

Pensamento

"Uma das principais doenças do homem
é a sua inquieta curiosidade por conhecer
o que não pode chegar a saber. "

Blaise Pascal

Agradecimentos

À minha Tutora, Professora Antónia Espadinha pela disponibilidade, apoio, incentivo, partilha de saber e ainda por ter acreditado em mim.

À Enfermeira Chefe, Graça Rebelo pela amizade, humanismo e sabedoria.

À Enfermeira Especialista e Mestre, Lília Coutinho, pelo carinho, disponibilidade e partilha de saberes.

À Enfermeira Chefe, Alexandra Belchior, pela amizade e disponibilidade.

À minha equipa por tão bem ter aceitado as minhas ausências e ter compreendido o que este projeto significava para mim.

A todos os enfermeiros e restantes profissionais com quem contactei durante este percurso, que me aconselharam e com quem discuti estratégias, refleti e partilhei ideias, que foram fulcrais para o meu processo de desenvolvimento.

Aos doentes por toda a sua colaboração e compreensão gratuitas.

Às minhas filhas, por terem partilhado comigo cada momento desta caminhada, por todo o amor, tolerância e pelo tempo que não lhes dediquei.

Ao meu marido, que apesar de se encontrar distante nunca deixou de estar presente.

À minha irmã, pelo apoio incondicional e pelo constante incentivo e preocupação com o meu bem-estar.

Em especial aos meus pais, por serem a base de toda a minha formação, por me terem inculcado valores e qualidades imensas, como o respeito e o gosto pelo cuidar do outro; por terem estado sempre presentes, ainda que distantes, dando-me força e incentivo e sempre terem acreditado em mim.

A todos, Bem Hajam!

Resumo

Sendo o desenvolvimento da tecnologia da comunicação uma constatação, a sua aplicação na área da saúde e em particular no tratamento do cancro revela-se bastante incipiente. Contudo, a flexibilidade na comunicação entre o doente/família e o rápido acesso aos cuidados de saúde, são condições essenciais para garantir a eficácia da continuidade dos cuidados ao doente em tratamento de quimioterapia antineoplásica. A comunicação por telefone surge assim como potencial de aproximação e de intervenção entre o doente/família e a equipa de saúde, desde que alicerçada em instrumentos que facilitem a tomada de decisão da equipa de saúde, sobretudo numa área subjetiva como a manifestação dos efeitos secundários desta terapêutica.

Perante esta problemática, considerando a evidência científica existente e de acordo com uma necessidade identificada pela equipa de enfermagem de um serviço de oncologia, convergente com a minha sensibilidade nesta área do cuidar, emergiu a elaboração deste projeto como intervenção de enfermagem na área do acompanhamento telefónico ao doente/família em tratamento de quimioterapia no contexto do ambulatório por forma a identificar os efeitos secundários decorrentes do tratamento no domicílio, monitorizando-os e intervindo, de modo a promover o autocuidado e melhorar o processo de adaptação da pessoa/ família nesta fase.

A metodologia de projeto foi a utilizada. Foram efetuados dois ensinamentos clínicos utilizando a prática reflexiva sustentada no ciclo de Gibbs, sessões de informação, registo de algumas situações de interação, partilha e gestão da informação com os pares, pesquisa bibliográfica de referência e evidência científica através do motor de busca EBSCOhost, a partir do qual se acedeu às bases de dados CINAHL e MEDLINE.

Como resultado, emergiu a elaboração de um guia orientador dirigido ao acompanhamento telefónico destes doentes/ famílias e do procedimento de trabalho inerente ao mesmo, nos quais o envolvimento das equipas de enfermagem foi uma constatação e a determinação para a sua implementação uma realidade.

Palavras-Chave: consulta telefónica; enfermagem oncológica; efeitos secundários da quimioterapia; autocuidado.

Abstract

Despite undeniable advances in communication technology its implementation in health care and in cancer treatment in particular is still in its infancy. However, flexibility in communication and the rapid access to healthcare are essential conditions to ensure that the patient/family can have efficient continuity in the treatment of cancer chemotherapy. Telephone communication appears as a potential means of approach and intervention between the patient/family and the healthcare team, if backed up by a framework established to facilitate decision making by the healthcare team, especially in an area as subjective as the manifestation of the side effects of this therapy.

Faced with this problem, considering the existing scientific evidence and in accordance with the need experienced by the nursing staff of the Day Hospital oncology unit, all of which converge with my own thoughts in this area of healthcare, the idea of this project emerged as a nursing intervention in the area of telephone monitoring for the patient/family under outpatient chemotherapy treatment, in order to identify the side effects from the treatment felt at home, thus promoting self-care and improving the adaptation of the patient/family at this stage.

The project methodology was chosen. Then, simultaneously, there were two clinical training periods using the reflective practice advocated in the Gibbs cycle, information sessions, the noting down of some situations of interaction, the managing and sharing of information with peers, the search for bibliographic references and the search for scientific evidence through the EBSCOhost search engine from where we could access the CINAHL and MEDLINE databases.

As a result of this work, a written guide was elaborated for the telephone monitoring of these patients/families, as well as its working procedure. The nursing teams were keenly involved contributing with suggestions for the elaboration of those documents and their eagerness to see them implemented was very apparent.

Keywords: Telephone consultation; Oncology nursing; chemotherapy side effects; self care.

Índice

0. Introdução	6
1. Identificação da problemática	12
2. Enquadramento Teórico	14
2.1. O cancro	15
2.1.1. A quimioterapia antineoplásica e os Efeitos Secundários	19
2.2. Bem-Estar.....	25
2.3. Modelo de Enfermagem de Dorothea Orem – Teoria do Autocuidado aplicada no acompanhamento telefónico ao Doente/ Família em Tratamento de Quimioterapia em Ambulatório	27
2.4. A Comunicação como instrumento de trabalho dos enfermeiros	32
2.5. O Acompanhamento Telefónico como Intervenção de Enfermagem	34
3. Atividades conducentes do desenvolvimento de competências para implementação do projeto	39
3.1. Atividades desenvolvidas e experiencias de aprendizagem.....	40
3.1.1. 1º Ensino Clínico: Hospital de Dia de Quimioterapia - Instituição Privada “A” .40	
3.1.2. 2º Ensino Clínico: Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica do Centro Hospitalar “B” de Lisboa Fase de implementação.....	48
4. Limitações do projeto.....	54
5. Questões Éticas	55
6. Implicações do projeto desenvolvido para a prática de Enfermagem	58
7. Considerações finais - Conclusão	59
8. Bibliografia	61
APÊNDICES.....	71

0. Introdução

Ao longo da minha experiência profissional, constatei que a pessoa com doença oncológica demonstra sofrimento nas várias fases do processo de doença, seja pelas mudanças inerentes ao conhecimento de um diagnóstico, pelos tratamentos a que é submetida, e ainda pelas inúmeras manifestações físicas, psicológicas, sociais, espirituais a que está sujeita. O doente oncológico afigura-se fragilizado, inseguro, requerendo para o seu cuidado um saber técnico-científico e uma sensibilidade dirigida ao humano ali envolvido. Sob o processo de tratamento oncológico é requerida uma relação mais afetiva, onde a convivência é maior, as trocas afetivas são maiores, transformando uma relação do tipo “eu” e “tu” numa relação do tipo “nós”. Deste modo o conhecimento técnico-científico e a afetividade do enfermeiro no quotidiano da enfermagem oncológica são elementos constitutivos do cuidado, os quais influenciarão o desenvolvimento da assistência prestada à pessoa doente.

No decurso da minha experiência profissional, as competências que fui adquirindo desenvolveram-se sobretudo no Serviço de Cirurgia Torácica de um Hospital Central de Lisboa, em Enfermagem e Cuidados Intermédios (em cuja organização e estruturação colaborei) e no Serviço de Consultas Externas do mesmo Hospital (nomeadamente: sala de pensos, pequena cirurgia, dermatologia cirúrgica, corresponsável da implementação da consulta de prevenção das doenças cardiovasculares e atendimento ao doente com estoma), onde me foi permitido contactar com uma grande diversidade de doentes e as suas respostas humanas, perante uma doença oncológica.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2003), é objetivo da enfermagem maximizar o bem-estar e promover o autocuidado, requisito universal para sustentar a vida e manter a saúde, facto que constitui uma determinante para a qualidade de vida e longevidade dos indivíduos (Pender, 1987). Nesta sequência, fez-me sentido a perfilhação da teoria do autocuidado de Dorothea Orem, para fundamentar as atividades de enfermagem desenvolvidas ao longo dos percursos dos ensinos clínicos efetuados. De acordo com esta autora, o conceito de autocuidado é traduzido por um comportamento voluntário, guiado por princípios que direcionam a ação, sendo uma atividade aprendida através das relações interpessoais e da comunicação. Para Orem (2005), todas as pessoas adultas têm capacidade para se auto cuidar, porém por motivos de doença, a necessidade de autocuidado poderá tornar-se superior à capacidade da pessoa para o efetuar. Assim, a enfermagem efetua pela pessoa aquilo que ela não é capaz de fazer, ajudando e educando-a a compensar o desequilíbrio existente de forma a capacitá-la para realizar o seu autocuidado. Deste modo, os

enfermeiros promovem uma aprendizagem significativa, dotando a pessoa doente de competências para enfrentar a doença e mobilizar energia, para se adaptar e efetuar o autocuidado. A educação para a saúde é assim desenvolvida pelos enfermeiros no contexto de saúde hospitalar procurando dar resposta às necessidades da população. Na linha de pensamento de Phaneuf (2005), nos nossos dias, mudanças na perceção da saúde das pessoas e na organização dos cuidados tornam esse ensino ainda mais precioso, uma vez que, nas últimas décadas, os hospitais deixaram de dar resposta ao nível social para se transformarem em centros de intervenção na crise.

A confluência da minha experiência pessoal e profissional na prestação de cuidados a pessoas em situação de doença oncológica ao longo de quinze dos vinte e sete anos de profissão, associado ao contributo do saber teórico e reflexivo fomentado pela frequência do atual curso de pós-licenciatura, foram cruciais para alicerçar o meu desempenho numa compreensão profunda do indivíduo e da sua situação de vida e de saúde.

É assim minha convicção, que uma praxis mais edificante e proactiva se reflete na efetivação dos cuidados à Pessoa enquanto ser único, multidimensional, detentor de valores, crenças e projetos singulares, dotado de dignidade e direito de autonomia, o que em minha opinião é corroborado por Phaneuf (2005), ao referir que a relação de ajuda aplicada aos cuidados de saúde preserva o seu cunho de respeito e confiança no homem, contemplando no entanto todas as dimensões da pessoa, facto que se traduz numa visão holística da mesma.

No âmbito do estágio integrado no plano de estudos do 3º curso de Mestrado, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, propus-me desenvolver um projeto com o intuito de adquirir conhecimentos e desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nomeadamente na área do acompanhamento à pessoa em tratamento de quimioterapia em regime ambulatorio.

Atualmente o meu desempenho profissional, estabelece-se ao nível da gestão e coordenação do Serviço de Esterilização Centralizado do Centro Hospitalar “B” de Lisboa, cuja organização e estruturação me foi imputada. Correspondendo a uma área nobre de qualquer hospital, com grande impacto na Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde, o meu investimento efetuou-se no sentido da aquisição de competências que me permitissem contribuir para a qualidade e segurança dos cuidados prestados aos doentes. Deste modo tenho frequentado cursos que me permitiram exercer as funções que me foram atribuídas quer ao nível da gestão de recursos humanos e de materiais quer ao nível do Controlo de Infecção. Complementarmente, fiz parte da Associação Nacional de Esterilização

(onde exerci funções de secretária e vice presidente), facto que me permitiu uma aproximação aos parceiros europeus permitindo-me manter atualizada no que respeita a Normas Europeias, dirigidas a estes serviços.

Este percurso não foi impeditivo da minha aproximação aos doentes. A necessidade de me deslocar aos diferentes serviços contribuiu para que percecionasse algumas dificuldades/ carências ao nível da prestação de cuidados e acompanhamento dos doentes.

Sendo a área do cuidar, em hospital de dia oncológico/ quimioterapia, foco de particular interesse para mim, o controlo dos efeitos secundários no domicílio sempre representaram uma inquietação enquanto pessoa e profissional e foi com grande regozijo e empenho que após identificar que a mesma se verificava no seio da equipa de enfermagem do Hospital de Dia Oncológico, abracei esta problemática no sentido de lhe atribuir uma resposta.

A pertinência deste projeto advém de uma necessidade premente sentida pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia Oncológico “B”, relativamente à estruturação do acompanhamento telefónico como meio de intervenção de enfermagem junto do doente/ família, no sentido de favorecer a perceção da informação transmitida aquando do acolhimento na sala de tratamentos e simultaneamente contribuir para uma melhoria do controlo dos sintomas secundários deste tratamento no domicílio. Para prosseguir com este intento, e tendo em conta que o mesmo seria dirigido a um serviço que me era alheio, em consonância com a minha Tutora, efetuei um pedido de autorização à Senhora Enfermeira Diretora do Hospital, de modo a que em termos ético-deontológicos não surgissem manifestações idiossincráticas.

O planeamento deste projeto, foi então efetuado com base no cruzamento da minha empatia face ao tema com a necessidade identificada pela Equipa de Enfermagem do Hospital de Dia Oncológico “B”, possibilitando-me ainda contribuir para a promoção de uma melhor e maior qualidade de vida do doente tendo por base a promoção do autocuidado.

Lindsey (1995, p.158) refere que “Quando encontramos pessoas na sua fraqueza, vulnerabilidade ou inocência, nós só as podemos conhecer através de uma relação humana de cuidar”. Foi com esta noção de cuidar que tenho caminhado e foi simultaneamente com este sentimento que considerei o tema pertinente, associado ao qual persiste a intenção de poder vir a integrar a equipa desta unidade de tratamento num futuro próximo.

Nesta fase da doença, onde inúmeras emoções se aglomeram e confundem (tristezas, angústias, incerteza no futuro, bem como desconforto físico, pelos efeitos secundários do tratamento, e esperança na reabilitação) torna-se fundamental a atuação do enfermeiro como ator do cuidar, na medida em que a mesma se traduz por um percurso difícil, ao longo do qual

um turbilhão de sentimentos invadem doentes e família, sendo que uma intervenção que apoie, clarifique, desmistifique e oriente na procura dos recursos de cada um para fazer face a mais uma etapa do tratamento é sem dúvida imprescindível.

