuidadores. Assim, justifica-se um acompanhamento especializado pela equipa de enfermagem, na medida em que a monitorização constante dos sintomas e efeitos secundários, a promoção e capacitação da pessoa, família ou cuidador para gestão da doença, de complicações e do regime terapêutico são essenciais para a promoção da qualidade de vida. Neste alinhamento, identificou-se que a intervenção do Enfermeiro Especialista na Área De Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica se centra em dois domínios principais: a autogestão e o autocuidado.

Atendendo à individualidade de cada pessoa e ao contexto em que está inserida, considera-se que o paradigma da enfermagem deve evoluir de modelos centrados na gestão da doença, para modelos centrados nas respostas humanas às transições (Sousa et al., 2015). Neste alinhamento, torna-se fundamental suportar a prática em modelos conceptuais para a conceção dos cuidados. Neste âmbito, considerou-se que a Teoria das Transições de Afaf Meleis e a Teoria do Autocuidado de Orem são os referenciais teóricos que melhor se enquadram para orientar a prática enquanto especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica, junto do doente oncológico em regime de QT.

A Teoria das Transições proporciona aos enfermeiros uma compreensão aprofundada das transições vivenciadas pelos doentes oncológicos, nomeadamente a transição do tipo saúde-doença, desde o diagnóstico até ao pós-tratamento. Esta abordagem orienta a prática profissional, permitindo o reconhecimento dos dados essenciais a recolher, a identificação de necessidades e intervenção adequada, avaliando o processo e o resultado, com vista a promoção da adaptação e empowerment da pessoa com doença oncológica submetida a QT (Meleis, 2020). O empowerment da pessoa, família ou cuidadores promove não só a mestria, como diminui os receios sobre a doença e o tratamento (Fee-Schroeder et al., 2013). Além disso, a presença de uma doença crónica, sobretudo o cancro é um evento que requer uma

adaptação para lidar com as emoções e a mudança de comportamentos para a gestão da doença e de sinais e sintomas e, ainda, a necessidade de redefinir crenças, significados e projetos de vida (Meleis, 2020).

Por outro lado, a capacidade para gerir o autocuidado e o regime terapêutico são essenciais para a gestão da doença oncológica sobretudo na pessoa sob QT, como se percebeu com os estudos de caso. O avanço da ciência, tem conduzido a tratamentos oncológicos mais complexos e personalizados, sendo cada vez mais realizados em regime de ambatório, especialmente nos hospitais de dia, mas também com terapêutica oral realizada no domicílio (Costa, 2024; Parreira, 2014). Esta mudança oferece uma alternativa mais conveniente e flexível, com a redução dos internamentos e das deslocações ao hospital. No entanto, transfere para a pessoa e para a sua família a responsabilidade pelo autocuidado e gestão terapêutica, levantando novos desafios para os enfermeiros. Atendendo a que a eficiência dos tratamentos e o seu impacto na progressão da doença dependem em grande medida de uma correta gestão do regime terapêutico, da adesão aos tratamentos, da maior literacia e capacitação do doente para o seu autocuidado (Sánchez et al., 2019).

Neste alinhamento, compete ao enfermeiro capacitar o doente para a gestão da doença e complicações, bem como do regime terapêutico e ainda avaliar e garantir a adesão a este regime e a promoção do autocuidado. A Teoria do Autocuidado, permite-nos compreender a importância dos comportamentos da pessoa na manutenção do bem-estar e do papel do enfermeiro no sistema assistencial. Neste caso, a intervenção do enfermeiro insere-se no sistema de apoio-educação visando a capacitação do doente e da família ou cuidador (Orem, 2001). Contudo, com a progressão da doença e perante os efeitos da QT pode haver necessidade de uma assistência total ou parcial executada pelo enfermeiro, como acontece no contexto de internamento.

Tendo por base os modelos conceptuais que acabámos de apresentar e a necessidade de demonstrar a aquisição de competências específicas, definimos como o objetivo geral deste estágio desenvolver competências na área da pessoa com doença oncológica em regime de QT e três objetivos específicos no âmbito do domínio cuidar da pessoa e família ou cuidadores a vivenciar a doença crónica.

O primeiro objetivo prende-se com desenvolver competências na comunicação terapêutica com a pessoa com doença oncológica e família ou cuidadores. Constatou-se, anteriormente, que as competências comunicacionais são fundamentais na relação com a equipa e na transição segura dos cuidados. No entanto, a comunicação eficaz é, também, basilar para estabelecer uma relação terapêutica e tem uma relação estrita com a adesão dos utentes às recomendações dos profissionais, culminando em ganhos em saúde (prevenção de doença, mudança de comportamentos, adesão ao regime terapêutico e gestão das doenças crónicas) (Sequeira et al., 2016). A relação terapêutica surge na interação entre um profissional de saúde e o utente e

caracteriza-se por uma relação de confiança e empatia, essencial para que o profissional compreenda e consiga identificar as necessidades e intervir de forma adequada junto do utente. Desta forma, é essencial utilizar um conjunto de estratégias e técnicas comunicacionais (Sequeira & Coelho, 2016).

Neste sentido, identificou-se primeiramente a necessidade de desenvolver mais conhecimento, através da revisão de literatura, para identificar e compreender as estratégias e técnicas comunicacionais e de seguida foram aplicadas no contexto de estágio, uma vez que o desenvolvimento de competências requer o treino de habilidades.

A comunicação centrada na pessoa nos cuidados oncológicos é importante considerando tanto o impacto físico e psicológico do tratamento, bem como, o significado atribuído ao diagnóstico (Moser et al., 2022). Assim, na operacionalização, teve-se em conta o espaço físico e procurou-se garantir um ambiente calmo, seguro e livre de interrupções. Observou-se que a equipa, por vezes, interrompia as consultas por não estarem despertos para o impacto desse comportamento na intervenção de enfermagem e, também, atendendo aos recursos físicos e materiais do serviço. O papel do enfermeiro especialista prende-se com a sensibilização da equipa para a mudança de comportamento, tal como se observou no contexto.

Durante as fases de diagnóstico e tratamento, a comunicação deve priorizar a transmissão de informações claras sobre a doença, os efeitos do tratamento e a redução de incertezas, visando melhorar os resultados psicossociais e minimizar sintomas como ansiedade, stress e depressão (Moser et al., 2022). Desta forma, procurou-se fornecer informação de forma simples, concisa e com recurso a materiais de apoio, tais como folhetos, para complementar a informação e para consulta à posteriori, assim como, foram fornecidos os contactos do serviço proporcionando ao utente uma via de comunicação e suporte com a equipa de saúde (DGS, 2019). A comunicação eficaz implica também a adequação da linguagem à pessoa e ao seu contexto, pelo que teve-se em conta as habilitações literárias, a idade e a literacia em saúde da mesma. Assim, foi essencial a avaliação e identificação de necessidades para a conceção e implementação do plano de cuidados.

Além disso, foram utilizadas técnicas de comunicação para avaliar e validar a efetividade das intervenções, como por exemplo, o *Teach Back* e, ainda, o método *Ask Me three*, para encorajar a pessoa a fazer questões (DGS, 2019).

A literacia em saúde é a base para o sucesso na gestão da doença crónica, uma vez que é requerido ao doente conhecimento e habilidades para prevenir complicações e atuar precocemente, assim como, reconhecer as situações que requerem a ajuda dos profissionais de saúde. Assim, o papel do enfermeiro especialista visa a promoção da literacia em saúde, através de uma parceria de cuidados com a pessoa, família ou cuidador a vivenciar com a doença crónica.

Neste alinhamento, definiu-se outros dois objetivos: desenvolver competências de intervenção na capacitação de pessoa com doença oncológica submetida a quimioterapia e família ou cuidadores para gerir sinais e sintomas e desenvolver competências de intervenção na capacitação da pessoa com doença oncológica submetida a quimioterapia e família ou cuidadores para a prevenção de complicações.

Como demonstrado nos estudos de caso, o doente onco-hematológico em tratamento com QT enfrenta sintomas difíceis de gerir e, frequentemente, complicações graves. Estas podem levar à necessidade de internamento, atrasar o tratamento da doença e afetar negativamente os resultados em saúde e a qualidade de vida, podendo, em alguns casos, representar um risco para a vida. Assim, é essencial que a pessoa com doença oncológica e a família ou cuidadores estejam cientes dos efeitos secundários da QT, como geri-los e quando devem recorrer a um profissional de saúde (Olver et al., 2018). O papel do enfermeiro especialista passa pela capacitação do doente e da família ou cuidador para a gestão da doença e prevenção de complicações.

Primeiramente, é necessário que o enfermeiro possua conhecimento técnico-científico sobre a doença, os tratamentos e possíveis complicações (Gondim et al., 2010). Desta forma, começou-se por aprofundar os conhecimentos sobre a fisiopatologia das diferentes doenças onco-hematológicas, sobre os tratamentos para reconhecer os principais sinais e sintomas, complicações e estratégias de prevenção e controlo destes.

De seguida, aplicaram-se estes conhecimentos na prática, com uma abordagem humanizada, centrada na pessoa, considerando a sua individualidade e o contexto em que está inserido. Desta forma, realizou-se uma anamnese para identificar as principais necessidades do indivíduo em termos de competências (conhecimentos e habilidades) para a gestão da sua doença, bem como das condições socioeconómicas e a capacidade para a manutenção da saúde e do bem-estar. Os referenciais teóricos de enfermagem são uma ferramenta útil para a conceção dos cuidados, nomeadamente, a teoria das transições. Esta teoria aponta as propriedades inerentes ao processo de transição: o período de tempo, o processo da mudança, a desconexão, a consciencialização e os eventos críticos. Todas elas convergem para que o processo de transição seja mais ou menos complexo, sendo por isso fulcral a ter em conta na avaliação e intervenção do doente. A consciencialização relaciona-se com a perceção, o conhecimento e o reconhecimento da mudança e das suas implicações, sendo essencial a ter em conta uma vez que se relaciona com o envolvimento e a adesão da pessoa aos novos comportamentos (Meleis, 2020).

O enfermeiro especialista destaca-se pela capacidade de mobilizar saberes de diferentes áreas da ciência, combinando os modelos biomédico e biopsicossocial com os referenciais teóricos da enfermagem, como refletiremos de seguida.

No contexto clínico observou-se que existe uma dissonância entre as teorias em uso e as teorias

expostas, uma vez que a prática dos enfermeiros ainda é, maioritariamente, centrada no modelo biomédico, com enfoque na vertente curativa e no cumprimento de intervenções interdependentes, como a administração de terapêutica. Sendo este um contexto de consulta, a intervenção autónoma de enfermagem é de grande visibilidade, nomeadamente, na promoção da literacia em saúde e capacitação da pessoa e família ou cuidador para a gestão da doença e de complicações. Contudo, constatou-se que existe uma intervenção educativa padronizada, quase como uma checklist a cumprir e não uma intervenção individualizada. Porém, observou-se que as enfermeiras especialistas em médico-cirúrgica demonstravam competências diferenciadoras na identificação de necessidades individuais, nomeadamente, na avaliação e intervenção tendo em conta as propriedades da transição, e as condições pessoais e externas, atuando como um agente facilitador da transição segura e eficaz.

A consciencialização é uma propriedade inerente e essencial no processo de transição e verificou-se que apenas as enfermeiras especialistas estavam despertas para a sua importância avaliando, com simples questões, como por exemplo “sente-se doente?”, ao que os doentes respondiam, habitualmente, que não. A ausência de consciencialização, nomeadamente, na primeira consulta, justifica-se pelo facto de os doentes virem referenciados, normalmente, por alterações analíticas, assintomáticas. Assim, não reconhecem que estão doentes, não se encontrando situados, nem despertos para as mudanças que advêm da nova condição. Considerou-se que a ausência de sintomatologia, associada a estas doenças, dificultam o processo de consciencialização e de aceitação da doença. Além disso, verificou-se que os primeiros sintomas surgiam decorrentes da QT, é só nesse momento é que havia um reconhecimento da doença e que se iniciava o processo de transição: “Agora que iniciei os tratamentos é que estou doente.” A associação do tratamento a sentir-se doente, embora com uma conotação/significado negativo, não era dificultador para a adesão ao mesmo, por reconhecerem no tratamento uma oportunidade de cura.

Houve uma situação, de uma doente que outrora fora cuidadora de um familiar com doença oncológica e procurou-se compreender as crenças e significados atribuídos à doença e aos tratamentos. Neste caso, apesar de o familiar ter falecido da doença, constatou-se que a doente atribuía um significado positivo, pela experiência que teve anteriormente, sublinhando a confiança e a qualidade de assistência que lhe foi oferecida pela equipa de saúde. Assim, mostrou-se positiva face à situação atual exprimindo confiança na equipa e nos tratamentos que lhe foram propostos.