Por este motivo, a concretização deste projeto, dirigido para o doente/ família em tratamento com terapêutica antineoplásica em regime ambulatorio, passa por acreditar num meio onde há disponibilidade e determinação para uma atuação da enfermagem autónoma, rica em oportunidades de conhecimento do doente e família, compreendendo o impacto da doença no seu dia-a-dia, implementando e avaliando projetos terapêuticos.

Nesta perspetiva é fundamental que os enfermeiros adquiram competências profissionais especializadas, pois tal como está descrito pela Ordem dos Enfermeiros estes “constituem, atualmente, uma comunidade profissional e científica da maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade (...) para satisfazer níveis de saúde cada vez mais exigentes, assim como a organização desses cuidados em ordem a responder às solicitações da população (...)”. (2003,p.3).

A especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica “visa especificamente o desenvolvimento de competências para a assistência de enfermagem avançada ao doente adulto e idoso com doença crónica, e é especificamente dirigido para a assistência ao doente em estado crítico”, sendo que a proposta de candidatura ao grau de mestre permite uma maior diferenciação da formação especializada conducente de um elevado nível científico.

Na sua especificidade, os cuidados de Enfermagem visam uma intervenção, individualizada e diferenciada ao indivíduo, família e/ou comunidade, sendo que, cada vez mais, devem assentar num corpo de conhecimentos sólidos, atualizados e especializados, pois tal como nos diz Benner (2001, p.199) “Os progressos de medicina alargaram o papel e aumentaram as responsabilidades do enfermeiro”. Para fazer face às mudanças internas e externas que afetam a profissão destaca-se a exigência que se impõe à classe de enfermagem em ser uma profissão com um campo de intervenção cada vez mais específico e competente.

A Especialização em Enfermagem constitui assim um reforço para a construção da identidade de um enfermeiro, para a qual se torna necessário uma aprendizagem refletida e onde os conhecimentos numa área específica devem ser profundos.

A problemática do “Acompanhamento Telefónico ao Doente/ Família em Tratamento de Quimioterapia em ambulatório – Intervenção de Enfermagem” revela-se pertinente, tendo como finalidade o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de forma a promover o autocuidado e melhorar o processo de controlo dos efeitos secundários por parte da pessoa em tratamento e sua família.

Simultaneamente, serve o mesmo para apresentar a minha candidatura ao Grau de Mestre. Neste contexto, tendo por base o Regulamento de Estudos Pós-Graduados da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no artigo 2º do capítulo 1 pretende-se que o enfermeiro com o Grau de Mestre desenvolva competências que permitam demonstrar:

a. Capacidade de análise acerca do desenvolvimento do conhecimento que sustentou e/ou sustente a prática de enfermagem, dominando a linguagem da comunidade científica e sendo capaz de comunicar as suas conclusões e os processos de pensamento subjacentes, de forma clara;

b. Compreensão aprofundada do(s) discurso(s) contemporâneo(s) sobre saúde, doença e cuidar/tratar e sua implicação nas políticas de saúde, na organização dos cuidados e na prática dos profissionais da saúde;

c. Capacidade de análise das dimensões ética, política, histórica, social e económica da prática de enfermagem;

d. Saber aplicar o conhecimento de enfermagem e de outras disciplinas nos diferentes contextos da prática clínica, desenvolvendo projetos que reflitam e questionem práticas e paradigmas existentes a nível da enfermagem e processos de inovação ao nível das práticas de cuidados.

Defino então como objetivos para a execução deste relatório:

- ▶ Descrever e analisar o percurso até aqui efetuado;
- ▶ Refletir sobre o meu desempenho e competências desenvolvidas/ adquiridas;
- ▶ Avaliar de um modo construtivo e com espírito crítico, o caminho percorrido.

A construção destes objetivos foi conducente de uma consciencialização das debilidades/dificuldades encontradas, dos ganhos obtidos e ainda da consolidação dos conhecimentos e reconhecimento das competências adquiridas inerentes à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Mestre.

No que concerne às competências que desenvolvi, ousou afirmar que as mesmas se inserem nas evidenciadas no Regulamento de Estudos Pós-Graduados da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa atrás enunciadas, as quais pretendo demonstrar e justificar ao longo deste meu trabalho.

A estrutura deste documento está ordenada por capítulos, de modo a que a sua leitura seja compreensível e encadeada. Assim, numa primeira fase efetuarei um breve enquadramento teórico acerca dos principais temas e conceitos que fundamentam o planeamento dos objetivos, competências e atividades; na segunda parte definirei especificamente os objetivos

a atingir, associando-os às competências e atividades a desenvolver por forma a concretizar o planeado. Por último, irei refletir sobre a importância da elaboração deste trabalho, as dificuldades sentidas e os aspetos que podem constituir alguma fragilidade.

Ao longo do meu percurso estiveram sempre subjacentes as competências comuns para o enfermeiro especialista, definidas pela Ordem dos Enfermeiros. Estas competências comuns dizem respeito à Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; à Gestão da Qualidade; à Gestão dos Cuidados e ao Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

A aquisição e o desenvolvimento de competências profissionais especializadas, assumiram assim, uma importância fulcral no sentido da contribuição para uma prática mais diferenciada e uma capacidade de resposta às exigências da saúde das populações, mais eficiente.

A Ordem dos Enfermeiros, no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) no Dec. Lei nº 104/98, de 21 de Abril, artigo 4º do capítulo II define o Enfermeiro Especialista como: “Enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Considerando ainda a abordagem patente no Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas (2007-2010), referente à formação dos enfermeiros generalistas cuja formação académica de base, pressupostamente lhes deveria conferir conhecimentos e capacidades para cuidar do doente oncológico, e dada a especificidade de competências e a prioridade de prestação de cuidados a estes doentes a European Oncology Nursing Society, no seu core-curriculum (2005/ 2010), descreve que os enfermeiros em oncologia devem ser capazes de criar um ambiente terapêutico que possibilite a expressão das necessidades e dúvidas, por parte dos doentes e dos seus familiares, bem como de providenciar cuidados de enfermagem baseados em conhecimento científico (European Oncology Nursing Society, 2005). Neste contexto, é crucial que os enfermeiros que trabalham em oncologia tenham a supervisão e orientação de outros, com formação pós-graduada nesta área, para que, de um modo sustentado e de acordo com a European Oncology Nursing Society, (2005, p. 20), possam ser planeados e realizados “cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, para o tratamento e prevenção dos efeitos secundários da quimioterapia” e que a implementação dos mesmos confira segurança e efetividade, ao longo do percurso da doença.

Perante esta descrição e baseando-me nas competências descritas pela Ordem dos Enfermeiros e pela European Oncology Nursing Society, defini como objetivo geral do meu

projeto: “Elaborar e propor um guia de acompanhamento telefónico por forma a monitorizar os efeitos secundários da quimioterapia no domicílio e contribuir para a promoção do autocuidado do doente/ família, bem-estar e qualidade de vida dos mesmos”.

1. Identificação da problemática

Na última década, na profissão de enfermagem observou-se uma crescente valorização de protótipos de formação assentes na autoaprendizagem e na promoção de momentos reflexivos. Contudo, a arquitetura da formação não contempla apenas um curriculum rico em cursos, conhecimento ou técnicas, ela alicerça-se fundamentalmente na reflexão individual sobre a prática e na (re) edificação contínua das identidades pessoal e profissional. Foi imbuída por esta consciência que, procurei ao longo da minha vida profissional prosperar como pessoa e como profissional, sendo que a área da oncologia e mais concretamente os doentes em tratamento antineoplásico, sempre suscitaram em mim um interesse particular.

É certo que as vicissitudes profissionais e institucionais foram impeditivas desta concretização mas, como um dia disse Platão “A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento” ao que ousou acrescentar, ampliar esse conhecimento direcionando-o e não cedendo.

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim. A minha frequência do Curso de Pós Licenciatura foi o contributo para ampliar esse conhecimento e simultaneamente o meu empenho por esta área do cuidar, à qual a empatia, a disponibilidade, a comunicação e naturalmente o saber, se aliam e se inserem amplamente nos objetivos dos cuidados de enfermagem no que respeita à preservação da dignidade humana (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Nesta sequência, admito que a precisão da deferência pela dignidade deste doente/ família é fundamental, da mesma forma que a promoção de um cuidar humanizado por parte dos profissionais de saúde e em particular pela equipa de enfermagem, no que respeita à sua singularidade e valorização das suas necessidades no campo bio-psico-social e espiritual é imprescindível.

Ainda que para um diagnóstico de cancro, a cura seja uma conjectura, cuidar da pessoa doente é uma necessidade premente que exige por parte do Profissional de Enfermagem um conhecimento do doente/ família para que a resposta às necessidades e alívio dos sintomas identificados/ manifestados sejam efetivos. A disponibilização de informação e ensino adequados por parte destes profissionais pode então ser conducente de uma melhoria da qualidade de vida e bem-estar destes doentes e seus familiares.

Perante este cenário, adotei um percurso que me tem permitido o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e simultaneamente contribuísse para dar resposta a uma problemática que me tem inquietado e ao mesmo tempo representa uma necessidade sentida e identificada pelos colegas do Hospital de Dia Oncológico. O desenvolvimento de competências inerentes à prestação de cuidados de enfermagem especializados, implicam um percurso de aprendizagem contínuo, integrando os conhecimentos teóricos adquiridos durante o Curso de Pós Licenciatura com uma aprendizagem no contexto da prática dos cuidados.

De acordo com a literatura consultada e do que foi permitido constatar durante os ensinamentos clínicos realizados, o doente/ família em tratamento são frequentemente acometidos no domicílio por medos, angústias e incertezas perante a manifestação dos efeitos secundários. Muitos destes sentimentos podem ser superados sem que o doente/ família tenham de se deslocar ao hospital, desde que ambos tenham recebido informação suficiente para promover o seu autocuidado e recorrendo a ajuda externa se necessário. Esta ajuda, pode ser fornecida à distancia, nomeadamente se existir uma linha telefónica e simultaneamente um acompanhamento estruturado através da utilização do mesmo método. Deste modo, podemos contribuir para que este binómio (doente/ família) se sinta mais seguro e confiante.

Para que este propósito se verifique, de acordo com a EONS (2005) é necessário garantir que as respostas em termos dos cuidados prestados sejam adequadas, independentemente do grau de formação avançada dos vários enfermeiros destas unidades.

Considerando que, e segundo a Ordem dos Enfermeiros (2009, p. 5), as especialidades em Enfermagem devem ser sustentadas numa lógica de benefício para o cidadão no que concerne às suas necessidades em cuidados de saúde, o desenvolvimento de competências e conhecimentos na área do acompanhamento de enfermagem ao doente/ família em tratamento de quimioterapia em regime ambulatorio, constitui um tema que considere importante aperfeiçoar no meu contexto de aprendizagem. Relativamente às competências comuns dos enfermeiros especialistas apresentadas pela Ordem dos Enfermeiros (2009) e não descurando todas as outras inerentes ao exercício profissional de um enfermeiro especialista, propus-me durante a unidade curricular de ensino clínico, desenvolver competências que me permitam ser uma profissional que:

- ▶ Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- ▶ Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro;

- ▶ Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de Enfermagem e seus colaboradores bem como a articulação na equipa multiprofissional;
- ▶ Adapta e lidera a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a otimização da qualidade dos cuidados;
- ▶ Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Com este trajeto de aprendizagem e, de acordo com o preconizado pela European Oncology Nursing Society (2005), foi minha pretensão, compreender os efeitos do cancro e seu tratamento no doente e família, assegurando a dignidade, aconselhamento e confidencialidade, permitindo aos doentes expressar as suas dúvidas e preocupações e deste modo contribuir para a minimização dos efeitos secundários da quimioterapia através do controlo sintomático. Para a prestação de cuidados e também de acordo com a European Oncology Nursing Society (2005), propus-me ao longo deste percurso, planejar intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica para o tratamento e prevenção dos sintomas e complicações do tratamento do cancro, demonstrar como a experiência de aprendizagem prévia pode desenvolver e enriquecer o conhecimento, as habilidades e destrezas adquiridas para a prática de enfermagem oncológica e, por fim, a utilizar estratégias e intervenções de apoio adequadas a doentes com necessidades complexas, com vista à prestação de cuidados de enfermagem de suporte e holísticos (European Oncology Nursing Society, 2005).

Dadas as competências já apresentadas e tendo em conta o modelo de Dreyfus, utilizado por Patrícia Benner (2001), na classificação dos enfermeiros de acordo com o seu nível de experiência numa determinada área clínica, classifico-me como “Proficiente” na abordagem ao doente/ família em tratamento de quimioterapia – monitorização dos efeitos secundários – pois apesar do investimento e estudo efetuado, o estatuto de “Perita” decorre também de uma experiência ampla neste contexto e este é um aspeto que só agora comecei a desenvolver. Contudo, é meu desígnio prosperar no sentido de atingir o estatuto de enfermeira “Perita” nesta área do cuidar.

2. Enquadramento Teórico

O presente capítulo divide-se em cinco subcapítulos: no primeiro subcapítulo, intitulado “o cancro”, será desenvolvida a incidência do cancro, as repercussões para a pessoa/ família com o diagnóstico de cancro e suas necessidades, bem como a justificação da necessidade de acompanhamento de enfermagem com vista à promoção do autocuidado da pessoa em tratamento de quimioterapia e perante a manifestação de efeitos secundários no domicílio.

No segundo subcapítulo, abordarei o bem-estar, condição fundamental para um estado dinâmico de equilíbrio.

No terceiro subcapítulo, referir-me-ei à teoria de enfermagem na qual foi ancorado este trabalho - a teoria de Autocuidado de Dorothea Orem.

A comunicação, eixo integrador entre os cuidados, ensino e pesquisa em enfermagem e através do qual se estabelece a relação terapêutica, será abordada no quarto subcapítulo.

Por último, irei reportar-me ao acompanhamento telefónico como um meio de monitorização dos efeitos secundários com vista ao bem-estar, promoção da autonomia e qualidade de vida do doente/ família.