As crenças e significados, segundo Meleis (2020), são, então, fundamentais para o sucesso da gestão da doença e a sua integração no cotidiano. No contexto clínico, observou-se que as complicações inerentes à doença onco-hematológica e ao regime de QT, frequentemente, implicavam a necessidade de atuação dos profissionais de saúde junto do doente e, por vezes, com necessidade de internamento. Estes eventos críticos são experiências negativas e podem ser facilitadoras ou dificultadores do processo de transição. Foi observada uma dicotomia, por

um lado havia utentes que, apesar de possuírem os conhecimentos e reconhecerem uma situação de urgência, recorriam em última instância, pela associação desta consulta à necessidade de internamento. Por sua vez, as experiências negativas associadas a este comportamento anteriormente, funcionava como uma aprendizagem resultando na procura imediata de assistência junto da equipa de saúde, quando reconheciam novamente uma situação de alarme.

Perante a identificação destes fatores e atendendo a condições internas e externas ao indivíduo, cabe ao enfermeiro intervir de forma adequada, com recurso a estratégias comunicacionais, como já abordamos. Atender à individualidade de cada utente implica que para obter o mesmo resultado se proporcione estratégias adaptativas, respeitando as crenças e valores de cada um.

Existe uma relação estreita entre as dimensões física, psicológica e emocional, em que o desconforto e as alterações da imagem corporal afetam a saúde mental, enquanto as emoções intensificam os sintomas físicos, como a dor (Di Mattei et al., 2024). Segundo os mesmos autores, a gestão de sinais e sintomas implica, por isso, uma intervenção holística, incluindo a componente educativa, mas também, a intervenção psicossocial, nomeadamente o suporte emocional. Assim, o enfermeiro prima pela posição de destaque na avaliação e identificação precoce das necessidades em todas as dimensões do indivíduo e é responsável por desenvolver um plano de cuidados que responda eficazmente, centrada no doente, e em parceria multidisciplinar (Sánchez et al., 2019).

Durante o estágio, verificou-se que muitos doentes, família ou cuidadores procuram suporte emocional e validação junto dos profissionais de saúde recorrendo com frequência à equipa de enfermagem, quer por via telefónica, quer presencialmente. O diagnóstico de cancro e os efeitos adversos da QT têm um enorme impacte psicológico. Isto implica que os enfermeiros identifiquem de que forma o doente lida com isso, juntamente com a incerteza dos tratamentos que podem resultar em sofrimento e angústia quer para o doente, quer para a família (Roe & Lennan, 2014).

A família desempenha um papel fundamental na ligação entre o doente e a equipa de enfermagem, proporcionando apoio emocional e contribuindo para o seu bem-estar (Sousa et al., 2017). Segundo os mesmos autores, é essencial que os enfermeiros incluam a família ou cuidador no plano de cuidados, estabelecendo uma parceria de cuidados para a colaboração na prestação da assistência necessária, especialmente no domicílio.

Os cuidados de enfermagem não se circunscrevem apenas à pessoa com doença crónica, mas também à sua família. O enfermeiro especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica tem um enfoque na transição de saúde-doença do doente, mas também deve considerar a transição situacional do prestador de cuidados ou familiar cuidador, capacitando-o para assumir esse papel no contexto domiciliário (Ribeiro et al., 2014). Para isso, o enfermeiro deve, primeiramente, diagnosticar as necessidades do doente e identificar o indivíduo que

assumirá o papel de cuidador. É crucial analisar se o cuidador tem a capacidade necessária para prestar os cuidados e garantir o bem-estar físico e psicológico quer do doente quer do cuidador, para o desempenho desse papel.

Neste alinhamento, consideramos importante refletir sobre a pertinência da teleconsulta. A evolução tecnológica tem facilitado o acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente, a intervenção telefónica. Este é recurso importante na prática de enfermagem, facilitando a comunicação entre os utentes e os profissionais de saúde, permitindo o controlo de efeitos colaterais e o apoio à adesão e gestão terapêutica (Oliveira et al., 2019). Reconhece-se, portanto, que esta prática é vantajosa para o doente e ajuda também no controlo da ansiedade face aos sintomas, pois confere ao doente suporte emocional e social. Esta prática não está implementada formalmente no contexto clínico. No entanto, existe na literatura programas que preconizam a teleconsulta de enfermagem, por exemplo, no período de nadir, onde é expectável sinais e sintomas conferindo uma atuação precoce minimizando as deslocações desnecessárias dos doentes ao hospital ou a identificação precoce de situações de urgência conferindo segurança e qualidade aos cuidados prestados. Não foi possível a sua implementação dada o período de estágio ser curto, mas identificou-se a sua pertinência e considera-se ser uma intervenção que conduz à melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, bem como, da satisfação do utente.

Segundo Oliveira et al. (2019), a teleconsulta é especialmente útil para doentes isolados ou afastados dos serviços de saúde, e essencial na oncologia, especialmente no cuidado a doentes neutropénicos. Como já foi abordado, a incidência de neutropenia nos doentes oncológicos em regime de QT é elevada e aumenta a sua suscetibilidade a infeções. As infeções e a resistência aos antimicrobianos são problemas de saúde pública emergentes, e cabe ao enfermeiro especialista implementar estratégias preventivas.

Dentro deste contexto, justifica-se o atendimento não programado dos doentes onco-hematológicos no serviço de consulta, em vez de serem observados no serviço de atendimento não programado. O objetivo é reduzir o contacto desses doentes com outros, prevenindo infeções. Além disso, outras medidas preventivas, incluídas no plano de cuidados e orientações para capacitação do doente, incluem a minimização dos contactos com multidões e com pessoas potencialmente infetadas, bem como o uso de medidas de proteção, como a máscara cirúrgica e a higienização das mãos.

No contexto clínico, também, foi possível observar que existe rigor na prestação de cuidados que visa a prevenção das infeções e da resistência aos antimicrobianos através da implementação de normas, nomeadamente, a manipulação de dispositivos médicos como o CVC. Estas normas são elaboradas pelo Grupo Coordenador Local O Programa De Prevenção E Controlo De Infeções E Resistência Aos Antimicrobianos, tendo por base as recomendações nacionais e internacionais. Este grupo é, também, responsável pela realização de auditorias.

Contudo, o enfermeiro especialista tem especial destaque pela supervisão e promoção do cumprimento destas medidas pela equipa.

Além das medidas na prestação direta dos cuidados existem outras que visam reduzir esta problemática, como por exemplo, a higienização das superfícies do serviço. Observou-se que a enfermeira especialista elaborou um documento com linhas orientadoras onde se encontram descritos os espaços, materiais e equipamentos do serviço, os procedimentos e produtos de higienização, a periodicidade das ações e os responsáveis pela sua execução, servindo de guia orientador. Ademais, supervisionou e garantiu que estas orientações eram cumpridas pela equipa.

Em suma, o enfermeiro especialista no cuidar da pessoa, família ou cuidador a vivenciar com a doença crónica identifica as necessidades destes e promove intervenções especializadas facilitando o processo de transição. Ademais, monitoriza a eficácia das intervenções e, quando necessário ajusta-as, tendo por base os indicadores de processo descritos na teoria das transições e com vista a atingir os indicadores de resultado - a mestria e a integração da identidade fluída. Pretende-se, por fim, que a pessoa, família ou cuidador sejam capazes de gerir a doença crónica e integrá-la no cotidiano, mantendo a qualidade de vida e o bem-estar físico, psicológico e emocional.

Assim, torna-se essencial, a documentação dos cuidados para garantir a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados, além de produzir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, como já abordamos. Desta forma, promove-se uma prática baseada na evidência, mas também se produz evidência baseada na prática, como é o exemplo dos estudos de caso apresentados.

Ademais, o enfermeiro especialista destaca-se pelo papel que desempenha na equipa, devendo liderar e garantir a prestação de cuidados seguros e de qualidade ao doente crónico por todos os elementos. E, ainda, gerir os riscos e assegurar um ambiente adequado aos cuidados especializados, ajustando a sua atuação para garantir tanto a sua segurança quanto a da pessoa alvo da sua intervenção (Regulamento nº429/2018, 2018).

MAXIMIZA O AMBIENTE TERAPÊUTICO EM ARTICULAÇÃO COM A PESSOA E FAMÍLIA OU CUIDADORES A VIVENCIAR A DOENÇA CRÓNICA

Com vista ao desenvolvimento desta competência foram definidos os seguintes objetivos no início do estágio: desenvolver competências de diagnóstico sobre os fatores que dificultam a adesão ao regime terapêutico pela pessoa com doença oncológica submetida a quimioterapia; desenvolver competências de intervenção na promoção de estratégias de coping na pessoa portadora de doença oncológica, família ou cuidador.

A não adesão ao regime terapêutico é um problema multifatorial, influenciado por fatores sociais, económicos, culturais, individuais, relacionados com a doença, o tratamento e os

profissionais de saúde (Andrade, 2023). Destacam-se, entre os preditores, os fatores individuais e ambientais. A identificação dos fatores dificultadores da adesão são a premissa para a intervenção individualizada e promotora deste comportamento. Relativamente ao regime medicamentoso, a não adesão passa fundamentalmente pelos efeitos adversos inerentes, especialmente quando nos referirmos à QT oral, que é totalmente da responsabilidade da pessoa, família ou cuidador, no contexto domiciliário (Andrade, 2023).

O efeito de Hawthorne, isto é, o facto de o doente saber que está a ser avaliado ou observado, conduz a uma maior adesão (Parreira, 2014). Assim, consideramos que o devido acompanhamento de um profissional de saúde pode ajudar a combater a baixa adesão ao regime medicamentoso e conferir suporte na gestão dos efeitos adversos dos tratamentos (Andrade, 2023). A teleconsulta é uma ferramenta eficaz, conveniente e acessível que possibilita um acompanhamento mais regular dos doentes (Oliveira et al., 2019). Outros fatores podem passar por questões socioeconómicas e que devem ser detetadas e sinalizadas para que seja resolvido.

Quanto ao regime de exercício físico as crenças e os significados face à doença e aos tratamentos são fatores que concorrem para a não adesão, assim como, os fatores económicos e os sintomas, nomeadamente a fadiga. Reconhecendo estes fatores o enfermeiro desenvolve um plano de exercício adaptado à condição da pessoa e intervém na promoção de conhecimento e consciencialização, desmistificando as crenças facilitando a adesão ao regime.

Quanto ao regime dietético, reconhecer o padrão alimentar e os hábitos do doente e consciencializar para a mudança implica dotá-lo de conhecimentos e fornecer estratégias para a implementação de um novo regime.

O Enfermeiro especialista desempenha um papel essencial na identificação dos fatores que estão na origem da não adesão e desenvolver estratégias que fomente a mesma. A sua identificação é primordial para a intervenção, que será fundamentalmente num sistema de apoio-educação, promovendo conhecimentos e habilidades nos clientes e garantindo suporte socioeconómico (Orem, 2001). O cumprimento deste objetivo está demonstrado nos estudos de caso apresentados anteriormente.

Outro objetivo definido foi o desenvolvimento de competências de intervenção na promoção de estratégias de coping na pessoa portadora de doença oncológica, família ou cuidador. Os estudos de caso são representativos do que foi desenvolvido durante o estágio.

Após o diagnóstico de cancro, o stress é geralmente observado na resposta da pessoa, incluindo ansiedade e depressão (Edgar, 2022). Segundo a mesma autora, o stress e o coping dependem da perceção de ter ou não recursos para lidar com os stressores, estando relacionados com o autocontrolo, a autoeficácia e a resiliência. Esta autora refere, ainda, que a autoeficácia se refere à perceção de uma pessoa sobre a sua capacidade de lidar com situações futuras e é um

bom preditor da adesão a comportamentos de autogestão.

As intervenções psicossociais são as mais apontadas na literatura para a promoção de estratégias de coping que inclui estratégias como fornecer informações, apoio emocional e abordagens personalizadas (Edgar, 2022). Ademais, existe uma relação estreita entre as dimensões física, psicológica e emocional, pelo que é fundamental uma abordagem multidisciplinar e a combinação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas, como por exemplo, as terapias complementares que ajudam na gestão de sinais e sintomas e promovem o relaxamento (Di Mattei et al., 2024; Mestdagh et al., 2023).

Desta forma, e considerando a relevância da autogestão na pessoa com doença oncológica em regime de QT, é crucial elaborar um plano de cuidados que incorpore esta dimensão do ser humano. O coping e o processo de lidar com as experiências inerentes ao processo de transição são fundamentais para integrar a condição na vida da pessoa, com o menor impacte possível e repercussões, garantindo a qualidade de vida e o bem-estar.