2.1. O cancro

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2013), o cancro consiste num descontrolo do crescimento e divisão de células, podendo afetar quase qualquer parte do corpo. Esta proliferação anormal pode invadir tecidos adjacentes e/ou metastizar para locais distantes, sendo que as metástases constituem a maior causa de morte por cancro. Alguns tipos de cancro podem ser prevenidos através da evicção à exposição a fatores de risco comuns e muitos podem ser curados, sobretudo quando detetados precocemente (Organização Mundial de Saúde, 2013).

Atualmente, o cancro é considerado um dos principais problemas de Saúde Pública Mundial, relacionando-se com as alterações dos hábitos de vida adquiridos pós-industrialização (sedentarismo, nutrição, consumos, etc) e interfere significativamente com o estilo de vida sendo que habitualmente tem consequências graves com repercussões nas rotinas do doente/ família. Caracteriza-se por ser uma doença crónica permanente, com progressão lenta, causando incapacidade e deficiências residuais, provocadas por alterações patológicas irreversíveis, que requerem uma formação especial do doente para a reabilitação e, por vezes, longos períodos de supervisão, observação ou cuidados. Neste sentido, as doenças crónicas e, mais especificamente, a doença oncológica é uma das principais e urgentes preocupações dos governantes mundiais e dos profissionais de saúde, que têm um papel vital perante o doente oncológico e a sua família. O Plano Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Oncológicas (2007-2010) identifica o cancro como uma das precedências do Plano Nacional de Saúde uma vez que é a segunda principal causa de morte em Portugal e tem um forte impacto nos doentes, família e sociedade. Perante a necessidade premente de se construir uma resposta organizada às necessidades destes doentes, o referido

plano, considera o acompanhamento do doente oncológico ao longo de todas as fases da sua doença, desde a prevenção, rastreios, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos.

De acordo com a Direção Geral de Saúde (2000 p.9), o seu peso percentual no total de mortes revela um aumento constante e progressivo. Cerca de 13% de todas as mortes no mundo têm como causa, o cancro. Em Portugal e segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), o número de mortes por cancro não para de aumentar. Em 2010 quase 25 mil portugueses morreram vítimas de um tumor maligno, 60% da mortalidade deveu-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%), sendo que nos últimos cinco anos se registou um aumento de 12% de mortes por cancro.

Perante esta constatação, apesar destes dados serem do conhecimento das autoridades competentes, o (ex) Presidente do Colégio da Especialidade de Oncologia da Ordem dos Médicos, Jorge Espírito Santo, numa entrevista ao Jornal O Público (2010) referiu que «a doença oncológica é o parente pobre» da saúde. É uma doença que, «...tem aumentado em termos de incidência, de exigência, de peso assistencial, em termos de recursos necessários, de complexidade da decisão terapêutica e daquilo que se faz aos doentes». Contudo, apesar do aumento de mortes, Jorge Espírito Santo sublinha que a taxa de sobrevivência à doença é cada vez maior: «Há cada vez mais mortes em termos absolutos, mas a taxa de mortalidade da maioria dos tumores tem estado a diminuir». Refere também ser lamentável que em Portugal o cancro tenha sido «sempre subfinanciado», que «Os recursos que são consumidos no combate ao cancro - desde a prevenção até aos cuidados paliativos - são muito mais baixos do que o impacto que a doença tem na sociedade», lembrando que no «bolo global da área da saúde», a fatia gasta com o cancro é «muito mais pequena do que o impacto da doença na sociedade». Salienta ainda, a necessidade de ser efetuado um levantamento que permita saber em que condições se pratica a oncologia hoje em dia. A conveniência deste levantamento, de acordo com Espírito Santo é o de reforçar a ideia de que vale a pena investir no cancro. “Está mais do que provado que não tratar o cancro é muito mais caro do que tratá-lo”. Num estudo que efetuou em 2009 com outros especialistas, no qual se calculou o impacto/ encargo desta doença em Portugal (anos de vida perdida devido a morte prematura e o número de anos com incapacidade), Jorge Espírito Santo concluiu que os custos diretos (hospitalização, tratamentos, etc.) do cancro em Portugal ascendiam a 53 euros per-capita por ano, menos de metade do que se gastava em doenças cardiovasculares.

Também em abril de 2007 a Organização das Nações Unidas informou existir uma alta simetria de casos de cancro a poder ser esperada com o tratamento adequado. É por isso necessário consciencializar a comunidade internacional sobre este problema, advertindo para

a necessidade de se atuar no sentido da acessibilidade a tratamentos e vacinas preventivas (Peter Boyle, diretor do Centro Internacional de Pesquisa sobre o Câncer (IARC, 2008).

Neste contexto no Dia Mundial de Luta contra o Cancro, o diretor do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, Nuno Miranda (2013), citado pelo Jornal de Notícias, assegurou que estão em curso diligências para ampliar os rastreios existentes no país, tendo em conta que o diagnóstico precoce é essencial para reduzir a mortalidade nos vários tipos de cancro. Contudo, admite ser necessário que se façam alterações à rede oncológica nacional, após serem feitos levantamentos nos hospitais do país.

Boyle (2008) refere que o "... rápido aumento dos casos de cancro representa um autêntico desafio para os sistemas do mundo", e ainda que o aumento dos casos de cancro no mundo não pode ser apelado de crise, este está relacionado com o contínuo crescimento da população e por uma maior longevidade. Com a evolução da medicina e das tecnologias deparamo-nos, cada vez mais, com pessoas que ultrapassam a doença, isto é, que são sobreviventes de cancro. No entanto, sabemos que o cancro ainda está associado a muitos mitos e a representações sociais de dor, sofrimento, constante adaptação, alterações físicas e psicológicas, representando um futuro limitado e premente (Otto, 2000). Segundo os dados do Boletim Mensal de Estatística de 2009 existiram cerca de 24397 mortes causadas por tumores malignos (Instituto Nacional de Estatística, 2011). Perante este cenário, é natural que a representação de cancro tenha um significado pessoal, relacionando-se, segundo Pais (2004, p.25) “com as experiências anteriores, com a idade, os preconceitos culturais e até informações transmitidas pelos meios de comunicação social”.

Compreender a razão dos factos e da sua correlação torna-se cada vez mais uma necessidade, procurando e exigindo uma maior qualidade de cuidados e responsabilidade profissional. Perante esta realidade impõe-se aos profissionais competências, responsabilidades, trabalho em equipa e desenvolvimento colaborativo de saberes (Alarcão; Rua, 2005). Atualmente, a maior causa de morbilidade e mortalidade são as doenças crónicas, dentro das quais a doença oncológica tem uma grande expressão. Já em 2004 e de acordo com a Direção Geral de Saúde “O cancro está entre as três principais causas de morte em Portugal.” Em 2008 e de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística esta afirmação mantinha-se válida perdurando até à atualidade.

Torna-se, por isso imperioso, que os profissionais de saúde, e nomeadamente os enfermeiros, apostem na sua formação de forma a serem capazes de dar resposta à imensa complexidade de cuidados de que carecem doentes e famílias.

Como profissionais de saúde, temos de ter permanentemente em consideração, diante a pessoa com diagnóstico de cancro, que esta situação é uma experiência única e nova para ela, que as suas respostas à doença serão pessoais, que a doença vai provocar alterações na sua dinâmica pessoal, familiar e social e que a evolução/ incerteza da evolução da mesma, a adaptação e a esperança vão estar sempre presentes e apresentam-se como principais desafios à pessoa e à sua família. Otto (2000, p.893) diz-nos que “o significado do diagnóstico de cancro para o individuo em particular, é altamente pessoal e deriva de diversas fontes, incluindo experiências anteriores com cancro, preconceitos culturais e informação veiculada pela comunicação social”. Também Chantal (2001) refere que a doença oncológica representa um dos fatores que mais interfere com a qualidade de vida, que fica logo afetada a partir do momento em que é transmitido o diagnóstico, relacionando-se com a forte carga emocional que lhe está associada, ao tratamento lento, longo e por vezes complicado e doloroso, ou pior ainda, associada à ideia de morte e de sofrimento.

Neste contexto e perante a confirmação do diagnóstico, a comunicação e a informação a transmitir ao doente assume um papel preponderante, pois o doente irá construir alicerces e estratégias para lidar com a doença, consoante a informação que tem sobre ela. A sensibilidade dos profissionais, o estabelecimento de uma relação empática e de confiança, a utilização de uma linguagem simples, acessível e eficiente, representam algumas das ferramentas que suportam o trabalho do enfermeiro durante o percurso de ajuda ao doente e família neste processo.

Em 2013-03-20 (Portal do Governo), o Ministro da Saúde afirmava: "Temos construído o caminho, de forma sustentada e eficaz, com programas adequados à realidade e necessidades". Perante a atual conjuntura nacional e mundial de crise económica e financeira emerge a seguinte questão: os programas estão elaborados e as necessidades identificadas mas a realidade e a eficácia, onde se situam e onde é possível encontra-las? É suposto que num sistema de saúde seja assegurado um dos princípios elementares, o do acesso e da equidade mas, agora, sem comprometer os níveis de despesa pública, então...será possível garantir a renovação e a sustentabilidade em saúde sem comprometer a qualidade e os direitos dos cidadãos a cuidados de saúde diferenciados? Ou estaremos, de facto, perante uma equação impossível?

Para a resolução do problema relacionado com o aumento dos custos com a doença oncológica, é indispensável fazer-se uma boa gestão da doença, atitude que facilitará a oferta de uma multiplicidade de vantagens que permitirão aumentar a eficiência, reduzir os custos e aumentar a qualidade dos cuidados (Crespo, 2003). Também, de acordo com este autor a

gestão da doença, é uma abordagem que abarca todo o contínuo de cuidados, desde a prevenção à educação, diagnóstico, tratamento e seguimento, consistindo como tal na coordenação entre cuidados primários e especializados; linhas práticas de orientação; educação e *empowerment* dos doentes; cuidados preventivos e deteção precoce; adesão aos tratamentos adequados. Ousaria acrescentar a adesão a sistemas e tecnologias de informação por parte dos profissionais, fundamentados e testados de modo a proporem-se aos Conselhos de Administração.

2.1.1. A quimioterapia antineoplásica e os Efeitos Secundários

O cancro é uma doença crónico-degenerativa, considerado atualmente um problema de saúde pública, e em que vários aspetos como o diagnóstico precoce/ precocidade da instituição do tratamento e meios de reabilitação, física, social e psicológica, são importantes no incentivo à luta contra esta doença. O impacto da hipótese diagnóstica, a confirmação da doença e do seu tratamento têm influência direta no estilo de vida do indivíduo. Sendo assim, a enfermagem exerce um papel importante no controle dos efeitos secundários e nas consequências do tratamento sobre o desempenho físico, psicológico e social do doente.

Existem, atualmente, quatro tipos de abordagens possíveis para o tratamento de uma neoplasia maligna: excisão cirúrgica, irradiação/ radioterapia, quimioterapia e terapia biológica, sendo que as opções estão dependentes do tipo de neoplasia, do estágio da doença e das especificidades celulares do tumor. A modalidade terapêutica que se destaca é a quimioterapia, todavia, muito frequentemente coadjuvada com a radioterapia. Pode ser utilizada de forma neoadjuvante, adjuvante ou paliativa (Murphy, 2000), sendo que são diversas as combinações de citostáticos no tratamento da doença, induzindo os mesmos, efeitos secundários diferentes e de diferentes intensidades (Figueiredo, 2007).

A quimioterapia consiste então no emprego de substâncias químicas com atividade citotóxica, de modo isolado ou em combinação, que atuam diretamente nas células, interferindo no seu processo de crescimento e divisão celular, com o objetivo de tratar pessoas com doença oncológica. Em muitos casos a combinação específica de alguns medicamentos mostra-se mais eficaz contra o cancro do que a administração dos mesmos separadamente.

O estabelecimento do esquema terapêutico vai depender das condições gerais de saúde do doente, da localização e do tipo do tumor, sendo que a sua administração consiste num procedimento que exige um enorme rigor e que geralmente se prolonga por vários dias ou meses.

A via endovenosa é considerada a via de administração mais segura no que concerne à absorção e manutenção do nível sérico da droga. O acesso a esta via verifica-se por meio de punção de veia periférica ou através de cateteres, tanto de curta como de longa permanência (Bonassa & Santana, 2005). Entretanto, devem ser dispensados cuidados especiais na utilização desta via de administração, devido essencialmente à toxicidade local, vascular e dermatológica, causada por grande parte dos quimioterápicos. Entre os sinais e sintomas que caracterizam este tipo de toxicidade, figuram o desconforto passageiro no local de punção, vaso espasmo, dor, eritema, flebite e necrose tecidual severa, comprometendo os nervos e tendões, evento que se relaciona com o extravasamento de drogas vesicantes no tecido adjacente à veia puncionada (Phillips, 2005), podendo chegar até a sensação de morte eminente (Wilkes, 2008).

Tendo em conta que a quimioterapia endovenosa age sistemicamente no organismo, ela irá atingir todas as células de uma forma geral, isto é, os citostáticos “ainda” não possuem especificidade, não destroem seletiva e exclusivamente as células tumorais, estes atuam a nível do ciclo celular, interrompendo-o e modificando a divisão celular das células normais assim como das neoplásicas (Costa, Magalhães, Félix, Costa & Cordeiro, 2005). Por este motivo e embora os fármacos antineoplásicos se tenham mostrado efetivos no tratamento das doenças neoplásicas, podem provocar efeitos secundários e toxicidades nos sistemas com disfunção, pois atuam em todas as células do organismo que se encontram em fase de divisão celular, contudo, a manifestação destes varia de acordo com a resposta individual do doente à terapêutica (Otto, 2000), muitas vezes com repercussões a nível do bem-estar e qualidade de vida dos doentes (Murphy, 2000).

Cada protocolo de quimioterapia consiste então na utilização de um citostático, ou mais frequentemente na associação de 2 ou 3 citostáticos diferentes, uma vez que as células tumorais são capazes de sofrer mutações no sentido de desenvolverem resistência aos citostáticos, que têm mecanismos de ação diferentes, pelo que um tumor que adquire resistência a um determinado citostático, poderá continuar sensível a outros (Bonassa, 1996).

Desta forma, a exposição das células a mais do que um citostático, poderá retardar o mecanismo de resistência tumoral, possibilitando melhores respostas ao tratamento. Por outro lado, a combinação de vários citostáticos diferentes permite obter um efeito aditivo ou sinérgico, e desta forma é também possível utilizar doses mais baixas de cada um dos citostáticos para que os efeitos tóxicos ou colaterais sejam menos intensos.

Depreende-se portanto que, tratar a doença pode não ser relevante, se isso não corresponder a um aumento da qualidade de vida ou então alterar a possibilidade de ela vir a

ser afetada no futuro (Kaplan, 1995), facto que reforça a afirmação de Chantal (2001) que se traduz por não ser suficiente juntar anos à vida, mas ser necessário juntar vida aos anos. Por isso, atualmente se questiona cada vez mais a quantidade de vida sem qualidade e a assunção de que as pessoas confundem mais tempo de sobrevivência com melhor qualidade de vida e de que a morte é o pior possível, o que não é correto (Barofsky & Sugarbaker, 1990).

Por outro lado também os benefícios de tratamentos específicos e não apenas os seus custos se tornam objeto de atenção particular. Analistas políticos e gestores da área da saúde começaram a interessar-se pelos resultados de saúde para avaliar os investimentos (Aaronson citado por Ribeiro, 1998).

Os doentes assistidos em Hospital de Dia de Quimioterapia, realizam os tratamentos em regime de ambulatório, sendo que a maior parte dos sintomas e efeitos secundários sucedem no domicílio. É fundamental dotar estes doentes/ família de estratégias de modo a poderem lidar com esta situação em casa e se sintam capazes de se auto cuidar, pois para além das vicissitudes que o cancro lhes provoca a nível físico, psicológico e social, enfrentam mais um percurso na doença em que terão de suportar sintomas que os deixam debilitados a todos os níveis. É neste contexto que a enfermagem tem extrema importância na sua arte de cuidar para além dos conhecimentos teóricos e práticos inerentes à oncologia, atuando em parceria com o doente/ família, no sentido de o cuidar, ajudar e apoiar nesta fase, através da transmissão da informação necessária que servirá como base ao doente para que esteja mais confiante e munido de respostas e soluções para as dificuldades com que se depara e desta forma alcançar uma maior qualidade de vida, durante o tratamento de quimioterapia, pois como refere Couvreur (2001, p.131) “zelar pela qualidade de vida de todos os doentes e, se possível, aumentá-la através de todos os meios, devia ser o objetivo do ambiente familiar e dos profissionais de saúde que estão em contacto com os doentes que têm cancro”.

É então fundamental que o enfermeiro estimule a promoção da autonomia, autoestima e conforto dos doentes e sua família, através do estabelecimento de uma relação de ajuda verdadeira e de confiança, essencial para adaptação a uma nova etapa da sua vida pois, como refere Tavares (2002, p.17), “como profissionais de saúde não podemos esquecer que temos a obrigação de ajudar (...) a alcançar a qualidade de vida a que todos temos direito. É fundamental que saibamos criar empatia, que sejamos capazes de ouvir e cuidar, e desenvolver a autoestima e a autoconfiança nos utentes”. Assim, a prioridade do enfermeiro é, segundo Lopes (2006, p.48), “estabelecer uma relação que permita um suporte emocional, transmita um sentimento de segurança e que facilite o fornecimento da informação adequada”, uma vez que “a relação que se estabelece entre o enfermeiro e o doente durante o

tratamento de quimioterapia é muito importante (...) é com ele que o doente priva e estabelece uma relação próxima (...) é a ele que o doente coloca dúvidas e apresenta as suas angústias”.

O enfermeiro é assim “a figura pivô” (Lopes, 2006, p.49) em todo este processo, pela sua proximidade e pelo papel que desempenha, pois é ele quem efetua a preparação do doente para a administração da quimioterapia, que procede à administração da mesma e à vigilância dos seus efeitos secundários e, sobretudo, é este profissional que está presente e acompanha o doente/família ao longo de todo o tratamento. Ainda, de acordo com Lopes (2006, p.49) “o tipo de cuidados solicitados (...) a estes enfermeiros é de grande complexidade e exigência”.

Como enfermeira, tenho consciência que a perceção do cuidar de doentes em ambulatório é diferente. O tempo é um elemento precioso para se estabelecer uma relação com o doente e a sua família e o saber fazê-lo é fundamental. Logo, este tempo não deve ser limitado pois o doente que temos à nossa frente é uma Pessoa à qual devemos demonstrar a nossa presença e disponibilidade, oferecer ajuda para estar com ele, de modo a assegurar o seu conforto, respeitando a sua dignidade, proporcionando um ambiente de confiança para que as suas dúvidas, receios e medos, em relação à doença, tratamento e sintomatologia possam ser expostas. Deve então ser estabelecido um clima de confiança, uma parceria que permita capacitar o doente e a sua família no sentido da gestão da doença e, consequentemente, para a adesão ao tratamento (Benner, 2001). A cooperação ativa do doente no seu processo de doença/ tratamento, através do conhecimento de toda a informação inerente à mesma, é um meio facilitador para a dinâmica anteriormente mencionada.

Atualmente, consequência de fatores económicos ou políticos, ou da evolução natural dos cuidados/tratamentos e sua filosofia, a tendência é para que, cada vez mais, o doente vivencie os efeitos secundários da quimioterapia no domicílio, para que passe no hospital apenas o tempo necessário para efetuar o tratamento e tratar fases agudas da doença e as complicações (Costa & Lima, 2002; Dodd, Dibble, & Thomas, 1992; Pereira & Lopes, 2005). Subjacente a esta tomada de decisão, reside a convicção de que o doente e instituição de saúde beneficiam, porque, além de ser uma opção mais humana e sensível, pois torna possível a manutenção de padrões sociais e familiares mais próximos da normalidade, promove a independência e participação nos cuidados e reduz o risco de infeção nosocomial (Cornelius, 2000). Se por um lado esta alternativa representa maior viabilidade para que mais pessoas acedam aos tratamentos, não está isenta de riscos uma vez que os cuidados e vigilância anteriormente efetuados por enfermeiros no internamento deixam de o ser e o papel do enfermeiro passa a incidir sobretudo na educação, no sentido da promoção do autocuidado - preparação do

doente/ família para gerirem situações que podem trazer riscos acrescidos se o doente não for devidamente preparado para gerir as situações com que poderá eventualmente deparar-se. Cabe então ao enfermeiro, o papel de desenvolver atividades educativas junto do doente, relacionadas essencialmente com o autocuidado e tendo como meta a sua independência. Deste modo, é necessária uma abordagem facilitadora de um entendimento e cooperação no tratamento junto do doente, através de uma linguagem acessível e de modo a que o doente se encontre preparado para enfrentar as mudanças advindas da doença/ tratamento e alcançar o bem-estar. Para que ocorra esta adaptação é indiscutivelmente necessária a participação ativa da família, como suporte imprescindível, além da equipe multiprofissional que o assiste, desenvolvendo atividades terapêuticas que promovam o crescimento educativo da pessoa face ao seu processo de tratamento. Deste modo, é possível identificar a necessidade terapêutica de autocuidado por parte do enfermeiro, de modo a poder ajudar a pessoa através de um sistema de enfermagem que melhor se adeque à situação (Orem, 1995).

Para estes doentes, a situação instalada é conducente de algumas alterações. É uma situação que implica muitas vezes a dependência de um membro da família, incapacitando a pessoa de assumir os seus papéis socio familiares e dificultando as atividades de autocuidado. Perante estas alterações num dos elementos da família, “os outros sentem-se implicados, começando a surgir alterações no seu dia-a-dia, como consequência da focalização em torno da pessoa dependente e respetivas atividades de prestação de cuidados” (Brito & Campos, 2009, p.100). Consequentemente, os cuidados de enfermagem devem ser extensíveis à família e, tal como é reforçado por Ferreira, Morais e Seica, (2009), a necessidade de tempo e de ajuda especializada para que a pessoa e sua família se adaptem às alterações ocorridas recentemente é imprescindível e extensível à necessidade de a pessoa desenvolver o seu autocuidado, retomando as atividades de vida diária sem medos, tabus ou falsas concepções. O desempenho do enfermeiro nesta fase assume uma importância fulcral, constituindo a mesma um verdadeiro desafio revestido de uma grande responsabilidade.

O acompanhamento de enfermagem à Pessoa em tratamento de quimioterapia deve ter como objetivo a recuperação e readaptação funcional, direcionadas para a promoção do autocuidado, assegurando-se que a Pessoa e família sejam participantes ativos em todo o processo, sendo que duas das ferramentas básicas utilizadas se traduzem na educação/ ensino. Martins (2010) numa revisão sistemática por ele efetuada, diz-nos que, o termo acompanhamento não se encontra muito presente na área de enfermagem, contudo Kotzé (1998) define acompanhamento em enfermagem como sendo uma intervenção deliberada e dinâmica promovida pelo enfermeiro e que abrange todas as atividades promovidas de forma

planeada de modo a responder às necessidades do doente. Retrata-o ainda como um processo metódico cujo objetivo assenta na capacidade de conduzir o doente a ser capaz de enfrentar e superar as suas necessidades de ajuda e suporte, através da aceitação da responsabilidade e pela recuperação da independência. No meu entender, o acompanhamento em enfermagem carece igualmente de uma avaliação continuada de uma ação em desenvolvimento, essa ação tem como finalidade proporcionar qualidade de vida, focando a reabilitação do doente e possibilitando a sua independência o mais rapidamente possível.

Fonseca (1997), baseando-se numa revisão da literatura sobre o autocuidado em pessoas a enfrentar o tratamento de quimioterapia, efetuada por Richardson (1992), concluiu ser possível a aplicação da teoria do autocuidado de Orem em doentes oncológicos e que estes mostravam ações de autocuidado relacionadas principalmente com o controlo dos efeitos secundários ocasionados pela quimioterapia: náuseas, vômitos, fraqueza, prioritariamente, facto que coincide com o verificado na prática assistencial junto destes doentes.

Este tratamento revela-se por vezes bastante complexo, requerendo orientações específicas sobre o autocuidado para o doente/ família. O acompanhamento telefónico de enfermagem, surge então como um meio para dar resposta às necessidades evidenciadas/ manifestadas pela pessoa e família.

Segundo Adami (1989, p.10), a consulta de enfermagem “é uma atividade sistematizada que envolve uma relação interativa enfermeiro/ cliente, voltada para a identificação, resolução e/ou atenuação de problemas com base nas necessidades de saúde e condição/situação do cliente”.

Por sua vez Patrício (1995, p. 4) define a consulta de enfermagem como “um encontro de cuidado de saúde centrado em processos de educação participante, visto que suas ações são baseadas na realidade do sujeito (cliente), considerando suas possibilidades e limitações na relação Ser Humano-Ambiente, tendo em vista a promoção de sua saúde e prevenção de agravos de situações limitantes já existentes”.

Eu diria que o mesmo se aplica no acompanhamento, porque se trata de um campo da competência de enfermagem e, tal como nos diz Collière (1989, p.290) “o campo de competência da enfermagem tem como finalidade mobilizar as capacidades da pessoa e dos que a cercam, com vista a compensar as limitações ocasionadas pela doença e suplementá-las se essas capacidades forem insuficientes. A competência da Enfermagem baseia-se na compreensão de tudo o que se torna indispensável para manter e estimular a vida...”, sendo minha convicção que a educação e o ensino são contributos válidos e indispensáveis.

Torna-se então necessário salientar a importância da prática de uma enfermagem avançada, que se traduza por competências especializadas em enfermagem, assente não só no domínio do conhecimento científico, mas também na aquisição de experiência em episódios clínicos relevantes para essas mesmas competências. Assim sendo e de modo a intervir no sentido do contributo para a manutenção da melhor qualidade de vida possível e bem-estar, o envolvimento do doente/ família é crucial para que este binómio se possa auto cuidar. Em minha opinião, o sistema de apoio-educação de Orem (1995) sobressai na medida em que o mesmo é direcionado para as necessidades do doente, sendo que ao enfermeiro competirá fornecer orientações acerca de determinada problemática de modo a promover o autocuidado.

Deste modo, o acompanhamento de enfermagem ao doente/ família em tratamento de quimioterapia é essencial para manter e estimular a vida, promover a adaptação da pessoa à nova condição de vida, ajudando-o na promoção do autocuidado tendo em conta o bem-estar e a qualidade de vida. Assim sendo, faz-me sentido desenvolver este projeto e ancorá-lo na teoria do autocuidado de Dorothea Orem, da qual aludirei mais adiante.

2.2. Bem-Estar

O prolongamento da vida dos doentes oncológicos tem aumentado cada vez mais e “o cancro passou a ser considerado como doença crónica com períodos de remissão (sem doença com ou sem tratamento de manutenção) e de recaída (com doença, tendo lugar tratamentos agressivos, tais como quimioterapia ou radioterapia)” (Sá, 2003, p.23).

Atualmente, e apesar de mais de 60% dos doentes com cancro poderem vir a morrer devido a esta causa (Gómez-Batiste, 2003), verifica-se que, a probabilidade de sobrevivência a cinco anos para a grande maioria dos cancros ultrapassa os 50% e é muito maior hoje do que há 50 anos atrás, facto que vem confirmar, cada vez mais, a maior cronicidade desta doença (Sá, 2003). Infere-se então, que saúde e bem-estar estão necessariamente associados. Já em 1948 a Organização Mundial de Saúde definia saúde como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença. Existia assim nesta definição uma demarcação entre o físico, o mental e o social. Contudo, Segre et al (1997) dizem-nos que este conceito, atualmente é irreal, ultrapassado e unilateral, pois ao aludir ao “perfeito bem-estar” coloca uma utopia. O que é “perfeito bem-estar?” A Organização Mundial de Saúde define Bem-estar (well-being) como sendo “...um estado dinâmico de equilíbrio (Wellness) físico, mental e social; (...) o bem-estar tem sido visto como o resultado de quatro fatores chave sobre os quais o indivíduo tem vários graus de controlo: biologia humana, ambiente físico e social, organizações de saúde e estilos de vida.”

As alterações na saúde/doença do indivíduo são processos de transição que tendem a tornar a pessoa mais vulnerável aos riscos que poderão vir a afetar o seu bem-estar.

Deste modo, a pessoa com doença oncológica em tratamento de quimioterapia e com manifestações secundárias ao mesmo, terá certamente o seu bem-estar afetado negativamente.