O enfermeiro especialista tem ainda a responsabilidade de garantir um ambiente terapêutico seguro com vista à prevenção da ocorrência de eventos adversos, nomeadamente, a identificação precoce de fatores desencadeantes para o erro e implementando medidas preventivas (Regulamento nº 429/2018, 2018). Neste âmbito, foram desenvolvidos dois projetos de melhoria contínua, previamente referidos, com o intuito de desenvolver competências e ser um agente de mudança na equipa e no serviço, visando a prestação da melhor qualidade de cuidados àqueles que são o alvo dos nossos cuidados.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A evolução da ciência tem aumentado a esperança de vida, mas também a incidência de doenças crónicas, com grande impacto na saúde, sociedade e economia. Com o aumento da longevidade, as pessoas estão mais expostas a fatores de risco, tornando as doenças crónicas uma realidade crescente, que afeta a qualidade de vida e exige uma resposta eficaz dos sistemas de saúde. Nesse contexto, a prevenção dessas doenças, por meio de estilos de vida saudáveis e literacia em saúde, torna-se crucial.

Ademais, a gestão das doenças crónicas, como a doença oncológica, implica que os profissionais de saúde ofereçam cuidados personalizados, focados nas necessidades particulares destas pessoas, ajudando-as a adaptarem-se às mudanças decorrentes do diagnóstico e dos tratamentos, com vista a uma autogestão eficiente do regime terapêutico. Isso demanda uma reforma nas políticas de saúde, com um modelo de cuidados centrado na pessoa, que envolva a equipe multidisciplinar e assegure a continuidade e qualidade da assistência, promovendo a sustentabilidade do sistema de saúde e a economia.

Este relatório teve como objetivo demonstrar a aquisição de competências no cuidado de doentes oncológicos em tratamento de quimioterapia, abordando-os de forma integradora e especializada, considerando-os em situação crónica. Desta forma importa reter que a pessoa em situação crónica e, particularmente, aquela de foro onco-hematológico, apresenta em algum momento défice de autocuidado em que o enfermeiro tem um papel relevante, por via dos sistemas de enfermagem, em complementar, suplementar ou educar e ensinar a pessoa e família ou cuidadores para a gestão da doença crónica e de sinais e sintomas.

Além disso, a pessoa com doença oncológica vivencia uma transição do tipo saúde-doença e essa transição dá-se por concluída quando a pessoa demonstra indicadores de resultado como mestria e integração fluída da nova identidade. Ocorre, porém, que face a situações de agudização ou até de recorrência da doença ou devido até a meras complicações, que exijam o desenvolvimento de novo conhecimento, habilidades e atitudes, estas pessoas voltam a viver períodos de grande vulnerabilidade, dependendo fortemente da equipa de enfermagem.

O enfermeiro especialista parece, atendendo ao estágio desenvolvido e aos casos analisados, centrar o seu processo de conceção de cuidados de enfermagem essencialmente nos focos de atenção autogestão e autocuidado. Por seu lado, as intervenções de enfermagem mais comuns são a capacitação dos doentes e suas famílias ou cuidadores para a gestão da doença e de sinais e sintoma, assim como, a promoção de consciencialização e da redefinição de crenças, significados e projetos de vida.

Ademais, o enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crónica desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados especializados, assumindo uma posição central na avaliação intencional das necessidades desta população e na liderança de modelos que garantem a continuidade e a segurança dos cuidados. O desenvolvimento das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista revela-se essencial, destacando-se a tomada de decisão clínica baseada em evidência, a comunicação eficaz com a pessoa, família e equipa multidisciplinar, a gestão e melhoria contínua dos cuidados, a liderança nos processos de diagnóstico e intervenção.

Além disso, o enfermeiro especialista atua como agente de mudança, influenciando práticas e contribuindo para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem. Estas competências proporcionam maior autonomia, melhoria dos resultados em saúde e reforço do papel técnico e formativo do enfermeiro enquanto parte integrante de uma equipa multidisciplinar. Em relação ao enfermeiro generalista, o enfermeiro especialista distingue-se pela profundidade do conhecimento, pela capacidade de liderança e pela sua intervenção especializada, recorrendo-se da melhor evidência científica, sendo um elemento-chave na qualificação e transformação dos cuidados de enfermagem.

Durante o estágio foram ainda desenvolvidas competências de mestre em enfermagem, nomeadamente, o desenvolvimento de habilidades em pesquisa, avaliação e diagnóstico de saúde, bem como a produção e divulgação de conhecimento científico.

Em suma, o estágio reforçou a formação prática, ética e colaborativa no cuidado à pessoa, especialmente, em situação crónica, e proporcionou uma experiência de aprendizagem, refletindo sobre as competências adquiridas, com contribuições de colegas de diferentes graus académicos, o que resultou no meu crescimento pessoal e profissional. O desenvolvimento de competências específicas no cuidado à pessoa em situação crónica certamente contribuirá para um exercício profissional de excelência e para uma prestação de cuidados avançada, mais eficiente e adequada às necessidades daqueles que são o alvo dos nossos cuidados.

Não posso deixar de terminar este relatório sem um agradecimento sentido aos vários intervenientes que me apoiaram, ajudando a ultrapassar as dificuldades e desafios que naturalmente foram emergindo no decorrer deste processo de aprendizagem. Não sendo possível nomear todos, faço uma menção especial aos colegas do serviço onde decorreu o estágio, à enfermeira tutora e aos meus orientadores, Professor Doutor Igor Soares Pinto e Professora Mestre Carla Rodrigues Silva.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu-Jeyyab, M., Al-Jafari, M., El Din Moawad, M. H., Alrosan, S., & Al Mse'adeen, M. (2024). The role of clinical audits in advancing quality and safety in healthcare services: A multiproject analysis from a jordanian hospital. *Cureus*, 16(2). <https://doi.org/10.7759/cureus.54764>
- Agostinho, I. A. L. (2022). *Intervenção nutricional em neutropenia na doença oncológica pediátrica* [Tese de Licenciatura]. Faculdade De Ciências Da Nutrição E Alimentação Da Universidade Do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/143611>
- American Cancer Society. (2024). *Preventing infections in people with cancer*. <https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/side-effects/infections/preventing-infections-in-people-with-cancer.html>
- Andrade, M. I. C. (2012). Consulta de enfermagem ao utente oncológico submetido a quimioterapia. *Onco.News*, 21, 27-31. <https://www.aeop.pt/ficheiros/47ed8e3a4d1c5b2e0f873084de9ebf9c.pdf>
- Andrade, V., Sawada, N. O., & Barichello, E. (2013). Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47, 355-361. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200012>
- Andrade, M. I. C. (2023). *Implementação da teleconsulta de enfermagem ao doente oncológico submetido a terapêuticas antineoplásicas orais* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/48008>
- Araújo, S. M. (2019). *Sistemas de apoio à decisão clínica nos cuidados às úlceras por pressão: Uma revisão sistemática* [Dissertação De Mestrado]. Faculdade De Medicina Da Universidade Do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/124836>
- Associação Portuguesa Contra A Leucemia. (s.d.). *Mieloma Múltiplo*. <https://www.apcl.pt/pt/doencas-do-sangue/mieloma-multiplo>
- Associação Portuguesa de Leucemias e Linfomas. (s.d.). *Linfoma Não Hodgkin*. <https://www.apll.org/linfoma-nao-hodgkin/>
- Azevedo, O. A., Guedes, É. S., Araújo, S. A. N., Maia, M. M., & Cruz, D. A. L. M. (2019). Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471>
- Bender, C., Dove, L., & Schmid, A. B. (2023). Does your bedside neurological examination for

suspected peripheral neuropathies measure up? *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 53(3), 107-112. <https://doi.org/10.2519/jospt.2022.11281>

Bento, M. J., Silva, P. L., Calisto, R., Gonçalves, A. F., Sousa, A., Rodrigues, C., Teixeira, C., Escorcio, C., Teixeira, C., Nunes, H., Barbosa, J., Cajão, M., Silva, R., Garcia, R., Domingues, T., Garcia, T., Monjardino, T. & Afonso, V. (2023). *Registo oncológico nacional de todos os tumores na população residente em Portugal, em 2020*. Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE. <https://ron.min-saude.pt/media/2223/ron-2020.pdf>

Böll, B., Schalk, E., Buchheidt, D., Hasenkamp, J., Kiehl, M., Kiderlen, T. R., Kochanek, M., Koldehoff, M., Kostrewa, P., Claßen, A. Y., Mellinshoff, S. C., Metzner, B., Penack, O., Ruhnke, M., Vehreschild, M. J. G. T., Weissinger, F., Wolf, H.-H., Karthaus, M., & Hentrich, M. (2021). Central venous catheter-related infections in hematology and oncology: 2020 Updated guidelines on diagnosis, management, and prevention by the Infectious Diseases Working Party (AGIHO) of the German Society of Hematology and Medical Oncology (DGHO). *Annals of Hematology*, 100(1), 239-259. <https://doi.org/10.1007/s00277-020-04286-x>

Brigle, K., & Rogers, B. (2017). Pathobiology and diagnosis of multiple myeloma. *Seminars in Oncology Nursing*, 33(3), 225-236. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2017.05.012>

Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. (2020). *Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)* (7ª ed.). Elsevier.

Cancer Research UK. (2023). *Exercise guidelines for people with cancer*. <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/coping/physically/exercise-guidelines>

Calegari, I. B., Paiva De Carvalho Cordeiro, A. L., Guerra Stacciarini, T. S., & Ferreira, L. A. (2018). Diagnósticos de enfermagem em pacientes oncohematológicos submetidos a tratamento quimioterápico. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(3), 102-115. <https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.3116>

Castañeda-Ruiz, P., Rada, F. V., Serra-Jaramillo, R., Paz-Cornejo, E., & Salas-Sánchez, F. (2017). Diffuse large B-cell lymphoma: A single disease?. *Revista Peruana De Medicina Experimental Y Salud Publica*, 34(3), 551-559. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2017.343.2803>

Cenik, F., Keilani, M., Hasenöhrl, T., Huber, D., Stuhlpfarrer, B., Patariaia, A., & Crevenna, R. (2020). Relevant parameters for recommendations of physical activity in patients suffering from multiple myeloma. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 132(5), 124-131. <https://doi.org/10.1007/s00508-019-01582-z>

Center For Disease Control And Prevention. (2022). *Chronic Disease*. <https://www.cdc.gov/chronic-disease/about/index.html>

Chauhan, B. F., Jeyaraman, M., Mann, A. S., Lys, J., Skidmore, B., Sibley, K. M., Abou-Setta, A., & Zarychanski, R. (2017). Behavior change interventions and policies influencing primary

healthcare professionals' practice - An overview of reviews. *Implementation Science*, 12(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s13012-016-0538-8>

Chenbing, X., Huiling, X., Qianqian, X., Dan, W., Guilan, X., Ling, Y., Lingling, X., & Weiwei, Q. (2024). Efeitos das compressões de acuponto, de gengibre e Neiguan sobre náuseas e vômitos induzidos por quimioterapia: Um estudo randomizado e controlado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 57. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0104en>

Ciesla, B. (2010). *Hematologia Na Prática Clínica*. Lusodidacta.

Christoff, P. (2018). Running PDSA cycles. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 48(8), 198-201. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2018.08.006>

Clark, J. C. (2001). Mieloma Múltiplo. In S. E. Otto (Coord.), *Enfermagem em Oncologia* (pp. 385-404). Lusodidacta.

Cormican, O., & Dowling, M. (2016). Managing relapsed myeloma: The views of patients, nurses and doctors. *European Journal of Oncology Nursing*, 23, 51-58. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2016.04.003>

Cormican, O., & Dowling, M. (2018). Living with relapsed myeloma: Symptoms and self-care strategies. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1713-1721. <https://doi.org/10.1111/jocn.14232>

Costa, C., Magalhães, H., Félix, R., Costa, A. & Cordeiro, S. (2005). *O cancro e a qualidade de vida: A quimioterapia e outros fármacos no combate ao cancro*. Novartis.

Costa, B. P., Gomes, I. G. A., Lessa, L. H., Farias, D. H., Calles, A. C. N., & Farias, A. R. (2019). Correlação entre a funcionalidade e a força muscular periférica em pacientes renais crônicos submetidos à hemodiálise. *Conscientiae Saúde*, 18(1), 18-25. <https://doi.org/10.5585/conssaude.v18n1.8640>

Costa, R. M. P. (2024). *O doente oncológico em programa de quimioterapia: projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação crónica* [Relatório de Estágio]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/52036>

Darmon, M., Malak, S., Guichard, I., & Schlemmer, B. (2008). Síndrome de lise tumoral: Uma revisão abrangente da literatura. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20, 278-285. <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000300011>

Di Mattei, V. E., Perego, G., Milano, F., & Gatti, F. (2024). The effectiveness of nonpharmacological interventions in the management of chemotherapy physical side effects: A systematic review. *Healthcare*, 12(18), Artigo 18. <https://doi.org/10.3390/healthcare12181880>

Dimopoulos, M. A., Moreau, P., Terpos, E., Mateos, M. V., Zweegman, S., Cook, G., Delforge, M., Hájek, R., Schjesvold, F., Cavo, M., Goldschmidt, H., Facon, T., Einsele, H., Boccadoro, M., San-

Miguel, J., Sonneveld, P., & Mey, U. (2021). Multiple myeloma: EHA-ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 32(3), 309–322. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.11.014>

Direção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor (Circular Normativa nº 09/DGCG)*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Medicamentos de alerta máximo*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-prevencao-e-controlo-da-dor-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022a). *“Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção urinária associada a cateter vesical (Norma n.º 019/2015, atualizada em 2022)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Direção-Geral da Saúde. (2022b). *“Feixe de Intervenções” de prevenção de infeção relacionada com cateter venoso central (Norma n.º 022/2015, atualizada em 2022)*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical/>

Edgar, L. (2022). Coping skills for oncology patients: A practical guide. *Seminars in Oncology Nursing*, 38(5), 151335. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151335>

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. (2024). *Regulamento do 2º Ciclo de Estudos dos Cursos de Mestrado*. <https://essnortecvp.pt/pt/escola/regulamentos/estudantes-1/>

Fee-Schroeder, K., Howell, L., Kokal, J., Bjornsen, S., Christensen, S., Hathaway, J., Judy, D., & Vickers, K. S. (2013). Empowering individuals to self-manage chemotherapy side effects. *Clinical*

Journal of Oncology Nursing, 17(4), 369–371. <https://doi.org/10.1188/13.CJON.369-371>

Ferreira, V. B., Amestoy, S. C., Silva, G. T. R. D., Trindade, L. D. L., Santos, I. A. R. D., & Varanda, P. A. G. (2020). Transformational leadership in nursing practice: Challenges and strategies. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0364>

Fonseca, F. R. (2023). *Avaliação da força muscular periférica e da independência funcional estudo de caracterização da população alvo de cuidados no hospital das forças armadas - pólo porto* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

<http://hdl.handle.net/10400.26/48555>

Franco, A. C. C. (2020). *Tratamento da mucosite oral em pacientes submetidos a quimiorradioterapia na região de cabeça e pescoço* [Dissertação de Mestrado]. Instituto Universitário Egas Moniz. <http://hdl.handle.net/10400.26/35018>

García-Chías, B., Figuero, E., Castelo-Fernández, B., Cebrián-Carretero, J. L., & Cerero-Lapiedra, R. (2019). Prevalence of oral side effects of chemotherapy and its relationship with periodontal risk: A cross sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 27(9), 3479–3490. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-4650-6>

Gondim, F. M., Gomes, I. P., & Firmino, F. (2010). Prevenção e tratamento da mucosite oral. *Revista de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro*, 18(1), 67–74. <https://ninho.inca.gov.br/jspui/handle/123456789/6063>

Guedes, C. (2014). *Desafio no tratamento de linfoma difuso de células B em pacientes jovens* [Dissertação de Mestrado]. Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84107/2/32702.pdf>

Guerino-Cunha, R., Pereira, G. C., Silva, B. G. P. P. & Valeri, P. A. O. (2023). Linfomas Não Hodgkin. In R. Barroso-Sousa & G. Fernandes (Eds.), *Oncologia Princípios e Prática Clínica* (pp. 527-533). Manole.

Gupta, K., Walton, R., & Kataria, S. P. (2021). Chemotherapy-induced nausea and vomiting: Pathogenesis, recommendations, and new trends. *Cancer Treatment and Research Communications*, 26, 100278. <https://doi.org/10.1016/j.ctarc.2020.100278>

Hameed, A. T., & Bakey, S. J. (2023). Effectiveness of an interventional program on nurses' practices about patients with chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *Health Education and Health Promotion*, 11(3), 513–517. <https://doi.org/10.58209/hehp.11.3.513>

Holland, S. M. & Gallin J. I. (2017). Distúrbios de Granulócitos e Monócitos. In J. L. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo & J. Loscalzo (Orgs.), *Manual de Medicina de Harrison* (19ª ed. Vol. 1, pp. 1790-1821). McGrawhill

Honório, R. P. P., & Caetano, J. A. (2009). Elaboração de um protocolo de assistência de

enfermagem ao paciente hematológico: Relato de experiência. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.5216/ree.v11.46919>

Índice Nacional Terapêutico. (2024a).
<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/aciclovir-aurovitas/saber-mais>

Índice Nacional Terapêutico. (2024b).
<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/sulfametoxazol-trimetoprim/informacao-geral>

Índice Nacional Terapêutico. (2024c).
<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/metoclopramida/informacao-geral>

Índice Nacional Terapêutico. (2024d).
<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/macrogol/informacao-geral>

Índice Nacional Terapêutico. (2024e).
<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/esomeprazol/informacao-geral>

Índice Nacional Terapêutico. (2024f).
<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/dexametasona/informacao-geral>

Índice Nacional Terapêutico. (2024g).
<https://www.indice.eu/pt/medicamentos/DCI/nistatina/informacao-geral>

Instituto Nacional De Estatística. (2023). *Estatísticas demográficas 2021*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=13932532&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional De Estatística. (2024). *Estatísticas da saúde 2022*.
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=439489924&PUBLICACOESmodo=2

International Agency for Research on Cancer. (s.d.). *Cancer today*.
https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/tables?mode=cancer&group_populations=1&multiple_populations=1&populations=620

Jara, C., Veas, C., Delgado, C., Cabezas, C., & Chandía, M. (2024). Assessment of diagnostic utility of cerebrospinal fluid flow cytometry immunophenotyping and cytology in b cell non-hodgkin lymphoma in a public chilean hospital. *Revista Médica do Chile*, 152(4), 454-459.
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872024000400454>

Katta, B., Vijayakumar, C., Dutta, S., Dubashi, B., & Nelamangala Ramakrishnaiah, V. P. (2023). The Incidence and Severity of Patient-Reported Side Effects of Chemotherapy in Routine Clinical Care: A Prospective Observational Study. *Cureus*, 15(4), e38301.
<https://doi.org/10.7759/cureus.38301>

- Kiaunytė, S., Maškė, R., Kiudeliienė, R., & Rutkauskienė, G. (2022). Chemotherapy induced kidney and urinary tract related complications: A study in the department of pediatric oncology and hematology. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 153, 113316. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2022.113316>
- Knips, L., Bergenthal, N., Streckmann, F., Monsef, I., Elter, T., & Skoetz, N. (2019). Aerobic physical exercise for adult patients with haematological malignancies. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2019(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009075.pub3>
- Kwong, Y. L., Yeung, D. Y. M., & Chan, J. C. W. (2009). Intrathecal chemotherapy for hematologic malignancies: Drugs and toxicities. *Annals of Hematology*, 88(3), 193-201. <https://doi.org/10.1007/s00277-008-0645-y>
- Lai, S., Zhu, C., Zhou, X., Zeng, Q., Huang, L., Cao, X., Zhou, Q., Zhong, Y., Huang, J., Liu, J., Zeng, G., & Chen, H. (2024). Effect of physical activity on the association between diet and constipation: Evidence from the national health and nutrition examination survey 2007-2010. *Journal of Neurogastroenterology and Motility*, 30(3), 322-331. <https://doi.org/10.5056/jnm23134>
- Lecat, C. S. Y., McCourt, O., Land, J., Yong, K., & Fisher, A. (2021). Multiple myeloma and physical activity. *BMC Research Notes*, 14(1), 171. <https://doi.org/10.1186/s13104-021-05591-y>
- Lisboa, I. N. D., Tinôco, J. D. S., Fernandes, D. S. T. D., Fernandes, M. I. C. D., Silva, R. R., Silva, J. B., Delgado, M. F., Lopes, M. V. O., & Lira, A. L. B. C. (2021). Constipation in Chemotherapy Patients: A Diagnostic Accuracy Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 22(9), 3017-3021. <https://doi.org/10.31557/APJCP.2021.22.9.3017>
- Lobão, M., & Sousa, P. (2016). Infecções urinárias associadas a cateter vesical: Contributos para a prática clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa da Medicina Interna*, 23(4), 65-68. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/848>
- Longo, D. L. (2017). Neoplasia das Células Linfoides. In J. L. Jameson, A. S. Fauci, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo & J. Loscalzo (Orgs.), *Manual de Medicina de Harrison* (19ª ed. Vol. 1, pp. 3114-3161). McGrawhill.
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 557-578. <https://doi.org/10.34632/GESTAOEDESENVOLVIMENTO.2022.11696>
- Lucchesi, L. N. (2022) Aspetos Da Assistência De Enfermagem Ao Paciente Onco-Hematológico. In S. R. Pereira & S. M. Fonseca (Coords.), *Enfermagem em Oncologia* (pp. 275-287). Atheneu.
- Machado, A. B. C. (2020). *Burnout em profissionais de saúde de oncologia portuguesas: Uma revisão sistemática da literatura* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/31874>

- Major, A., & Smith, S. M. (2021). DA-R-EPOCH vs R-CHOP in DLBCL: How Do We Choose? *Clinical Advances In Hematology & Oncology*, 19(11), 698–709. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9036549/>
- Mata, L. F. M. da, Santos, G. C., Oliveira, J. C. R. de, Perdigão, L. A. M., & Flor, B. G. (2024). Fisiopatologia e tratamento do íleo parálítico em pacientes pós-cirúrgicos: Uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(3), e70856–e70856. <https://doi.org/10.34119/bjhrv7n3-456>
- Mattos, J. C. de O., & Balsanelli, A. P. (2019). A liderança do enfermeiro na atenção primária à saúde: Revisão integrativa. *Enfermagem em Foco*, 10(4), Artigo 4. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n4.2618>
- Meleis, A. (2020). Afaf Meleis' Transitions Theory. In M. Smith (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (5ª ed., pp. 353-370). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Mestdagh, F., Steyaert, A., & Lavand'homme, P. (2023). Cancer pain management: A narrative review of current concepts, strategies, and techniques. *Current Oncology*, 30(7), 6838–6858. <https://doi.org/10.3390/curroncol30070500>
- Mills, S. (2019). Electronic health records and use of clinical decision support. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 31(2), 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.02.006>
- Molassiotis, A., Russell, W., Hughes, J., Breckons, M., Lloyd-Williams, M., Richardson, J., Hulme, C., Brearley, S. G., Campbell, M., Garrow, A., & Ryder, W. D. (2014). The effectiveness of acupuncture for the control and management of chemotherapy-related acute and delayed nausea: a randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), 12–25. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.007>
- Moreau, P., San Miguel, J., Sonneveld, P., Mateos, M. V., Zamagni, E., Avet-Loiseau, H., Hajek, R., Dimopoulos, M. A., Ludwig, H., Einsele, H., Zweegman, S., Facon, T., Cavo, M., Terpos, E., Goldschmidt, H., Attal, M., & Buske, C. (2017). Multiple myeloma: ESMO clinical practice guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 28. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx096>
- Moser, R. P., Trivedi, N., Murray, A., Jensen, R. E., Willis, G., & Blake, K. D. (2022). Patient centered communication (pcc) scale: Psychometric analysis and validation of a health survey measure. *PloS One*, 17(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279725>
- Moss, J. G., Wu, O., Bodenham, A. R., Agarwal, R., Menne, T. F., Jones, B. L., Heggie, R., Hill, S., Dixon-Hughes, J., Soulis, E., Germini, E., Dillon, S., & McCartney, E. (2021). Central venous access devices for the delivery of systemic anticancer therapy (CAVA): A randomised controlled trial. *The Lancet*, 398(10298), 403–415. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00766-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00766-2)
- Neves, M., Trigo, F., Rui, B., João, C., Lúcio, P., Mariana, N., Mendes, J., Pedrosa, H., & Geraldês,

- C. (2021). Multiple myeloma in portugal: Burden of disease and cost of illness. *Pharmacoeconomics*, 39(5), 579-587. <https://doi.org/10.1007/s40273-020-00993-5>
- Oldenmenger, W. H., Smitt, P. A. E. S., Montfort, C. A. G. M. V., Raaf, P. J., & Van Der Rijt, C. C. D. (2011). A combined pain consultation and pain education program decreases average and current pain and decreases interference in daily life by pain in oncology outpatients: A randomized controlled trial. *PAIN*, 152(11), 2632. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.08.009>
- Oliveira, P. P., Freitas, A. T. S., Maia, P. A., Amaral, R. A. C., Fonseca, D. F., & Franco, E. C. D. (2019). Cuidados de enfermagem para pacientes oncológicos neutropênicos: Scoping review. *Revista Renome*, 8(2), Artigo 2. <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/2255>
- Olver, I., Carey, M., Boyes, A., Hall, A., Noble, N., Bryant, J., Walsh, J., & Sanson-Fisher, R. (2018). The timeliness of patients reporting the side effects of chemotherapy. *Supportive Care in Cancer*, 26(10), 3579-3586. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4225-y>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento Do Exercício Profissional Dos Enfermeiros (REPE)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6ª ed.). Mosby.
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *Adesão às terapias de longo prazo: Evidências para a ação*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Plano de ação global para a segurança do doente 2021-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Organização Mundial da Saúde. (2024a). *Doenças não transmissíveis*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organização Mundial de Saúde. (2024b). *Literacia Em Saúde*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>
- Organização Mundial da Saúde. (2025). *Cancro*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Ostensen, E., Hardiker, N. R., & Hellesø, R. (2021). Facilitating the implementation of standardized care plans in municipal healthcare. *Computers, Informatics, Nursing*, 40(2), 104-112. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000798>
- Paguia, A., Saraiva, T., & Costa, D. (2017). A Consulta De Enfermagem De Controlo Sintomático Não Presencial. *Onco.News*, 10(34), 8-15. <https://onco.news/index.php/journal/article/view/87>
- Parreira, S. T. (2014). *Doente oncológico submetido a terapêutica oral antineoplásica:*