A diminuição do bem-estar que é associado aos efeitos secundários da quimioterapia pode manifestar-se de variadas maneiras e independentemente da intensidade da manifestação dos efeitos secundários, o nível de bem-estar está alterado. Deste modo as manifestações do bem-estar físico relacionam-se essencialmente com alterações da funcionalidade e do controlo de sintomas (dor, fadiga...); as alterações no bem-estar psicológico manifestam-se sobretudo por ansiedade, alterações de humor e tristeza; em relação ao bem-estar social, as manifestações fazem-se sentir através de alteração de papéis, estabilidade financeira; quanto ao bem-estar espiritual, relaciona-se com a fé ou falta dela, vontade de Deus, religião.

E estão assim patentes outros fatores para além dos físicos, que influenciam significativamente o bem-estar dos doentes. Eu diria, corroborando Segre et al (1997) que “quando se fala em “bem-estar” já se englobam todos os fatores que sobre ele influem. Perante esta necessidade evidenciada e/ou identificada, a resposta passa pelo estabelecimento de uma relação de ajuda entre a tríade (doente – família – enfermeiro) para a qual a comunicação terá de fazer parte integrante, adquirindo uma importância inequívoca e angariando destaque nos cuidados de enfermagem, cuja finalidade se direciona para a melhoria da qualidade de vida na qual a segurança e a promoção da autonomia estão implícitas.

A qualidade de vida será então, aquilo que o indivíduo diz que é, e só pode ser de facto avaliada pelo próprio (Otto, 2000).

Logo, a qualidade de vida revela-se um conceito dinâmico, que está sujeito a alterações de acordo com o tempo e as situações vivenciais, ou seja com a experiência e as vivências que se vão tendo ou adquirindo ao longo do tempo (Duarte, 2002; Santos, 2001; Pais-Ribeiro, J. 2007 e 2009; Pinto, Cândida e Ribeiro, José Luís, 2010).

Em suma, a qualidade de vida tem uma sucessão de características importantes que assentam: na subjetividade, é baseada naquilo que o doente diz; é dinâmica, está sempre a alterar e é um conceito multidimensional (Grant & Rivera, 1998).

Pode-se então afirmar, que a qualidade de vida do doente oncológico depende muito das expectativas pessoais de cada um e que estas por sua vez variam em função de uma série de fatores, designadamente as experiências de vida que cada doente já vivenciou. Daí que, perante um mesmo diagnóstico oncológico, as expectativas entre os indivíduos poderão ser

totalmente diferentes, o que constitui uma fator relevante uma vez que sempre que os efeitos da doença forem menores do que os esperados, a qualidade de vida será beneficiada, em contrapartida e de acordo com o esperado, quanto mais negativos forem os efeitos da doença, menor será a qualidade de vida percebida (Wagner, 1995). Desta forma, podemos concluir que as expectativas adequadas do doente oncológico melhoram a sua qualidade de vida (Wan, Counte & Cella, 1997).

Contudo, o enfermeiro depara-se com outra situação, para a qual tem de estar preparado e na qual é necessário intervir: ao longo de toda a evolução da doença perdura habitualmente um grande stress e a qualidade de vida não apenas do doente, mas também das pessoas com quem vive é deveras alterada, pois o cancro além de acometer o doente, penetra igualmente no seio da família e no seu meio ambiente (Moreira et al, 2001), sendo que a família vivência a situação de stress relacionada com a doença oncológica tal como o seu portador (Dias, Manuel, Xavier & Costa, 2002). Esta situação faz com que o doente e a família passem por momentos de alguma instabilidade pois quando um elemento da família adoece esta terá de fazer uma adaptação à doença e ao sofrimento instalados. Ocorre uma reorganização da família de modo a integrar o doente, a doença e a forma de a controlar na sua organização interna (Neves, 2001).

Para que tudo opere, cada família, terá que encontrar o seu estilo próprio de comunicação e as suas próprias regras, sendo que também a família passa a ser alvo dos nossos cuidados, uma vez que é o núcleo base de suporte do doente e o seu envolvimento é fundamental (Sá, 1996). Marques (2000) considera assim o doente e a família como parte integrante da equipa de saúde.

2.3. Modelo de Enfermagem de Dorothea Orem – Teoria do Autocuidado aplicada no acompanhamento telefónico ao Doente/ Família em Tratamento de Quimioterapia em Ambulatório

A proposta de tratamento de quimioterapia a par com o decorrer do mesmo despoleta no doente um turbilhão de sentimentos: medo de não ultrapassar a fase em que se encontra, receio de morte eminente, medo de não conseguir suportar/ controlar os efeitos secundários, medo do futuro, sentimentos de isolamento e de culpa, preocupações com a sua família nuclear, medo e sentimentos relacionados com as alterações a nível físico, psíquico e sociais.

É importante que neste momento o enfermeiro e o binómio doente/ família beneficiem mutuamente da relação terapêutica através do estabelecimento de uma relação empática e de

confiança, o que por um lado permite ao doente desenvolver mecanismos facilitadores da gestão de todo o processo de tratamento, tomada de decisão e maior autonomia e por outro lado o enfermeiro consegue que o doente adira ao tratamento e “ganha” um parceiro ativo em todo o processo.

Torna-se então indispensável que o cuidar, objetivo major da enfermagem esteja fundamentado, num conceito previamente validado. As teorias de enfermagem ajudam-nos a satisfazer esse requisito essencial. Fonseca, (1997) citando Levin, et al (1979) refere que o autocuidado é considerado como uma capacidade individual, opção, direito e modo de atuação democrática tanto do profissional como do doente, na qual é suposto ocorrer uma transferência de conhecimento através de um processo contínuo de educação.

Ao considerar as diferentes Teorias de Enfermagem e tendo em conta o trabalho a que me propus, faz-me sentido ancorá-lo na teoria de Dorothea Orem (1993, p.1), para quem os cuidados de enfermagem “requerem conhecimentos e práticas especializadas, por parte dos enfermeiros, para que possam prestar cuidados de enfermagem a pessoas que necessitam desses cuidados”, devendo o enfermeiro possuir um conjunto de competências ao nível social, nomeadamente competências comunicacionais que lhe permitam estabelecer contatos com os doentes e os seus familiares Orem (2001).

Orem (1995), refere que o ser humano, como racional que é, possui a capacidade de refletir sobre si e o meio que o rodeia e consequentemente de se auto cuidar. Sendo o Homem e meio ambiente vistos como um sistema integrado que se influenciam mutuamente, a interação entre eles afeta necessariamente o seu crescimento e desenvolvimento durante o ciclo de vida, assim como a saúde e o bem-estar, (Orem, 2001).

De acordo com esta teórica, uma situação de doença pode condicionar a capacidade de independência da pessoa, tendo em conta que a sua capacidade de raciocínio, de tomada de decisões e de atuação para alcançar os objetivos necessários ao autocuidado se encontram limitados. Esta situação conduz a que o doente seja incapaz de se auto proporcionar quantidade e qualidade de autocuidado, elementos terapêuticos para a subsistência da saúde como acontece na pessoa em tratamento antineoplásico, cabendo então ao enfermeiro a responsabilidade de providenciar a assistência necessária (Orem, 2001).

A doença implica assim mudanças estruturais e funcionais, beneficiando da necessidade de medidas especializadas de autocuidado. Neste sentido, o autocuidado vai implicar um conhecimento geral dos objetivos e das práticas de autocuidado, bem como do conhecimento específico sobre o estado de saúde, o ambiente físico e social, a interiorização das reflexões e da motivação necessárias, de forma a ultrapassar o déficit de autocuidado (Orem, 1993).

Orem (1995), desenvolve a sua teoria, tendo como base o conceito de autocuidado, inserindo os cuidados de enfermagem nesta perspetiva. O enfermeiro perante uma pessoa incapaz ou limitada na satisfação do seu autocuidado planeia e implementa um conjunto de intervenções que visam cuidar da pessoa com diferentes graus de dependência e promover o seu autocuidado. Orem (1993, p.131), define autocuidado como sendo “o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Este conceito é visto como um fenómeno de saúde e foco da prática de enfermagem.

Assim sendo a prestação de cuidados de enfermagem advém da incapacidade do doente em manter sucessivamente a quantidade e qualidade do autocuidado que são terapêuticos para manter a vida e a saúde, para a recuperação da doença e para combater os seus efeitos (Orem,1993). Então, a capacidade que o indivíduo tem para cuidar de si próprio é denominada intervenção de autocuidado, e a capacidade de cuidar dos outros intitula-se intervenção de cuidados dependentes. Assim sendo, o modelo de Orem tem como meta ajudar o doente a satisfazer as suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado sendo que de acordo com Luce, et al. (1990), citado por Torres, et al (1999), a sua teoria tem como premissa básica, a convicção de que o ser humano tem aptidões próprias para promover o seu próprio cuidado, podendo contudo beneficiar do cuidado da equipe de enfermagem aquando da incapacidade de autocuidado motivado pela falta de saúde. (Orem,1991, 1995) diz-nos também que cada Pessoa tem o seu próprio conceito de saúde e a capacidade de adaptação, avaliação e modificação do seu estado de saúde e dos outros, sendo que a integridade e robustez estrutural e funcional da própria Pessoa são os fatores representantes da saúde.

Dorothea Orem ao considerar a necessidade de ajuda por parte do enfermeiro ao doente/família de modo a que os mesmos mantenham a sua independência, desenvolveu três teorias interligadas:

► Teoria do Autocuidado de Orem, na qual se insere como componente principal os requisitos de autocuidado, que são ações e sequências de ações, apreendidas pelo doente, para controlar os fatores que o estão a afetar de forma a manter a sua vida, a sua saúde e o seu bem-estar. Estes podem ser universais, de desenvolvimento e associados ao desvio de saúde (Orem, 2001). Segundo a autora, os requisitos universais influenciam diretamente o ser humano, são comuns a todos os indivíduos para a manutenção da vida (suprimento de ar, água, alimento, atividades e repouso cuidados referentes à eliminação; solidão e interação social; bem-estar e desenvolvimento potencial; anseio de normalidade). Os requisitos de

desenvolvimento estão associados ao desenvolvimento de todas as fases do ciclo vital (adolescência, gravidez, envelhecimento e o ser perante a morte) e às situações que influenciam a total realização do cuidado e condições e situações adversas que afetem o desenvolvimento humano. Por último, os requisitos de desvios de saúde que surgem aquando da doença podem gerar obstáculos à manutenção de autocuidado e que a doença ou a incapacidade impõe. E é ao nível do défice do autocuidado que os enfermeiros atuam (Orem 1993, 2001).

► Teoria do défice do autocuidado, Orem descreveu a necessidade de intervenção de enfermagem quando a pessoa se encontra incapacitada / limitada para prover autocuidado contínuo e eficaz.

Esses cuidados podem ser complementados pela enfermagem quando “(...) as habilidades para cuidar sejam menores do que as exigidas para satisfazer uma exigência conhecida de autocuidado ...” (Foster & Janssens, 1993, p.92). Segundo os mesmos autores, Orem identificou cinco métodos de ajuda: 1) agir por outra pessoa ou fazer algo por ela; 2) aconselhar ou orientar; 3) proporcionar apoio físico ou psicológico; 4) proporcionar e manter um ambiente que faculte o desenvolvimento pessoal e 5) ensinar o outro.

O autocuidado na teoria de Orem (1991) citada por George (2000) é comparável à saúde holística, no sentido da responsabilização do doente pelos cuidados de saúde. Contudo, ao centrar-se no doente, Orem reconhece igualmente a importância da família na promoção do autocuidado ao doente.

► Teoria dos sistemas de enfermagem, na qual, tendo em conta que o binómio enfermeiro-doente em conjunto pode compensar os requisitos de autocuidado, de acordo com as necessidades de autocuidado identificadas, o doente é incluído no(s) sistema(s): 1) sistema de enfermagem totalmente compensatório (o enfermeiro substitui o doente que se encontra inábil para a realização de todas as ações necessárias ao seu autocuidado); 2) sistema de enfermagem parcialmente compensatório (enfermeiro executa apenas algumas atividades que o doente ainda não consegue realizar, orientando e supervisionado as que o próprio consegue) e 3) sistema de enfermagem de apoio/educação (o doente é capaz de alcançar o autocuidado, mas necessita do apoio do enfermeiro na tomada de decisões e aquisição de conhecimentos/ aptidões) (Orem, 1991, cit in George, 2000), de modo a ganhar autonomia para se auto cuidar.

Segundo Foster & Janssens (1993, p.98) o “ método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as

exigências de autocuidado” corresponde ao processo de enfermagem proposto por Orem (1980) e compreende os seguintes passos, segundo os mesmos autores:

1. Fase de diagnóstico e prescrição – o enfermeiro efetua a colheita de dados, identifica as necessidades ou não de cuidados de enfermagem, faz corresponder os dados específicos às diferentes áreas de necessidades (autocuidado, desenvolvimento e desvio de saúde), inter-relacionando-as. Recolhe igualmente dados relativos aos conhecimentos, habilidades, motivação e orientação da pessoa.

2. Fase do planeamento dos sistemas de enfermagem e dos cuidados de enfermagem. O enfermeiro cria um sistema que seja totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de apoio-educação. Para a realização do planeamento dos sistemas de enfermagem, as ações a incluir seriam: a) uma adequada organização dos componentes das exigências terapêuticas de autocuidado dos pacientes; b) a seleção da combinação de modos de auxílio que sejam, simultaneamente, efetivas e eficientes na tarefa de compensar ou superar os deficits de autocuidado dos doentes. As metas a atingir através da utilização do modelo de Orem, são compatíveis com o diagnóstico de enfermagem, capacitando o doente a tornar-se num agente de autocuidados.

3. Fase de realização e execução do sistema de enfermagem, no qual o enfermeiro pode conceder auxílio ao doente (ou família) relativamente ao autocuidado, para que os resultados identificados e descritos de saúde sejam alcançados. Este passo 3 inclui a evolução (processo contínuo), na qual doente e enfermeiro, em conjunto realizam a avaliação.