Intervenções de enfermagem [Relatório de Estágio]. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/16367>

Parsons, J. A., Greenspan, N. R., Baker, N. A., McKillop, C., Hicks, L. K., & Chan, O. (2019). Treatment preferences of patients with relapsed and refractory multiple myeloma: A qualitative study. *BMC Cancer*, 19(1), 264. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5467-x>

Peixoto, N. M. dos S. M., Peixoto, T. A. dos S. M., Pinto, C. A. S., & Santos, C. S. V. de B. (2017). Estratégias de autogestão da ansiedade nos sobreviventes de cancro: Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(12), 143–153. <https://www.redalyc.org/journal/3882/388250148005/html/>

Pérez-Zúñiga, J. M., Aguilar-Andrade, C., Álvarez-Vera, J. L., & Augusto-Pacheco, M. (2018). Generalidades sobre linfomas. *Revista de Hematología*, 19(4). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=83528>

Pintado, S. (2017). Self-concept and emotional well-being in patients with breast cancer. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 8(2). <https://doi.org/10.23923/j.rips.2017.08.007>

Pinto, A. S., Pereira, N. R., Andrade, J., Sarmento, A., & Santos, L. (2018). Protocolo de prevenção de infeções relacionadas com o tratamento de neoplasias hematológicas. *Acta Médica Portuguesa*, 31(6), 347–361. <https://doi.org/10.20344/amp.10035>

Prezerakos, P. E. (2018). Nurse managers' emotional intelligence and effective leadership: A review of the current evidence. *The Open Nursing Journal*, 12, 86–92. <https://doi.org/10.2174/1874434601812010086>

Queirós, S., Marques, F., & Alves, C. (2024). *Documentação dos Cuidados de Enfermagem no Ambulatório: do Papel à Informatização Estruturada* [Apresentação de póster]. Conferência: 2º Encontro de Enfermagem CUF, Hospital CUF Porto, Portugal

Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). *Guia prático para a segurança do doente* (1ª ed.). LIDEL

Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento De Competências Específicas Do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Médico-Cirúrgica Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica. Diário da República 2ª Série, nº 135 (pp.19359-19370). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª Série, nº 26 (pp.4744-4750). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

República Portuguesa. (2017). Portaria n.º 207/2017 de 20 de julho. Diário da República, 1ª Série (pp.3550-3708). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/207-2017-107669157>

- Ribeiro, O., Pinto, C., & Regadas, S. (2014). A pessoa dependente no autocuidado: Implicações para a enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 25-36. <https://doi.org/10.12707/RIII12162>
- Rocha, S. R. (2024). Linfomas Não Hodgkin. In A. B. Rodrigues & P. P. Oliveira (Coords.), *Oncologia para Enfermagem* (2ª ed., pp. 180-192). Manole.
- Rodrigues, N. P. (2019). *Estilo de gestão do regime terapêutico dos clientes com dor oncológica crónica: Influência na gestão do regime medicamentoso* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29474/1/00_Disserta%C3%A7%C3%A3o_Estilo_GRT_Dor_Oncologica_Cronica.pdf
- Rodrigues, C., Gomes, B., & Albuquerque, C. (2021). Controlo da fadiga associada à doença oncológica através de programas de exercício físico: Uma scoping review. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 3(2), Artigo 2. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2021.n2.v3.2283>
- Roe, H., & Lennan, E. (2014). Role of nurses in the assessment and management of chemotherapy-related side effects in cancer patients. *Nursing: Research and Reviews*, 4, 103-115. <https://doi.org/10.2147/NRR.S41845>
- Rollet, M., Bohn, T., & Vahid, F. (2021). Association between dietary factors and constipation in adults living in luxembourg and taking part in the oriscav-lux 2 survey. *Nutrients*, 14(1), 122. <https://doi.org/10.3390/nu14010122>
- Salas-Delgado, A. & Hernández-Pliego, M. A. (2014). Survival of patients with diffuse large B-cell lymphoma. *Revista Medica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(3), 276-281. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=22aa9042-4a71-3b91-896e-c68a9f050a88>
- Sánchez, J., Ricou, C., & Ponte, S. (2019). Papel da equipa de enfermagem na consulta multidisciplinar a doentes com neoplasias mieloproliferativas. *Onco.News*, 38, 24-28. <https://doi.org/10.31877/on.2019.38.04>
- Santana, T. P. de. (2019). *Intervenções dietéticas para diminuição de risco de infeção em pacientes adultos em quimioterapia antineoplásica: Uma revisão sistemática com meta-análise* [Dissertação de Mestrado]. Universidade Estadual De Campinas. <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1637445>
- Santos, C., & Sousa, A. S. (2021). Doente com neutropenia febril: Uma intervenção especializada - revisão integrativa da literatura. *Onco.News*, 42, Artigo 42. <https://onco.news/index.php/journal/article/view/17>
- Santos, A. S., Morais, D., Ferreira, G., Coelho, J. D., & Garcia, L. M. (2022). A Influência dos estilos de liderança em Enfermagem na dinâmica da equipa: Uma revisão sistemática. *Germinare*, 2,

70-82. <https://doi.org/10.5281/zenodo.6467213>

Scott, K., Hayden, P. J., Will, A., Wheatley, K., & Coyne, I. (2016). Bortezomib for the treatment of multiple myeloma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010816.pub2/full>

Sequeira, C., Coelho, T., & Gamez, R. M. L. (2016). Comunicação Terapêutica. In C. Sequeira (Coord.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 97-102). Lidel

Sequeira, C. & Coelho, T. (2016). Comunicação em Saúde. In C. Sequeira (Coord.), *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda* (pp. 87-96). Lidel

Shang, J., Wenzel, J., Krumm, S., Griffith, K., & Stewart, K. (2012). Who will drop out & who will drop in, exercise adherence in a rct among patients receiving active cancer treatment. *Cancer Nursing*, 35(4), 312-322. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e318236a3b3>

Shapiro, Y. N., Peppercorn, J. M., Yee, A. J., Branagan, A. R., Raje, N. S., & Donnell, E. K. O. (2021). Lifestyle considerations in multiple myeloma. *Blood Cancer Journal*, 11(10), 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41408-021-00560-x>

Silva, T. H. R. (2022). Emotional awareness and emotional intelligence. *British Journal of Community Nursing*, 27(12), 573-574. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2022.27.12.573>

Silveira, F. M., Wysocki, A. D., Mendez, R. D. R., Pena, S. B., Santos, E. M., Malaguti-Toffano, S., Santos, V. B., & Santos, M. A. (2021). Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00583>

Sonnevi, K., Ljungqvist, M., Jónelsson, J. K., Harrysson, S., Wästerlid, T., Bernell, P., & Wahlin, B. E. (2021). Excellent survival after R-Hyper-CVAD in hospitalized patients with high-risk large B-cell lymphoma: The Karolinska experience. *ejHaem*, 2(4), 774-784. <https://doi.org/10.1002/jha2.296>

Sousa, M., Martins, T., & Pereira, F. (2015). Reflecting on the practices of nurses in approaching the person with a chronic illness. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(6), 55-63. <https://doi.org/10.12707/RIV14069>

Sousa, R. M. D., Santo, F. H. D. E. & Pinheiro, F. (2017). Tipologia do cuidado de enfermagem ao paciente onco-hematológico: Um estudo de caso. *Revista Enfermagem Atual In Derme, ed. especial*, 81-87. <https://doi.org/10.31011/reaid-2017-v.2017-n.0-art.554>

Sousa, M. R., Vilar, A. I., Sousa, C. N. & Bastos, F. (2021). Autogestão da doença crónica: dos modelos aos programas de intervenção. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/39477>

Spotten, L. E., Corish, C. A., Lorton, C. M., Dhuibhir, P. M. U., O'Donoghue, N. C., O'Connor, B., & Walsh, T. D. (2017). Subjective and objective taste and smell changes in cancer. *Annals of*

Oncology, 28(5), 969–984. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdx018>

Stegemann, M., Denker, S., & Schmitt, C. A. (2022). DLBCL 1L—What to Expect beyond R-CHOP? *Cancers*, 14(6), 1453. <https://doi.org/10.3390/cancers14061453>

Szor, R. S., Morais, P. H. A., Molla, V. C. & Rodrigues, C. A. (2023). Mieloma Múltiplo. In R. B. Sousa & G. Fernandes (Eds.), *Oncologia: Princípios e Prática Clínica* (pp. 535-541). Manole.

Teixeira, M., Quintão, J., Rocha, A., Leomaro, V., & Sales, L. (2024). Segurança na gestão de medicação pelo enfermeiro: Quantos são os “certos”? *Salutis Scientia*, 16, 14–27. <https://salutisscientia.esscvp.eu/Site/download.aspx?artigoid=32612>

Torre, L. A., Bray, F., Siegel, R. L., Ferlay, J., Lortet-Tieulent, J., & Jemal, A. (2015). Global cancer statistics 2012. *A Cancer Journal for Clinicians*, 65(2), 87–108. <https://doi.org/10.3322/caac.21262>

Traeger, L., McDonnell, T. M., McCarty, C. E., Greer, J. A., El-Jawahri, A., & Temel, J. S. (2015). Nursing intervention to enhance outpatient chemotherapy symptom management: Patient-reported outcomes of a randomized controlled trial. *Cancer*, 121(21), 3905–3913. <https://doi.org/10.1002/cncr.29585>

Unesco (2005). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*. <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>

Upshaw-Owens, M. (2019). Standardization: A concept analysis. *MedSurg Nursing*, 28(2). <https://www.proquest.com/openview/da38496ebf179837be027edc2ea0e6c2/1?pq-origsite=gscholar&cbl=30764>

Vella, R., Pizzocar, E., Bannone, E., Gualtieri, P., Frank, G., Giardino, A., Frigerio, I., Pastorelli, D., Gruttadauria, S., Mazzali, G., Di Renzo, L., & Butturini, G. (2024). Nutritional intervention for the elderly during chemotherapy: A systematic review. *Cancers*, 16(16), 2809. <https://doi.org/10.3390/cancers16162809>

Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. da S., Trindade, L. de L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), Artigo 2. <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/5480>

Wakiuchi, J., Marcon, S. S., Oliveira, D. C., & Sales, C. A. (2019). Chemotherapy Under the Perspective of the Person with Cancer: A structural analysis. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1–13. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0025>

Warley, F., Cristaldo, N., Colucci, G., & Otero, V. (2021). Central nervous system relapse in diffuse large B lymphoma: A retrospective cohort study. *Revista de la Facultad de Ciencias*

Medicas, 78(2), 142-146. <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v78.n2.28183>

Warley, F., Kalmus M, Cristaldo N, Ismael IL, Boietti B, & Smietniansky M. (2023). Impact of dose intensity in older patients with diffuse large B-cell lymphoma. *Medicina*, 83(5), 854-856. <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=347373db-afc6-3fe7-99bc-ed3d84179b77>

Wendler, R. (2022). *Exercise during cancer treatment: 4 things to know*. MD Anderson Cancer Center. <https://www.mdanderson.org/cancerwise/exercise-during-cancer-treatment--4-things-to-know.h00-159543690.html>

Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86. <https://doi.org/10.4013/ctc.2015.81.08>

Wilson, B. J., Zitella, L. J., Erb, C. H., Foster, J., Peterson, M., & Wood, S. K. (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>

Zhang, S. (2021). Chemotherapy-induced peripheral neuropathy and rehabilitation: A review. *Seminars in Oncology*, 48(3), 193-207. <https://doi.org/10.1053/j.seminoncol.2021.09.004>

8. ANEXOS

Anexo I

ANEXO I – Planeamento de Projeto de Melhoria Contínua sobre Segurança do Doente (Identificação Inequívoca do Doente)

Plan:

- Avaliar as práticas de segurança do doente
- Identificar barreiras à correta identificação do doente.
- Definição do objetivo: identificação de pelo menos 80% dos doentes com pulseira, nas situações preconizadas.