Como já referi, os doentes/ famílias em tratamento antineoplásico, carecem de um acompanhamento de enfermagem efetivo e estruturado, que permita a minimização/ satisfação das necessidades identificadas, com eficácia. O enfermeiro através do estabelecimento de uma parceria com o doente/ família e de acordo com as necessidades por eles vivenciadas deverá desenvolver processos eficazes de adaptação ao problema de saúde e deste modo cumpre o preconizado pelo CE da OE (2001) no que respeita à excelência no exercício profissional. O que é pretendido com esta parceria no autocuidado é que a mesma conduza à identificação dos problemas, determinação das ações e intervenção ajustada (Orem, 2001), daí a pertinência desta teoria de enfermagem para o desenvolvimento do projeto a que me propus.

Apesar de considerado o conceito de ser humano estabelecido por Orem, optou-se por usar ao longo deste trabalho o termo Doente e o termo Pessoa¹ (CIPE, 2011), para fazer referência à pessoa que está a vivenciar uma situação de doença oncológica.

2.4. A Comunicação como instrumento de trabalho dos enfermeiros

Sendo o Homem um ser eminentemente social, a comunicação reveste-se de particular importância nas relações interpessoais e é parte integrante de todo o percurso de uma vida.

De acordo com a mesma autora, “A comunicação é um processo de troca, de partilha de informações e de sentimentos, que se desenrola num clima de abertura entre duas pessoas que se exprimem numa linguagem verbal e não-verbal.” (Phaneuf, 2001:VI).

A utilização da comunicação como ferramenta terapêutica revela-se de grande utilidade no estabelecimento de um clima de confiança, através da demonstração de empatia, apoio, escuta e respeito pelos valores do outro, revelando-se como impulsionadora da relação de ajuda e de confiança (Phaneuf, 2005)

Constitui, deste modo a base de todas as relações humanas, variando com a mensagem a transmitir e o contexto. Perante este pressuposto a comunicação pode ser vista como uma “...expressão de ajuda e compreensão que dá resposta à satisfação das necessidades humanas básicas, de ordem afetiva, moral, espiritual e social.” (Almeida, & Silva, 2004).

Os profissionais de enfermagem, para comunicarem eficazmente com os doentes/ famílias, precisam de ter conhecimento das técnicas de comunicação, e de desenvolver competências no domínio da relação de ajuda e de uma observação cuidada. Para que uma comunicação seja considerada eficaz, Sá (1999, p.27) define vários critérios que devem estar presentes: Simplicidade; Clareza; Momento e pertinência; Adaptação; Credibilidade; Congruência e Coerência” e que considero serem os essenciais na comunicação por telefone acrescentando-lhe ainda o tom de voz.

A Sócrates, filósofo grego, é atribuído o seguinte pensamento: “Fala para que eu te veja”, o que se traduz no saber comunicar através da escuta ativa, de modo a conhecer o outro e poder ajudá-lo, tendo sempre o cuidado de validar o que se transmitiu e adotando uma postura humilde e de disponibilidade. Talvez este seja o primeiro passo para assegurar o sucesso de um simples processo e o melhor resultado para o mesmo.

¹ A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, nas crenças e nos desejos da natureza individual, o que torna cada pessoa num ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se. Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. (...) a pessoa tem de ser encarada como ser uno e indivisível.(CE,2001, p. 6-7)

A comunicação representa um pilar fundamental em saúde e constitui uma das ferramentas de trabalho dos enfermeiros. Em oncologia a comunicação não se cinge apenas às palavras, ela abarca uma vasta vertente na qual a linguagem corporal está implicada. Muitas vezes é através do comportamento não-verbal, que o enfermeiro demonstra a sua disponibilidade e interesse. Querido et al. (2006, p.358) referem-se à comunicação como “um processo dinâmico e multidireccional de intercâmbio de informação, através de diferentes canais sensorio-percetuais (acústicos, visuais, olfativos, tácteis e térmicos) que permitem ultrapassar as informações transmitidas pela “palavra”. Sendo assim, dá oportunidade ao doente para expor os seus problemas, as suas preocupações e de explicar como se sente.

Na perspetiva de Bertone et al. (2007) a comunicação deve fazer parte integrante da prática do enfermeiro de modo a permitir garantir o sucesso dos procedimentos técnicos e da relação, binómio que compete para a melhoria qualidade de vida da pessoa que necessita dos cuidados de enfermagem.

Stefanelli (2005) considera a comunicação, uma das componentes básicas da área da saúde, referindo que o trinómio, comunicação, saúde e enfermagem se interpõem, de tal modo que não se pode falar em saúde e enfermagem sem nos reportarmos à comunicação. Acrescenta, que a comunicação é o eixo integrador entre os cuidados, ensino e pesquisa em enfermagem pois permite que o enfermeiro exerça a sua profissão como ciência e arte, de forma integrada, favorecendo a integração do ser pessoa como ser profissional. Considera-a também a essência do cuidado humano e fundamental na educação em saúde e principalmente essencial à saúde da pessoa. (Stefanelli (2005) salienta no entanto que a comunicação humana e terapêutica são distintas, enunciando a primeira “como um processo de compreender, partilhar mensagens enviadas e recebidas, em que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas envolvidas” e a segunda como a utilização da comunicação humana com o objetivo de ajudar o outro, desenvolvendo relações interpessoais construtivas. Na tentativa de ajudar a encontrar meios para manter ou restabelecer a saúde do doente, o enfermeiro faz uso da comunicação terapêutica de modo a identificar os problemas, com base na atribuição que o próprio doente faz dos significados dos factos que lhe sucedem.

Em oncologia, a comunicação é importante e árdua, implica o desenvolvimento de capacidades essenciais na relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente/família onde se incluem o saber ser e o saber estar e simultaneamente consciencializar os sentimentos. Encerra princípios específicos, que Imedio (1998) citado Garcia (2002) diz permitirem que a comunicação seja simultaneamente assertiva e terapêutica: o respeito pelos direitos dos

doentes; a confidencialidade; dizer sempre a verdade; transmitir esperança; não ter medo de interagir a nível emocional; ter em atenção que a iniciativa é sempre do utente. Este último aspeto adquire destaque na medida em é o próprio doente que sabe o que precisa e quando é o momento em que se encontra preparado para abordar alguma questão, muitas vezes causadora de sofrimento e angústia.

Diz-nos Garcia (2002, p.23), que “Por vezes, podemos estar tão preocupados em abordar determinada questão que nem nos apercebemos do que realmente preocupa o doente”. Esta frase, adverte-nos para a importância de estarmos atentos e darmos a possibilidade ao doente de se exprimir. Este é um aspeto que deve caracterizar cada momento comunicativo durante a interação com o doente.

A comunicação é assim, um instrumento essencial para atender o doente de uma forma holística e a formação específica nesta área é, acima de tudo, uma obrigação ética e moral do enfermeiro, pois constitui uma estratégia terapêutica que, bem utilizada, pode promover a diminuição do sofrimento do outro.

2.5. O Acompanhamento Telefónico como Intervenção de Enfermagem

A quimioterapia antineoplásica tem efeitos secundários sérios que podem levar o doente a apresentar toxicidades graves, sendo necessário por vezes, hospitalizações e consequentemente o abandono da terapêutica por falta de apoio médico e de enfermagem. Assim sendo, é fundamental monitorizar continuamente os efeitos secundários desta terapêutica, não só para despiste precoce das toxicidades como para capacitar os doentes para lidar com os mesmos.

Gargiulo et al (2007) são de opinião que o cuidar é a base do processo de atuação do enfermeiro e, para que este seja bem-sucedido, é necessário que identifique as necessidades do doente/ família e encontre formas de resolução, numa perspetiva de atuação holística e humanizada. Acrescentam ainda que, a sistematização das ações de enfermagem, apoiadas nesse processo de atuação, têm vindo a permitir a estes profissionais um modo de cuidar científico e humanizado designado a uma assistência qualitativamente adequada, assumindo desta forma uma dimensão especial quando direcionado ao paciente oncológico no estabelecimento ético das prioridades, onde a individualidade, singularidade, estilo de vida, crenças e valores culturais são premissas que se devem considerar.

As mudanças que têm surgido na prática de enfermagem, resultantes da utilização das telecomunicações e tecnologia de informação, pelos enfermeiros (ainda que de um modo

incipiente), remetem para a reflexão acerca da natureza da intervenção de enfermagem no “acompanhamento telefónico”, que me proponho descrever neste capítulo.

A Organização Mundial de Saúde (2010, p.8,9) define telemedicina, como sendo: “A oferta de serviços ligados aos cuidados de saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico ...” à qual a American Telemedicine Association (ATA) - acrescenta a inclusão da educação remota para o médico e paciente. Neste sentido, Souza (2011, p.2) adota então como definição de Telemedicina “O conjunto de serviços clínicos e educacionais que são prestados remotamente e que visam a melhoria e eficiência da prestação de cuidados de saúde.”

De acordo com o Ministério da Saúde, pretende-se que a utilização da telemedicina conduza a uma redução dos esforços por parte dos doentes e dos serviços de saúde e ainda do recurso à urgência hospitalar, factos indutores do melhoramento e aproveitamento dos recursos existentes, com consequente redução de custos. Como vantagens, o Ministério da Saúde refere destacar-se a redução das desigualdades no acesso aos serviços, a prestação de mais serviços com menos recursos, a disseminação de conhecimentos e competências, o aumento da satisfação dos doentes/ familiares, o desenvolvimento de recursos de saúde integrados e o melhoramento da comunicação entre profissionais.

Nesta área concreta do tratamento oncológico em ambulatório, a comunicação por telefone acontece como recurso de aproximação e qualidade de atendimento ao doente/família pela equipa de saúde, numa área subjetiva como é o alívio e controlo sintomático dos efeitos secundários do tratamento de quimioterapia.

Dias (2011, p.8,9) citando Peck (2005), refere que “os enfermeiros devem continuar a ser pró ativos no desenvolvimento da prática de enfermagem, integrando a telemedicina”, definindo-a de acordo com Fairchild (1998) como sendo “o uso de tecnologia de telemedicina para integrar os cuidados, conduta e prática de enfermagem”, sendo que através do “telenursing os enfermeiros podem prestar cuidados como educação, monitorização, (...) acompanhamento do doente, (...), gestão da dor, apoio à família, orientar intervenção multidisciplinar, continuando a prestar os cuidados mas de uma forma extremamente inovadora” (Dias, 2011, p.9). Nesta sequência, a mesma autora de acordo com Peck (2005), refere que os resultados que advém desta prática se traduzem numa redução de custos para a instituição e para os doentes, possibilitando de igual modo mais independência e melhor autogestão dos doentes, com uma intervenção em tempo útil por parte dos enfermeiros.

De acordo com o Department of health (2006), Dias (2011, p.9) refere que “cada vez mais os cuidados de saúde são centrados no doente, o foco é para a autogestão do doente e

responsabilidade do mesmo na prevenção da saúde e tratamento da doença. O desenvolvimento da tecnologia e telecomunicações oferecem apoio nesta atividade, melhorando a qualidade dos cuidados com redução dos custos”. A corroborar com esta afirmação (Larson, 2011) relatado por Dias (2011, p.9), afirma que “estas necessidades dos consumidores, combinadas com as dificuldades financeiras que o sistema de saúde apresenta, podem proporcionar uma oportunidade para expandir os serviços de enfermagem de telefone para melhorar o acesso, a qualidade e diminuir os custos”.

Em contexto de saúde, a comunicação na interação doente/profissional de saúde caracteriza-se por ser de grande exigência, intensificando-se face a situações em que existe sofrimento inerente aos efeitos secundários da quimioterapia, à situação de cronicidade da própria doença, e também na comunicação à distância.

Apesar das múltiplas dificuldades que a comunicação à distância coloca, e em particular a comunicação em saúde, é importante realçar que a mesma veicula vantagens de ordem individual (para o doente/família) e social (para as organizações e para a sociedade), relevantes para os doentes a que me reporto.

Todavia, importa ter a noção que a comunicação via telefone apresenta dificuldades, tais como: excesso de informação, de pormenor, falas rápidas, o que pode levar a impedimentos no seu processamento. A distância introduz ruído, e aumenta a possibilidade de distorções da mensagem (Rego, 1999).

Contudo a comunicação por telefone tem os mesmos pressupostos que uma comunicação presencial exigindo competências para a criação de uma relação de proximidade e/ou intimidade, embora os atores se encontrem fisicamente distantes. A interação neste atendimento torna-se assim, uma prática de elevada exigência profissional da qual não existe habitualmente consciência acrescentando a inexistência de comunicação não-verbal (olhar, expressão, postura, gestos, entre outros) facto que implica um conhecimento mais profundo do doente/ família que estamos a cuidar.

A literatura aponta como principais benefícios do uso do telefone, a acessibilidade à informação sobre os problemas de saúde e respetivas soluções, bem como o evitar deslocações (Hagan, L., Morin, D., e Lépine, R. 2000). Os estudos de Gardner *et al.* (2001) e Bohnenkamp, Lopez e Blackett (2004) constataram que este meio permitiu ultrapassar barreiras geográficas proporcionando a que doentes e outros profissionais pudessem ter acesso à opinião de enfermeiras peritas.

O apoio telefónico surge assim como estratégia de ajuda aos doentes a efetuar tratamento de quimioterapia em regime ambulatório e apresenta como objetivos:

- ▶ Acompanhar telefonicamente o doente/ família;
- ▶ Validar e reforçar o ensino sobre os efeitos secundários;
- ▶ Despistar precocemente as toxicidades, encaminhando o doente se a situação o justificar;
- ▶ Garantir, apoiar e promover a confiança e segurança do doente/família durante o percurso de tratamento e deste modo a qualidade de vida e o bem-estar dos mesmos;
- ▶ Promover a adesão terapêutica;
- ▶ Reduzir o fluxo de doentes à consulta e à urgência.

Traduz simultaneamente ganhos em saúde, na medida em que permite uma promoção da continuidade e proximidade de cuidados ao doente oncológico e família, assim como uma resposta atempada e um adequado encaminhamento e conduz a um aumento da satisfação do doente, família e dos profissionais. Estes aspetos são necessariamente e em minha opinião, fundamentada na literatura consultada, conducentes de uma otimização de recursos com contributo válido para uma redução de custos.

Assim sendo, o atendimento telefónico deve ser efetuado com eficácia e profissionalismo sendo que o processo de cuidados inerente à mesma necessita ser sustentado numa metodologia e linhas orientadoras que garantam a segurança e o cumprimento dos princípios de responsabilidade e ética.

Deste modo, em meu entender, o êxito da gestão de sintomas exige reciprocidade na comunicação enfermeiro/ doente e para que tal suceda é essencial tempo. É igualmente necessária a permuta de informação entre este binómio: por um lado a informação sobre os efeitos secundários que podem ocorrer e que deve ser dada pelo enfermeiro, por outro lado a importância da informação dos doentes aos profissionais de saúde sempre que ocorram episódios relacionados com os efeitos secundários do tratamento.

Muitas vezes, os efeitos secundários não ocorrem de forma isolada, sendo essencial que o enfermeiro esteja informado durante todo o processo de tratamento. De igual modo, Dias (2011), citando Maclann (2009), refere que nem todos os doentes reagem ao tratamento do mesmo modo, alguns doentes manifestam sinais físicos, comportamentais e emocionais da angústia, outros parecem adaptar-se e lidar bem com o tratamento. Por este fato, é fundamental gerir os efeitos secundários da quimioterapia e permitir a compreensão, por parte do enfermeiro, da complexidade deste tratamento.

O uso da tecnologia como suporte à promoção de saúde e bem-estar, serve também para evitar internamentos desnecessários e conferir aos doentes maior confiança e controlo.

A escassa literatura existente diz-nos que o uso desta técnica no âmbito dos cuidados de saúde, pode ser resolutive para a prestação de cuidados a doentes que se encontrem no domicílio. Parafraseando Brown (2001), Dias (2011, p.11) diz-nos que “O uso de tecnologia parece ser bem adequado para a monitorização remota da toxicidade relacionada com o tratamento de quimioterapia devido à prevalência de atendimento em ambulatório, disponibilidade e acessibilidade dos métodos padronizados de avaliação de sintomas, reconhecida na prática clínica”.

Segundo Gómez-Batiste et al (1994), cada membro da equipa de saúde tem um papel na transmissão da informação, cabendo ao médico informar sobre o diagnóstico, prognóstico e estratégia terapêutica, e ao enfermeiro informar sobre os cuidados a prestar, os efeitos da terapêutica e a educação inerentes ao cuidados de manutenção, conforto e promoção da autonomia.

A enfermeira desempenha então um papel importante e de influência na forma como o doente pode reter e compreender a informação, repetindo-a quantas vezes for necessário e adaptando-a em função das necessidades e expectativas do mesmo, (Mills, & Sullivan, 1999).

Considero, importante salientar o Plano Nacional de saúde (PNS, 2004-2010), que no seu capítulo sobre as estratégias para a gestão da mudança nas reorientações do sistema de saúde, quando aborda a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, afirma que atualmente existe um subdesenvolvimento das aplicações de Telemedicina, indicando claramente como orientações estratégicas e intervenções necessárias o apoio ao desenvolvimento da Telemedicina, quer no Serviço Nacional de Saúde (SNS), quer em Portugal (PNS, p.162, 163). Na minha opinião e tendo em consideração a literatura a que tive acesso, será ainda necessária a implementação de cursos de formação dos profissionais de saúde neste campo do acompanhamento telefónico. Assim, tendo em conta as prioridades Nacionais, apesar da parca experiência existente na telemedicina, as orientações estratégicas deverão ser dirigidas prioritariamente para três dos principais problemas de saúde do país, entre os quais e de acordo com o PNS (2004 – 2010), sobressai no Documento de trabalho do Ministério da saúde (DGS, 2005, p. 9,10): o melhoramento do acesso e a qualidade dos cuidados de saúde oncológicos, sendo que se entende que a Telemedicina poderá concorrer significativamente para esse objetivo.

3. Atividades conducentes do desenvolvimento de competências para a implementação do projeto

A metodologia utilizada incidu na prática reflexiva a partir dos ensinamentos clínicos efetuados que, permitiram uma integração da teoria com a prática com o propósito de importar mudanças num contexto real como forma de resposta à minha proposta de trabalho e simultaneamente coincidente com uma necessidade identificada e manifestada pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia Oncológico “B”: controlo mais efetivo dos efeitos secundários da quimioterapia antineoplásica, com vista ao bem-estar do doente/ família e uma maior autonomia dos mesmos, naturalmente suportados na qualidade e segurança dos cuidados prestados e tendo por meta a promoção do auto cuidado.

O enfermeiro especialista tem que ser um profissional reflexivo, capaz de mobilizar a informação científica, técnica e relacional baseada na prática. Os locais de ensino clínico revelam-se de extrema riqueza, pois a “aprendizagem experiencial em ambientes de alto risco requerem o desenvolvimento de um sentido de estrutura moral e de responsabilidade:” Benner (2001,p.16). Estes são uma forma de traduzir a teoria na prática, por conseguinte consolidar os conhecimentos e desenvolver as competências específicas para uma área específica de respostas humanitárias está implícito no objetivo da Ordem dos Enfermeiros, no novo modelo de desenvolvimento profissional. Estas competências alavancarão uma intervenção diferenciada do enfermeiro numa área específica, de modo a que este possua uma compreensão e intervenção mais abrangente perante a pessoa de quem cuida.

No contexto de ensino clínico, selecionei dois locais de estágio distintos delimitados temporalmente: o 1º numa Instituição Privada “A” – Hospital de Dia de Quimioterapia e o 2º no Centro Hospitalar “B” de Lisboa – Hospital de Dia Oncológico, num total de 450 horas (Apêndice I).

Tendo presente que “refletir sobre a experiência e interpretá-la é fundamental, pois só essa atividade concetualizadora lhe atribui significado”, Alarcão (2001, p. 57), Palmer, Burns e Bulman (1995), aludem à perfilhação do ciclo reflexivo de Gibbs como objeto de trabalho na execução da reflexão. Foi ancorada nesta conceção, que no decurso do ensino clínico, utilizei a prática reflexiva de Gibbs na análise sobre as experiências vividas e situações significativas. Simultaneamente, efetuei a análise e debate de ideias com os meus orientadores e pares de trabalho e o registo de factos profícuos para a minha aprendizagem.

O Hospital de Dia de Quimioterapia de uma a Instituição Privada “A” e o Hospital de Dia Oncológico do Centro Hospitalar “B” de Lisboa constituíram assim os dois campos de ensino

clínico, em que integrei as respetivas equipas revelando-se ambos como efetivas mais-valias e representando um tributo para a consubstanciação de saberes e competências específicas, a partir da experiência refletida e da partilha de saberes, êxitos, reveses e emoções. Levou-me ainda a consciencializar a importância de um adequado controlo dos efeitos secundários da terapêutica antineoplásica tendo como premissas o bem-estar, o autocuidado e consequentemente uma melhor qualidade de vida do doente/ família, tendo por base o conhecimento do doente e do esquema terapêutico instituído, as suas necessidades, inquietações e medos.

De forma consciente e sistematizada, procurei mobilizar saberes e competências que me permitissem elaborar um instrumento de trabalho válido, prossecutor da melhoria contínua da qualidade dos cuidados ao doente/ família em tratamento de quimioterapia antineoplásica em regime ambulatorio, tendo em vista o bem-estar e o autocuidado desta unidade básica que é a família.

A atualização do conhecimento científico e a pesquisa efetuada em bases de dados já referenciadas, associadas aos contributos científicos partilhados e concedidos pelas equipas de Enfermagem de ambas as Instituições e à interação e comunicação estabelecidas com os doentes suas famílias e equipa(s) intra e multidisciplinar, constituíram uma realidade major, conducentes de uma necessidade pessoal de robustecer e adquirir saberes que me permitissem desenvolver competências para, de uma forma mais segura e consistente, poder responder ao desafio que me coloquei.

3.1. Atividades desenvolvidas e experiencias de aprendizagem

3.1.1. 1º Ensino Clínico: Hospital de Dia de Quimioterapia - Instituição Privada “A”

O ensino clínico efetuado no Hospital de Dia de Quimioterapia de uma Instituição Privada “A”, teve a duração de 150 horas (Apêndice I) tendo sido motivado por apresentar como missão uma atividade clínica centrada no doente, através da personalização de cuidados e na promoção da qualidade de vida. Por outro lado, a excelência de cuidados prestados, alicerçados em equipas multidisciplinares proporcionando aos doentes a possibilidade de participarem em programas inovadores de diagnóstico e tratamento, representaram uma mais valia para a minha opção.

A Instituição “A” é composta pelos centros, de diagnóstico e tratamento. Compreende as áreas, da oncologia, radioterapia, imagiologia e unidades de consulta referentes às diferentes subespecialidades da oncologia.

Os doentes que aqui ocorrem apresentam diferentes patologias oncológicas, sendo que o cancro da mama é a patologia mais frequentemente presente nos utentes desta Instituição.

Verifica-se a existência de um protocolo com o Hospital “C”, onde são efetuadas as cirurgias e para onde são enviadas as colheitas de sangue efetuadas pela enfermeira, sempre que o doente vai efetuar tratamento ou se verifica alguma alteração ao longo dos ciclos e que o justifique.

Sendo esta uma Instituição, distinta na área oncológica, tive a oportunidade de observar e contactar com uma realidade diferente, tendo em conta a sua especificidade e o trabalho aí desenvolvido. Com este decurso, foi minha pretensão angariar contributos facilitadores para a concretização deste projeto e posteriormente para a proposta de implementação do mesmo no Hospital de Dia Oncológico do Centro Hospitalar “B” de Lisboa.

Numa primeira etapa, expus às Enfermeiras Chefe e Orientadora os objetivos que me conduziram à efetivação deste ensino clínico (Apêndice II), para o qual delinee seis objetivos específicos que serão abordados e analisados de um modo sequencial e conjunto:

- ▶ Integrar a equipa multidisciplinar;
- ▶ Identificar as necessidades de informação do doente/ família em tratamento de quimioterapia em regime ambulatorio;
- ▶ Aprofundar conhecimentos técnicos e relacionais, que conduzam a uma melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, com vista à promoção do autocuidado do doente/ família em tratamento de quimioterapia endovenosa em regime ambulatorio;
- ▶ Aprofundar competências de comunicação na consulta de enfermagem, de forma a promover o autocuidado do doente/ família em tratamento de quimioterapia em regime ambulatorio;
- ▶ Identificar os métodos de ajuda utilizados no controlo dos efeitos secundários;
- ▶ Analisar o tipo de registos e impressos existentes.

A minha integração no seio da equipa de enfermagem permitiu que observasse de um modo consolidado a prestação de cuidados de saúde diferenciados, aliados de competência técnica, humanidade e disponibilidade permanente, sustentados na inovação e investigação, elementos estes, que integram a missão a que esta Instituição se propôs e que pretende ver

reconhecida internacionalmente como *benchmark* na atividade assistencial. Esta missão é assim traduzida por um esforço permanente de prevenir, diagnosticar e tratar a doença e simultaneamente, assegurar que as descobertas científicas e as novas tecnologias se apliquem no desenvolvimento e no ensaio de soluções para os problemas clinicamente relevantes, com impacto direto na saúde e bem-estar das pessoas.

A possibilidade do contacto direto com os doentes/ famílias a efetuarem este tratamento, e o interesse que esta temática sempre despertou em mim, representaram um grande contributo para a obtenção de competências científicas, técnicas e humanas adequadas à prestação de cuidados de enfermagem tendo em vista o autocuidado na área oncológica em que se insere esta temática, naturalmente aliada à prestação de cuidados de Saúde diferenciados que aí se praticam, baseados nas boas práticas e apoiados em profissionais com competência técnica, humanidade e disponibilidade permanente e onde o enfermeiro como elemento constituinte da equipa de cuidados intervém, executando funções autónomas e funções de complementaridade com outros profissionais, tendo sempre no horizonte do seu dia-a-dia de trabalho os doentes/ famílias.

O doente que aí recorra pela primeira vez, para iniciar tratamento, é observado em consulta de enfermagem, no decurso da qual é estabelecido um diálogo de acolhimento, precedido da apresentação da enfermeira, que o irá acompanhar ao longo de todo o seu percurso de tratamento. É efetuada uma colheita e registo de dados através do auxílio de um documento da própria Instituição, de modo a tomar conhecimento dos antecedentes (pessoais e familiares) do doente e sobretudo de modo a alcançar a perceção do doente/ família sobre a situação clínica, esclarecer dúvidas subjacentes e fornecer informações pertinentes de cariz generalizado sobre a quimioterapia, efeitos secundários e existência de meios de os minimizar ou combater. Saliento a minha participação nesta consulta, durante a qual a enfermeira orientadora me apresentou ao(s) doente(s)/ família(s), condição facilitadora para o posterior acompanhamento dos mesmos durante o tratamento. Este, representa um dos momentos em que o enfermeiro, com perícia, identifica algumas necessidades de autocuidado, essencialmente relacionados com o tratamento e os efeitos secundários do mesmo, sendo que o sistema de apoio e educação (Orem, 1995) impera e que de acordo com Foster & Janssens (1993), citado por Fonseca (1997, p.49) o mesmo ocorre quando o doente consegue executar e pode aprender a executar medidas de autocuidado, adquirindo conhecimentos e habilidades através das informações que o enfermeiro disponibilizou e que o auxiliarão a auto cuidar-se.

De seguida o doente é encaminhado para a consulta com o oncologista, na qual é estabelecido o protocolo terapêutico, dada a conhecer a terapêutica instituída e os efeitos secundários que podem surgir, data de início do tratamento, previsão da duração dos ciclos, necessidade de controlo analítico e observação clínica na véspera ou antevéspera do mesmo.

Neste momento do atendimento é constatável a necessidade e importância em conceder-se espaço ao doente/ família, de modo a que possam colocar e esclarecer dúvidas, desmistificar algumas ideias sobretudo relacionadas com os efeitos secundários da quimioterapia.

Uma das questões de grande relevância relaciona-se justamente com os efeitos secundários dos tratamentos, que são muitas vezes, considerados pelo doente como sendo piores do que a própria doença (Matos & Pereira, 2005). É no sentido de maximizar a qualidade de vida do doente neste percurso, que a intervenção do enfermeiro se revela fundamental, através do controlo do impacto dos tratamentos, disponibilizando meios e educando no sentido da diminuição da incidência de efeitos secundários associados e/ou de uma boa gestão dos sintomas que surgirem, tendo por base o sistema de apoio e educação, anteriormente referenciado.