Do:

- Revisão da literatura sobre as recomendações da DGS e da Instituição de Saúde no âmbito da segurança do doente e a identificação do mesmo com pulseira e apresentação à equipa, no início do mês de janeiro;
- Realizar um focus grupos com as quatro enfermeiras da equipa para identificar as situações em que deve ser feita a identificação do doente com pulseira, no início do mês de janeiro;
- Criar uma norma para o serviço sobre a identificação dos doentes com pulseiras (situações preconizadas e modo de atuação), no início do mês de janeiro;
- Implementação do protocolo pela equipa desde o início de janeiro;
- Realizar uma auditoria, durante a última quinzena de janeiro: Amostra de conveniência, observando 5 momentos para cada situação preconizada, com recurso a uma grelha.

Study:

- Identificação da efetividade das medidas implementadas;
- Identificação das barreiras à implementação dessas medidas.

Act:

- Definição e implementação de estratégias corretivas face aos problemas identificados.

Fundamentação/ Revisão da Literatura:

A prestação de cuidados de saúde, em qualquer contexto, é de elevada complexidade e imprevisibilidade havendo propensão para a ocorrência de incidentes (Ramos et al., 2021). Os danos causados aos doentes decorrentes dos cuidados de saúde inseguros são na maioria evitáveis e constituem uma problemática crescente e um desafio na saúde pública, integrando uma das principais causas de morte e incapacidade, em todo o mundo (World Health Organization [WHO], 2021).

Em 2021, a WHO, determinou um Plano De Ação Global Para A Segurança Do Doente para os anos 2021–2030 no qual definiu a segurança do doente como a prática regida por culturas, procedimentos e comportamentos que reduzem os riscos e a ocorrência de danos evitáveis com consequente diminuição do impacto destes no doente. Neste plano, são apresentadas políticas e estratégias que visam reduzir os danos evitáveis a zero, sendo as recomendações apresentadas norteadoras para o Governo e as instituições de saúde.

Este projeto de melhoria contínua surge no âmbito das particularidades do serviço de Consulta de Onco-hematologia, que além do atendimento programado, tem, também o atendimento não programado e, ainda, a necessidade de realizar administração de terapêutica, entre outros procedimentos de enfermagem, com necessidade de alocar os doentes no corredor, durante alguns períodos de vigilância. Decorrente de discussão com a equipa de enfermagem e da minha observação das práticas foram identificados dois aspetos que concorrem para o risco de eventos adversos: a falta de normalização sobre as situações em que deve ser feita a identificação do doente com pulseira e a dificuldade de acomodação de doentes em vigilância ou sob terapêuticas endovenosas. Este segundo aspeto, é referente a condições estruturais que já foram devidamente identificadas e notificadas à direção do hospital para que possam ser, eventualmente, retificadas.

No entanto, as falhas na identificação de doentes são responsáveis pela realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade para os doentes, tais como administração de medicação, transfusões, e realização de meios complementares de diagnóstico (Direção-Geral da Saúde DGS], 2011).

A responsabilidade da identificação dos doentes é do profissional que presta os cuidados. Este, deve realizar a identificação positiva do doente, antes da realização de qualquer ato, solicitando pelo menos dois destes dados: nome completo, data de nascimento e número do processo clínico da instituição (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2011).

A identificação dos doentes com pulseira varia consoante o tipo de episódio, de procedimento a que vai ser sujeito e o tempo de permanência no serviço. Segundo a Direção-Geral da Saúde ([DGS], 2011), a pulseira de identificação constitui um equipamento de segurança que visa minimizar situações de risco, não prescindindo a sua utilização da confirmação verbal da identificação do doente.

Neste serviço está normalizada a colocação de pulseira aos doentes em regime de consulta não programada (urgente) e propostos para internamento. No entanto, existem outras situações em que se justifica a sua utilização, mas que não é praticada da mesma forma por todos os elementos da equipa. Assim, foi determinado como necessidade neste serviço formalizar quais as situações em que deverá ser utilizada a pulseira de identificação, de modo a uniformizar as práticas de enfermagem, entre toda a equipa, e assegurar a segurança dos cuidados de enfermagem.

Após a identificação desta necessidade foi realizada consulta das orientações da World Health Organization, da Direção-Geral da Saúde e da própria instituição, que estão em concordância.

“A identificação dos doentes com pulseira aplica-se a doentes em:

a) Internamento hospitalar (...)

c) Realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica;

(...)

e) Atendimento em urgências.” (Orientação nº 18/2011 da Direção-Geral da Saúde, 2011)

A norma da instituição, acrescenta, ainda, que doentes de atendimento não programado, sujeitos a sedação em contexto de ambulatório ou propostos para internamento deverão ser devidamente identificados com verificação verbal e colocação de pulseira de identificação. Os doentes propostos para internamento deverão seguir para o serviço já com a pulseira de identificação.

Referências Bibliográficas:

Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). Guia Prático Para A Segurança Do Doente (1ª ed.). LIDEL

Direção-Geral da Saúde. (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde.

https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Mao/Orient_018_2011.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2021). Plano de ação global para a segurança do doente 2021–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

Objetivos:

Gerais	Específicos
- Melhorar o conhecimento sobre as situações que deve ser colocada a pulseira de identificação - Uniformizar as práticas de enfermagem	A identificação com pulseira dos doentes, em pelo menos 80% das situações preconizadas, conforme protocolo.

Programa:

Nº Elementos	Grupo Profissional Alvo	Critérios de Seleção	Ação
4	Enfermeiros	Enfermeiros do Serviço de Consulta Externa de Onco-Hematologia	1

Ação nº	Data Início	Data Fim	Duração	Horário
1	13/01/2025	13/01/2025	30 minutos	11H30-12H00

Dinamizador:

Internos	Externos	Habilitações
---	Leonor Pereira	Enfermeira Generalista a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgico na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Conteúdo Programático:

Temas	Conteúdos	Recursos	Estratégia
Critérios para a identificação dos doentes com pulseira	Situações preconizadas pela WHO, DGS e Instituição	Sala de reuniões	Expositiva
Situações no contexto que justificam a implementação da pulseira de identificação	Discussão e identificação das situações do contexto que carecem da identificação do doente com pulseira, pela equipa	Sala de reuniões	Focus Grupos

Anexo II

ANEXO II - Grelha de Auditoria sobre Identificação Inequívoca do Doente:

[illegible]

Anexo III

ANEXO III – Documento Orientador da Prática

DESIGNAÇÃO	TIPO
IDENTIFICAÇÃO DE DOENTES	PROCEDIMENTO

1 ENQUADRAMENTO

A prestação de cuidados de saúde, em qualquer contexto, é de elevada complexidade e imprevisibilidade havendo propensão para a ocorrência de incidentes. Os danos causados aos doentes decorrentes dos cuidados de saúde inseguros são na maioria evitáveis e constituem uma problemática crescente e um desafio na saúde pública, integrando uma das principais causas de morte e incapacidade, em todo o mundo.

O Plano De Ação Global Para A Segurança Do Doente (2021–2030) define a segurança do doente como a prática regida por culturas, procedimentos e comportamentos que reduzem os riscos e a ocorrência de danos evitáveis com consequente diminuição do impacte destes no doente. Neste plano, são apresentadas políticas e estratégias que visam reduzir os danos evitáveis a zero, sendo as recomendações apresentadas norteadoras para o Governo e as instituições de saúde.

A Clínica de Onco-hematologia é uma unidade funcional do Serviço de Consulta Externa, que possui particularidades, pois além do atendimento programado, tem, também o atendimento não programado e, ainda, a realização de procedimentos tais como procedimentos de diagnóstico, manipulação de dispositivos médicos e a administração de terapêutica, com necessidade de alocar os doentes no corredor, durante alguns períodos para vigilância. Neste serviço, são também admitidos doentes para o internamento.

As falhas na identificação de doentes são responsáveis pela realização de atos a pessoas erradas e outros incidentes de gravidade para os doentes, tais como administração de medicação, transfusões, e realização de meios complementares de diagnóstico. A responsabilidade da identificação dos doentes é do profissional que presta os cuidados e varia consoante o tipo de episódio, de procedimento a que vai ser sujeito e o tempo de permanência no serviço. A pulseira de identificação constitui um equipamento de segurança que visa minimizar situações de risco, não prescindindo a sua utilização da confirmação verbal da identificação do doente.

2 OBJETIVO

- Prática baseada na melhor evidência
- Sensibilizar e aprofundar os conhecimentos dos profissionais

- Uniformizar os cuidados
- Melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem

3 APLICAÇÃO

Deve ser aplicado na Clínica de Onco-Hematologia.

4 PROCEDIMENTO

A identificação do doente deve ser feita antes da realização de qualquer ato, de forma positiva, isto é, solicitando pelo menos dois destes dados: nome completo, data de nascimento e número do processo.

A pulseira deve ser branca, conter os três dados acima referidos e o código de barras. Toda a informação deve ser confirmada e deve ser legível.

A identificação dos doentes com pulseira, neste serviço, aplica-se a doentes:

- Com atendimento não programado (consulta de urgência);
- Com internamento programado;
- Com necessidade de realização de meios complementares de diagnóstico terapêutica, exceto procedimentos programados;
- Com instabilidade hemodinâmica ou alteração do estado de consciência.

Na colocação de pulseira de identificação devem ser solicitados ao doente nome completo, data de nascimento e número do processo. A utilização da pulseira não prescinde da confirmação verbal da identificação do doente, previamente a qualquer ato.

A pulseira deve ser removida antes do doente abandonar a instituição.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). Guia Prático Para A Segurança Do Doente (1ª ed.). LIDEL
- Direção-Geral da Saúde. (2011). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf
- Organização Mundial da Saúde. (2021). Plano de ação global para a segurança do doente 2021–2030. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

Anexo IV

ANEXO IV – Planeamento de Projeto de Melhoria Contínua sobre Documentação do Processo de Enfermagem no Sistema de Informação

Plan:

- Observação da prestação de cuidados de enfermagem e documentação dos mesmos durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2024.
- Customização do conteúdo do Sistema de Informação de Enfermagem (linguagem CIPE).

Do:

- Identificar dos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem neste contexto.
- Realizar uma Checklist com a descrição do respetivo fluxograma que identifica/orienta para a captação dos diagnósticos/intervenções de enfermagem
- Realizar uma sessão formativa teórico-prática (1h) sobre processo de enfermagem, linguagem padronizada (CIPE) e funcionalidades e conteúdo do SI, na primeira quinzena de janeiro
- Realizar uma sessão de simulação e treino da documentação do processo de enfermagem no SI, primeira quinzena de janeiro
- Realizar treino e acompanhamento individual durante o período da prestação de cuidados (na terceira semana de janeiro).

Study:

- Analisar a documentação dos cuidados de enfermagem (na primeira semana de fevereiro), com recurso a grelha de auditoria (Anexo). Amostra aleatória de dez processos de enfermagem da última semana de janeiro. A auditoria contempla:
 - A análise de registos com linguagem natural
 - A análise de registos com linguagem classificada (CIPE)
 - A análise dos conteúdos documentados (diagnósticos e a integridade referencial entre os diagnósticos e as intervenções)
- A extração dos dados será apenas do processo de enfermagem, sem dados identificadores dos doentes, nem do enfermeiro que documentou.

Act:

- Definição e implementação de estratégias corretivas face a problemas identificados

Fundamentação/ Revisão da Literatura:

Os avanços tecnológicos possibilitaram a criação de redes de Sistemas de Informação em Saúde (SIS) que otimizam o registo/documentação e a partilha de informações relevantes, promovendo uma abordagem assistencial mais integrada e coordenada entre os profissionais de saúde, aumentando, assim, a eficiência do cuidado ao cliente (Mills, 2019). Além disso, o SIS facilita o acesso a dados precisos e atualizados que permite uma tomada de decisão mais fundamentada, impactando positivamente a segurança e a eficácia dos tratamentos (Mills, 2019). As decisões clínicas dos enfermeiros desempenham um papel fundamental na qualidade do cuidado prestado, impactando diretamente a evolução do cliente. Desde a avaliação inicial

até a implementação de planos de cuidados individualizados, cada decisão influencia o tratamento, a recuperação e a prevenção de complicações. Diante disso, é essencial que os enfermeiros disponham de informações precisas e atualizadas, acessíveis por meio de sistemas de informação em saúde, para suportar suas decisões e assegurar uma assistência segura e com qualidade (Queirós et al., 2024).

Os enfermeiros reconhecem que documentar os cuidados de enfermagem assegura a credibilidade e transparência dos mesmos, contudo, alguns fatores como a falta de pessoal, a capacitação inadequada das equipes, a sobrecarga de trabalho e a alta rotatividade dificultam a adesão dos mesmos à documentação nos SIS (Azevedo et al., 2019).

No contexto da consulta de Onco-Hematologia, observei que a maioria dos enfermeiros documentavam os cuidados de enfermagem com linguagem natural (texto), ao invés de utilizar a linguagem classificada CIPE. Após discussão com a equipe, a carga de trabalho foi um dos fatores apontados, com a justificativa de que o registro em linguagem natural é mais célere. A escassez de recursos materiais (a equipe de enfermagem é composta por 4 elementos e possui apenas dois computadores) e a dificuldade de navegação no SI foram outros fatores apontados. Acresce a estes fatores o não reconhecimento pela equipe da pertinência de documentação no SIS decorrente da falta de conhecimento e consciencialização sobre a relevância da documentação com linguagem classificada para a produção e extração de indicadores de enfermagem que atestem que os ganhos em saúde são sensíveis à intervenção do enfermeiro.

Desta forma, desenvolvi um projeto de melhoria da qualidade com o objetivo de melhorar o conhecimento da equipe sobre o processo de enfermagem, assim como consciencializar para a importância da documentação dos cuidados de enfermagem com a linguagem classificada e com a finalidade de promover esta prática.

Referências Bibliográficas

- Azevedo, O. A., Guedes, É. S., Araújo, S. A. N., Maia, M. M., & Cruz, D. A. L. M. (2019). Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471>
- Mills, S. (2019). Electronic health records and use of clinical decision support. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 31(2), 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.02.006>
- Queirós, S., Marques, F., & Alves, C. (2024). *Documentação dos Cuidados de Enfermagem no Ambulatório: do Papel à Informatização Estruturada* [Apresentação de pôster]. Conferência: 2º Encontro de Enfermagem CUF, Hospital CUF Porto, Portugal.

Objetivos:

Gerais	Específicos
• Conscienciar a equipa de enfermagem para a importância da documentação do processo de enfermagem no SI • Melhorar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre o processo de enfermagem • Promover a documentação do processo de enfermagem no SIS	A documentação dos cuidados de enfermagem utilizando a linguagem classificada (CIPE) em pelo menos 50% dos processos auditados.

Programa:

Nº Formandos	Grupo Profissional Alvo	CrITÉrios de Seleção	Ação
4	Enfermeiros	Enfermeiros do Serviço de Consulta Externa de Onco-Hematologia	1

Ação nº	Data Início	Data Fim	Duração	Horário
1	17/01/2025	17/01/2025	45 minutos	11H15 -12H00

Formador:

Internos	Externos	Habilitações
---	Leonor Pereira	Enfermeira Generalista a frequentar o Curso de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgico na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica

Conteúdo Programático:

Temas	Conteúdos	Recursos	Estratégias
Documentação do Processo de Enfermagem no SI	▪ Importância da documentação do processo de enfermagem no SI ▪ Processo de Enfermagem e linguagem classificada ▪ Apresentação dos focos de atenção mais frequentemente utilizados no contexto	▪ Computador ▪ Apresentação Power-Point ▪ Sistemas de Informação	▪ Teórico ▪ Simulação

	▪ Apresentação de um fluxograma para navegação no SI ▪ Demonstração da navegação no SI		
--	--	--	--

Anexo V

Anexo V – Formação Em Serviço

Documentação do Processo de Enfermagem nos Sistemas de Informação

Leonor Pereira, nº2023100590

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

1

ÍNDICE

2

ÍNDICE



1. Importância da documentação do processo de enfermagem no SI
2. Processo de Enfermagem e Linguagem Classificada
3. Apresentação dos focos de atenção mais frequentemente utilizados
4. Apresentação de um fluxograma para navegação no SI
5. Demonstração da navegação no SI

3

ÍNDICE



1. Importância da documentação do processo de enfermagem no SI
2. Processo de Enfermagem e Linguagem Classificada
3. Apresentação dos focos de atenção mais frequentemente utilizados
4. Apresentação de um fluxograma para navegação no SI
5. Demonstração da navegação no SI

4

ÍNDICE



1. Importância da documentação do processo de enfermagem no SI
2. Processo de Enfermagem e Linguagem Classificada
3. Apresentação dos focos de atenção mais frequentemente utilizados
4. Apresentação de um fluxograma para navegação no SI
5. Demonstração da navegação no SI

5

ÍNDICE



1. Importância da documentação do processo de enfermagem no SI
2. Processo de Enfermagem e Linguagem Classificada
3. Apresentação dos focos de atenção mais frequentemente utilizados
4. Apresentação de um fluxograma para navegação no SI
5. Demonstração da navegação no SI

6

ÍNDICE

1. Importância da documentação do processo de enfermagem no SI
2. Processo de Enfermagem e Linguagem Classificada
3. Apresentação dos focos de atenção mais frequentemente utilizados
4. Apresentação de um fluxograma para navegação no SI
5. Demonstração da navegação no SI

7

INTRODUÇÃO

- Os SIS permitem a partilha de informações padronizadas, legíveis e disponíveis com segurança, eficiência e economia, facilitando a continuidade dos cuidados e a comunicação interdisciplinar (Mills, 2019);
- Com esta formação pretende-se consciencializar e sensibilizar os enfermeiros para a importância da documentação do processo de enfermagem e promover a implementação dessa prática.

8

Documentação do processo de enfermagem no SI

- Promove práticas alinhados com os padrões de qualidade (Mills, 2019);
- Facilita a tomada de decisão e a gestão das organizações (Marin, 2010);
- É um imperativo de natureza ética e legal (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2007);
- Produz dados para a formação e investigação (OE, 2007).

9

Processo de Enfermagem



10

Linguagem Classificada (CIPE)

- Linguagem uniforme ;
- Reduz erros de interpretação e facilita a troca de informações, pela agregação de dados;
- Permite a interoperabilidade semântica (a informação é dada e percebida de igual forma por todos os profissionais);
- Os SIS encontram-se estruturados utilizando uma terminologia padronizada, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), para formular diagnósticos, objetivos, intervenções e resultados.

(Ostensen et al., 2021)

11

Focos de atenção de Enfermagem

➤ 1ª Consulta

- Aceitação do estado de saúde
- Suporte do Prestador de Cuidados
- Conhecimento [do PC] sobre a Gestão do Regime Terapêutico

➤ Consulta de urgência

- Febre
- Cansaço
- Vômito
- Dispneia
- Prurido
- Dor [musculo-esquelética/oncológica/neurogênica]
- Risco de Infecção: Associada à presença de Cateter Venoso Periférico
- Infecção

➤ Sala de tratamentos

- Risco de Perda Sanguínea
- Conhecimento sobre a Perda Sanguínea
- Ferida Cirúrgica: Cateter Venoso Central
- Conhecimento [do PC] sobre Ferida Cirúrgica
- Conhecimento [do PC] sobre o Cateter Venoso Central
- Conhecimento sobre a Dor
- Aprendizagem de capacidades para a Auto-administração de medicamentos
- Aprendizagem de capacidades do PC para a Administração de medicamentos

12

Focos de atenção de Enfermagem

➤ Consulta Programada

- Estado Nutricional
- Ingestão nutricional
- Apetite
- Conhecimento sobre o apetite diminuído
- Caquexia
- Náusea
- Vômito
- Obstipação
- Conhecimento [do PC] sobre obstipação
- Conhecimento [do PC] sobre Febre/Hipertermia
- Cansaço
- Conhecimento sobre as técnicas de conservação de energia
- Conhecimento [do PC] sobre a suscetibilidade à infeção
- Conhecimento sobre a infeção
- Aprendizagem de capacidades [do PC] para o uso de medidas preventivas de contaminação
- Conhecimento [do Prestador de Cuidados] sobre Gestão do Regime Terapêutico
- Adesão ao Regime Terapêutico
- Conhecimento sobre a Fertilidade
- Conhecimento sobre o uso de contraceptivos
- Conhecimento sobre as alterações da imagem corporal
- Adaptação à imagem corporal
- Ansiedade
- Conhecimento sobre o Autocontrolo Ansiedade
- Medo
- Conhecimento sobre o Autocontrolo Medo
- Dor [musculo-esquelética/oncológica/neurogénica]
- Conhecimento [do PC] sobre estratégias não farmacológicas para o alívio da dor
- Aprendizagem de capacidades [do PC] para gerir analgesia

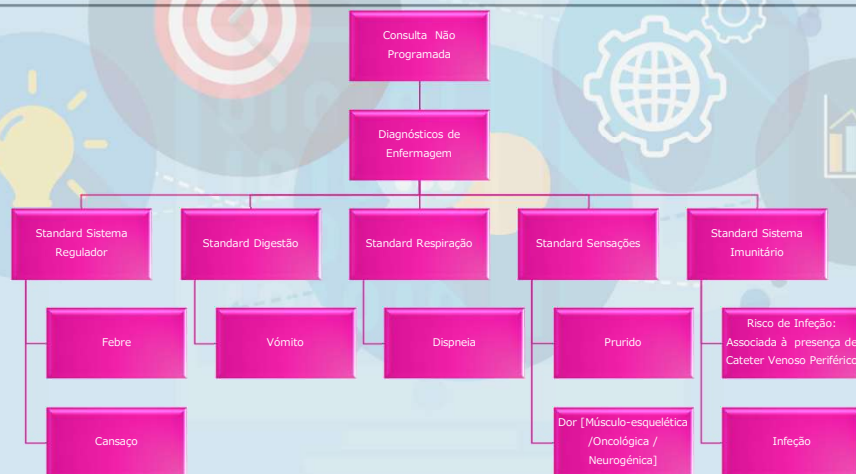
13

Fluxograma de navegação no SI



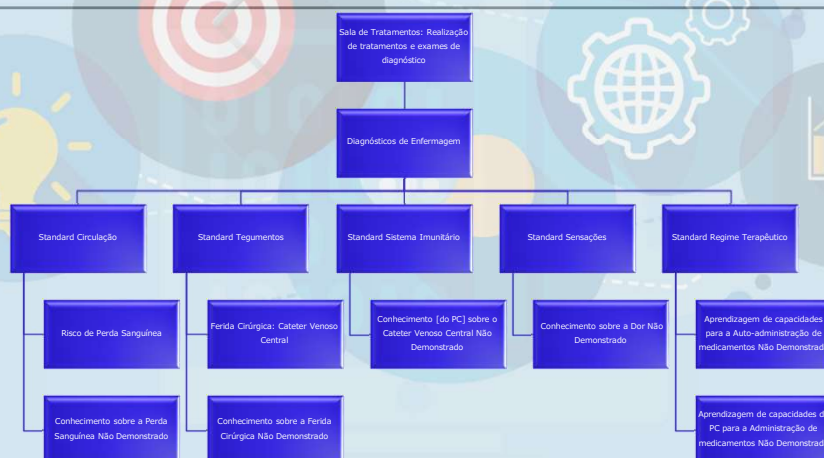
14

Fluxograma de navegação no SI



15

Fluxograma de navegação no SI



16

Fluxograma de navegação no SI



17

CONCLUSÃO

- A documentação do processo de enfermagem no SIS é essencial para garantir a interoperabilidade semântica, promover a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados, refletindo-se nos resultados em saúde e deve, por isso, ser realizada por toda a equipa de enfermagem.

18

BIBLIOGRAFIA

Azevedo, O. A. de, Guedes, É. de S., Araújo, S. A. N., Maia, M. M., & Cruz, D. de A. L. M. da. (2019). Documentação do processo de enfermagem em instituições públicas de saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 53, e03471. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018003703471>

Marin, H. de F. (2010). Sistemas de informação em saúde: Considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, 2(1), Artigo 1. <https://www.jhi.sbis.org.br/index.php/jhi-sbis/article/view/4>

Mills, S. (2019). Electronic Health Records and Use of Clinical Decision Support. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 31(2), 125–131. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.02.006>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões De Qualidade Dos Cuidados De Enfermagem: Enquadramento Concetual E Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Sistemas de Informação de Enfermagem (SIE): Princípios Básicos da Arquitetura e Principais Requisitos Técnico-Funcionais*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/SIE-PrincipiosBasicosArq_RequisitosTecFunc-Abril2007.pdf

Ostensen, E., Hardiker, N. R., & Hellesø, R. (2021). Facilitating the Implementation of Standardized Care Plans in Municipal Healthcare. *Computers, Informatics, Nursing*, 40(2), 104–112. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000798>

Queirós, S., Marques, F., & Alves, C. (2024). *Documentação dos Cuidados de Enfermagem no Ambulatório: do Papel à Informatização Estruturada* [Apresentação de póster]. Conferência: 2º Encontro de Enfermagem CUF, Hospital CUF Porto, Portugal.

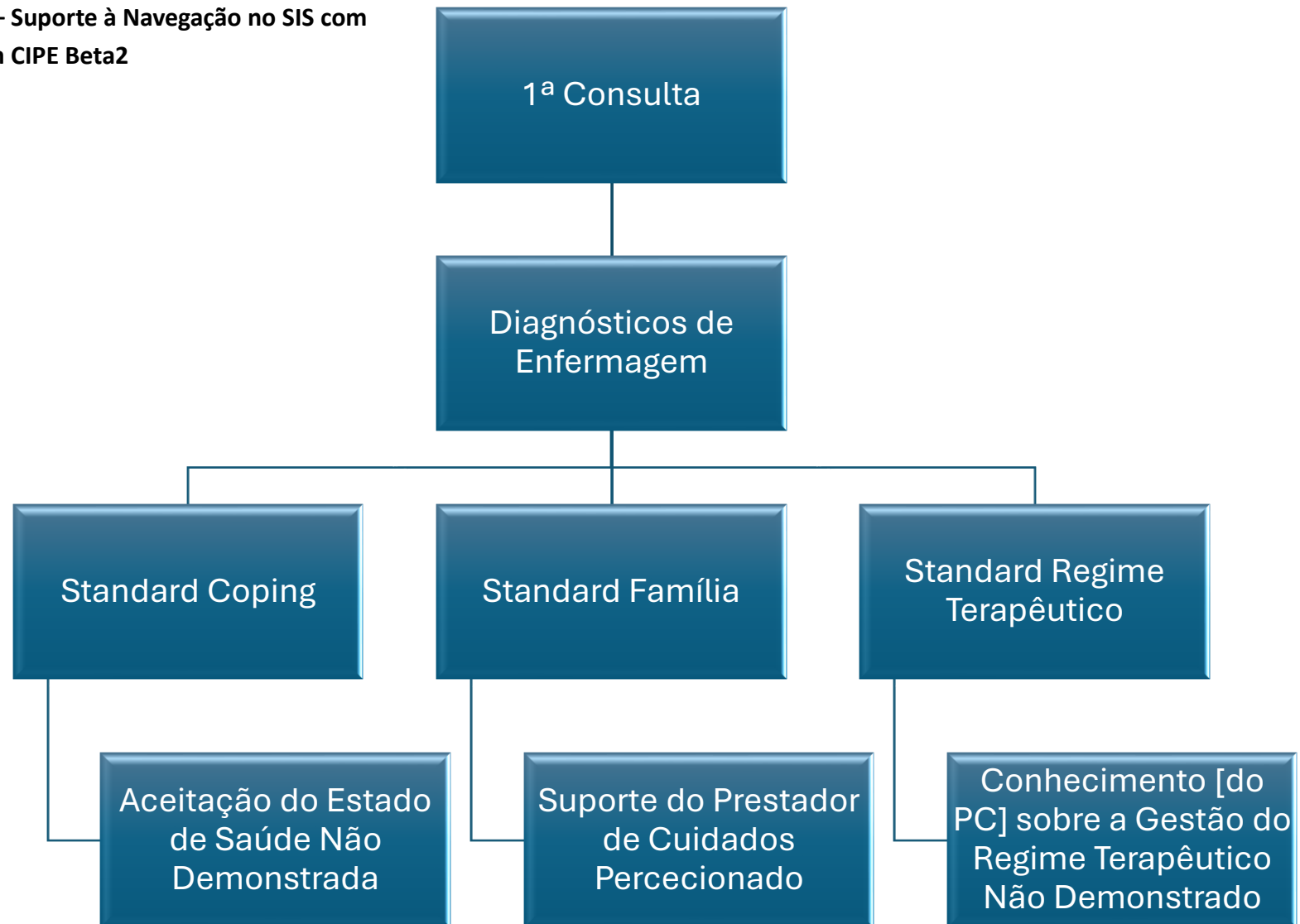
Anexo VI

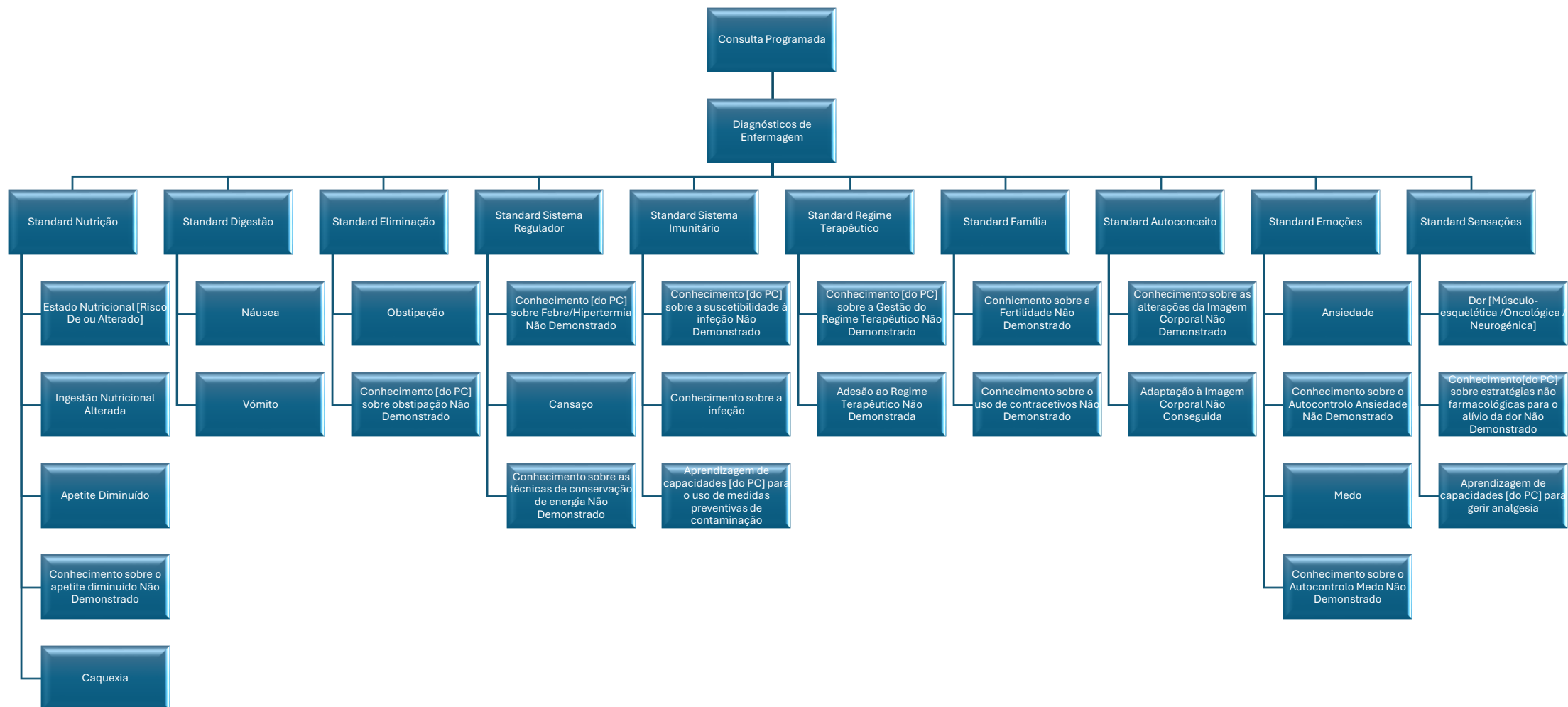
ANEXO VI – Grelha de Auditoria sobre a Documentação do Processo de Enfermagem no Sistema de Informação

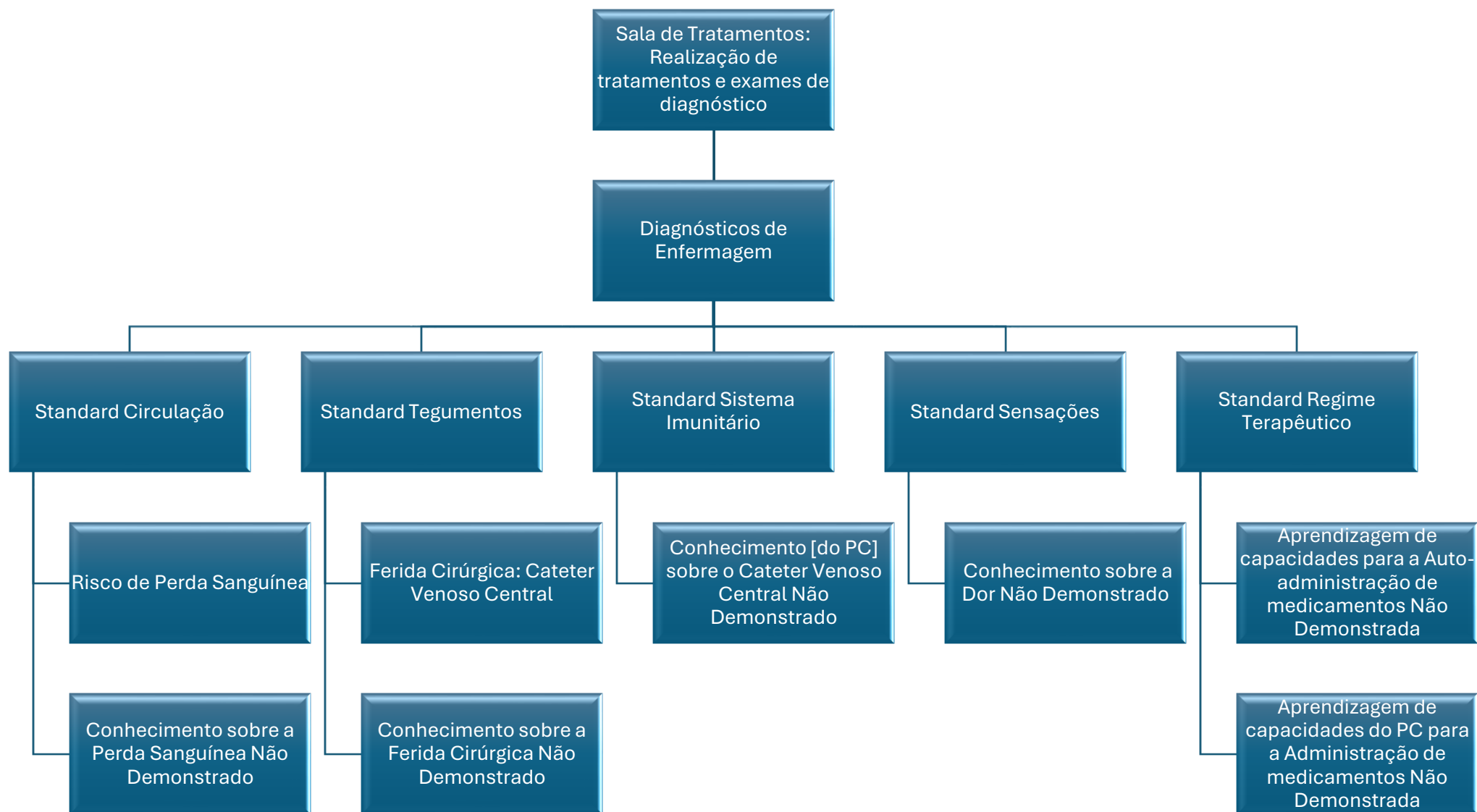
Processo nº	Diagnósticos com recurso a linguagem classificada (CIPE)		Intervenções com integridade referencial com o Diagnóstico		Documentação do processo de enfermagem com linguagem natural	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Anexo VII

**ANEXO VII – Suporte à Navegação no SIS com
a linguagem CIPE Beta2**







Consulta Não Programada

Diagnósticos de Enfermagem

Standard Sistema Regulador

Standard Digestão

Standard Respiração

Standard Sensações

Standard Sistema Imunitário

Febre

Vômito

Dispneia

Prurido

Risco de Infecção:
Associada à
presença de Cateter
Venoso Periférico

Cansaço

Dor [Músculo-
esquelética
/Oncológica /
Neurogénica]

Infeção

Anexo VIII



CERTIFICADO

O trabalho com o título

A PESSOA COM LINFOMA NÃO HODGKIN EM REGIME DE
QUIMIOTERAPIA: ESTUDO DE CASO

elaborado por

Leonor Pereira; Brigitte Macedo; Liliana Mota; Carla Rodrigues Silva;
Igor Pinto

foi apresentado em formato de poster nos
ENCONTROS DA PRIMAVERA 2025
que decorreram no Évora Hotel de 2 a 5 de abril de 2025.

STEERING COMMITTEE

ANA JOAQUIM

HÉLDER MANSINHO

INÊS LEÃO

JOANA AUGUSTO

JOSÉ LUÍS FOUGO

LEONOR MATOS

MIGUEL BARBOSA

PAULO COSTA

PEDRO CHINITA

SANDRA BENTO

SÉRGIO BARROSO

SUSANA OURÔ

Anexo IX



CERTIFICADO

O trabalho com o título

A PESSOA COM RECIDIVA DE MIELOMA MÚLTIPLO EM ENSAIO
CLÍNICO: ESTUDO DE CASO

elaborado por

Leonor Pereira; Brigitte Macedo; Liliana Mota; Carla Rodrigues Silva;
Igor Pinto

foi apresentado em formato de poster nos
ENCONTROS DA PRIMAVERA 2025
que decorreram no Évora Hotel de 2 a 5 de abril de 2025.

STEERING COMMITTEE

ANA JOAQUIM

HÉLDER MANSINHO

INÊS LEÃO

JOANA AUGUSTO

JOSÉ LUÍS FOUGO

LEONOR MATOS

MIGUEL BARBOSA

PAULO COSTA

PEDRO CHINITA

SANDRA BENTO

SÉRGIO BARROSO

SUSANA OURÔ