De facto para o doente/ família, o que assume maior importância são os sinais e sintomas advindos da quimioterapia, pois são eles a face visível das alterações induzidas pelo tratamento, são eles de acordo com Larson et al., (1999), que ao serem perturbadores e não controlados condicionam e impedem o desfrute de uma boa qualidade de vida pois o doente centra toda a sua atenção nesse evento. Justo (2002) diz-nos que a instalação deste cenário pode impelir o doente a interrogar-se sobre a utilidade de tantos sacrifícios, podendo mesmo condicionar a sua adesão ao tratamento e às ações de autocuidado que lhe são transmitidas durante esta fase do curso da sua doença e que potencialmente podiam ser um contributo válido para a minimização dos efeitos secundários de que é alvo.

Nesta sequência é igualmente importante que o doente sinta segurança e apoio na enfermeira de referência e compreenda que um controlo deficiente destes efeitos, pode significar um ajuste nas doses de quimioterapia e intervalos entre ciclos, alterando-se deste modo o plano reconhecido como eficaz no combate à doença (Nerenz, Leventhal, & Love, 1982).

Nesta sequência a informação disponibilizada ao doente contempla igualmente quais os recursos existentes a que deve e pode recorrer.

A equipa de enfermagem rege-se então por objetivos que visam a satisfação dos doentes/familiares, maximizando o bem-estar e o autocuidado, prevenindo as complicações e deste modo contribuir para a promoção da saúde. Estes objetivos ilustram as funções do

enfermeiro desta Instituição que se traduzem no acompanhamento do doente/família durante todo o percurso clínico, sendo que a articulação dos cuidados de enfermagem com restante equipa multidisciplinar é uma constatação. A garantia da continuidade de cuidados é então efetivada através do acesso entre pares à informação escrita sobre o plano de cuidados, assente nas decisões tomadas em reuniões multidisciplinares e da articulação dos cuidados de saúde com o exterior (recursos da comunidade e Hospital “C”).

Nesta sequência e concretamente no hospital de dia de quimioterapia no dia do tratamento, a enfermeira confere informaticamente os resultados laboratoriais e a decisão clínica da prossecução do tratamento e assim que o doente dá entrada comunica telefonicamente com a farmácia a fim de que a terapêutica antineoplásica seja preparada. Perante um doente que irá iniciar tratamento, a enfermeira (normalmente a de referência), efetua o acolhimento e apresenta as instalações onde irão decorrer os tratamentos. Considero esta abordagem bastante importante para a relação enfermeiro/doente/ família/ pessoa significativa, e facilitadora de uma adaptação a esta nova etapa pois permite garantir que se sintam em segurança, facto que é corroborado por um estudo de Millar (1996), citado por Hesbeen (1997, p. 55). A enfermeira instala então o doente comodamente numa unidade individualizada, procedendo a uma avaliação do seu estado geral e hemodinâmico (peso, TA, Pulso, Temperatura e Saturação de O₂). Prossegue com uma explicação sobre o tratamento, efeitos secundários e ensino sobre como colmatá-los ou minimizá-los e disponibiliza o seu contacto de telemóvel para esclarecimento de qualquer dúvida que surja, encontrando-se o mesmo disponível 24H/dia incluindo fim-de-semana e na posse de uma das enfermeiras de prevenção. Prevê-se ainda num futuro próximo, a disponibilização de um guia para o doente e família, intitulado “O que deve saber sobre tratamentos do cancro com base em quimioterapia” e que de momento aguarda aprovação superior.

Para doentes já em tratamento o procedimento mantém-se sendo que no decurso do mesmo a enfermeira questiona o doente sobre os efeitos secundários que possam ter surgido, validando os procedimentos adotados e simultaneamente o ensino previamente efetuado tendo em conta o(s) antineoplásico(s) instituído(s).

Na minha opinião, o acolhimento do doente/família, é normalmente marcado por um ambiente acolhedor e descontraído, fatores que contribuem para a atenuação do stress e ansiedade, permitindo ainda que sejam esclarecidas dúvidas ou detetadas necessidades que inicialmente não tenham sido identificadas. Considero que desta interação, tal como referem Sapeta e Lopes (2007), podem advir contributos terapêuticos para o doente e para os seus

familiares, decorrentes do saber e da competência demonstrados assim como da disponibilidade relacional e da escuta ativa, elementos essenciais e necessários para ambos.

Lazure (1994) descreve a relação de ajuda como um eixo em torno do qual gira o conjunto de cuidados de enfermagem, à qual eu acrescentaria que a mesma se estabelece com a interceção das atividades como a escuta ativa, o respeito, a capacidade de esclarecer, a coerência e capacidade de empatia do enfermeiro.

A equipa de enfermagem pretende deste modo, através da relação de ajuda dar ao doente/família a possibilidade de identificar, sentir, saber escolher e decidir face a uma determinada situação, ou seja, promover a autonomia da pessoa, oferecer condições para que haja uma mudança, ajudar a pessoa a compreender-se, a fazer as escolhas adequadas e independentes.

Segundo Latorre Postigo (1995), o estabelecimento de uma relação interpessoal adequada entre o enfermeiro e a pessoa doente é necessária e importante na medida em que ambos formam um sistema relacional que se influencia mutuamente. Esta relação deve ser baseada numa comunicação positiva e eficaz que permita à pessoa sentir-se à vontade para verbalizar as suas dúvidas e os seus medos e deste modo colaborar mais e melhor no seu processo de autocuidado. Nesta sequência, foi-me permitido observar e intervir no apoio a estes doentes, sustentada essencialmente no sistema de apoio-educação definido na teoria de Orem, através da comunicação de forma empática e da escuta ativa, permitindo-me disponibilizar ajuda de forma adequada sobre as medidas a serem adotadas face aos efeitos secundários advindos da quimioterapia, tendo em conta que a maioria dos doentes eram autónomos e capazes de realizar o seu próprio autocuidado.

No decurso do tratamento, o papel principal cabe ao doente. Manter-se alerta e ouvir as mensagens que o próprio corpo lhe envia, estar bem informado e manter uma atitude pró ativa, analisar com os profissionais qual a melhor forma de lidar com o que vai ocorrendo, são as melhores armas de combate para enfrentar o que a doença lhe reservar. É deste modo assumido o esforço permanente por parte da equipa de enfermagem, em alertar e prevenir toxicidades, maximizando o bem-estar e o autocuidado e visando a satisfação e confiança dos doentes/ família. Verifica-se deste modo, que o acompanhamento do doente/família durante todo o percurso clínico no Hospital de Dia de Quimioterapia e a articulação dos cuidados de enfermagem com restante equipa multidisciplinar são contributos válidos para garantir da continuidade de cuidados.

O enfermeiro deve dar especial atenção ao controle sintomático, à relação de ajuda e à comunicação, tendo a unidade doente/família como alvo de cuidados. Sobrevém então uma atitude terapêutica por parte da equipa de enfermagem e evidenciada por Benner (2001),

relacionada com a informação disponibilizada ao doente e família como constituintes educacionais. É uma atitude que se traduz na abordagem prudente ao doente e família no sentido de saber “até que ponto o doente precisa de informações e quer ser informado” Benner (2001, p.111) e deste modo poder identificar o momento em que o doente está pronto para aprender, saber e compreender como o doente interpreta a sua doença, fornecer uma interpretação do estado do doente e dar razões dos tratamentos.

Vários estudos (Chris, 2006; Pereira, 2007; Soares, 2007) confirmam que a ausência de informação ou a comunicação deficiente conduz o doente a um sentimento de insegurança em relação à doença e ao prognóstico da mesma, assim como a uma insegurança na sua relação com o seu enfermeiro. Dar a informação ao doente, sempre de acordo com as suas necessidades, pode ajudar a diminuir o seu isolamento e medos e a mobilizar os seus recursos e capacidades de enfrentar a situação.

Contudo o doente oncológico não está isolado nesta escalada da quimioterapia, nem na vivência dos seus efeitos secundários no domicílio. Musci e Dodd (1990), referem que a gestão dos efeitos secundários da quimioterapia é efetuada com a ajuda dos familiares, facto constatado e respeitado no Hospital de Dia de Quimioterapia e como tal tido em conta pela equipa de enfermagem, que regendo-se pelos “... princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes (...) tem presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas...” (Conselho de Enfermagem, 2001, p.10). Estes princípios promovem o conhecimento real das pessoas (doente e familiar) a quem se vão dirigir os nossos cuidados, para que possamos ir ao encontro das suas necessidades/expectativas.

Revela-se então de extrema importância a preparação do doente/ família para lidar com os efeitos secundários da quimioterapia, tendo em conta que estes são vivenciados no domicílio.

A equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Quimioterapia desenvolve assim a sua atividade de cuidar incidindo na informação tanto acerca do próprio tratamento como sobre as ações de autocuidado que devem desenvolver. Dodd (1983) refere que fornecer informação acerca dos efeitos secundários da quimioterapia e de como combatê-los se tem mostrado vantajoso no sentido da precocidade de implementação de ações de autocuidado, com identificação de potenciais perigos por parte do doente e consequentemente de uma maior probabilidade de produzir o alívio dos sintomas. Neste contexto, também Benner (2001, p.90) refere que “Proporcionar um apoio afetivo e informar as famílias”, é um facto revelador da importância do papel destas como interlocutores dos cuidados, uma importância tão determinante como por vezes o próprio tratamento, sobrevivendo então a valorização das necessidades das famílias e a sua necessidade de informação. Esta é também a conduta

adotada e observada no Hospital de Dia de Quimioterapia pela equipa que cuida do binómio doente/ família.

Tive oportunidade de constatar que algumas vezes se assiste a uma diminuição do autocuidado por parte do doente, advinda do desinteresse, impaciência ou falta de vontade, emergindo então a necessidade de aplicação de métodos mais eficazes para desenvolver a confiança e a motivação do doente para o seu potencial de autocuidado. Nestas situações a enfermeira sugere ao doente/ família o apoio da Psicóloga Clínica de modo a que possam ser encontradas estratégias que colmatem a demissão do doente do seu autocuidado.

Em suma, a quimioterapia tem efeitos secundários sérios que podem conduzir o doente a toxicidades graves, implicando por vezes hospitalizações e consequentemente o abandono da terapêutica por falta de apoio médico e de enfermagem.

Assim sendo é fundamental monitorizar continuamente os efeitos secundários da quimioterapia, de modo a capacitar os doentes para lidar com os mesmos e a despistar precocemente as toxicidades. Penso ser este o momento de poder afirmar que os objetivos a que me propus foram atingidos, pois apesar do atendimento telefónico ainda não estar implementado no Hospital de Dia de Quimioterapia, o mesmo já se verifica na área da radioterapia, na modalidade do tratamento “Single Shot”. Como tal, propus à enfermeira chefe a minha participação nesta área do atendimento telefónico, facto que me permitiu e facilitou a elaboração de um instrumento de trabalho que pudesse ser introduzido e utilizado no programa informático disponível no hospital de dia de quimioterapia. Este instrumento de trabalho contempla os efeitos secundários que podem surgir, a mensuração da intensidade dos mesmos de acordo com a “Escala de avaliação de sintoma de Edmonton (ESAS)” e “Escala Numérica” de Dor utilizadas na Instituição e ainda o registo das medidas tomadas pelo doente e validação do ensino efetuado (Apêndice - III), sendo que o contacto estabelecido se efetuará às 48 horas, salvaguardando as situações de doentes com neoplasia da mama, cujos efeitos secundários surgem mais cedo.

Ao longo do percurso efetuado, procurei estabelecer um diálogo constante com a enfermeira orientadora e pontual com a enfermeira chefe, facto que se tornou enriquecedor pois “Quando o diálogo funciona bem, ele toma a forma de reflexão na ação recíproca” (Schon, 2000, p.128). Considero assim, que as estratégias eleitas se revelaram úteis e adequadas na medida em que me foi permitido contribuir para a construção de um guia orientador do acompanhamento telefónico, considerado unanimemente útil e facilitador no controlo dos efeitos secundários advindos da quimioterapia no ambulatório e que simultaneamente lançou dividendos para o estágio subsequente.

Ouso então expressar a minha opinião, consolidada pela literatura consultada e partilhada pela equipa de enfermagem, que a monitorização efetuada comporta objetivos refletidos nos ganhos em saúde, com forte impacto na relação terapêutica estabelecida através da promoção da continuidade e proximidade de cuidados ao doente oncológico e família, aumento da satisfação do doente e família, resposta e encaminhamento adequados e otimização de recursos, fatores que vão ao encontro dos valores preconizados pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia de Quimioterapia.

Durante o ensino clínico tive ainda a oportunidade de realizar um estudo de situação referente a um doente em tratamento de quimioterapia. A elaboração deste trabalho permitiu-me não só identificar mais detalhadamente as necessidades e a abrangência de competências que envolve a prestação de cuidados de excelência a estes doentes, como também, poder perceber o impacto que essas mesmas intervenções têm na qualidade de vida da pessoa/família a realizar este tratamento (Apêndice IV), sendo que a família deve ser considerada objeto importante da intervenção dos profissionais de saúde no controle dos efeitos secundários da quimioterapia, uma vez que esta contribui, de forma direta, para a construção de significados de saúde, doença e cuidado do indivíduo, exercendo assim influência nos hábitos de vida do doente e atitudes para o autocuidado (Orem, 1995).

3.1.2. 2º Ensino Clínico: Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica do Centro Hospitalar “B” de Lisboa Fase de implementação

O ensino clínico realizado no Hospital de Dia Oncológico do Centro Hospitalar “B” de Lisboa teve a duração de 300 horas (Apêndice I). A pertinência desta opção, relaciona-se com a minha familiarização com esta Unidade de prestação de cuidados, mas sobretudo por corresponder ao local para o qual se dirigia a proposta de implementação do projeto a que me propus. Foi de facto, no Hospital de Dia Oncológico que em diálogo com a enfermeira chefe e restante equipa de enfermagem me denotaram a necessidade de estruturação de um acompanhamento telefónico de enfermagem, no sentido de apoiar o doente em tratamento ambulatorio com manifestações secundárias à quimioterapia já no domicílio.

Tendo em conta que vir a trabalhar neste serviço faz parte das minhas perspetivas futuras, enlacei esta proposta com determinação, atendendo à sua pertinência e ao facto de o mesmo ir ao encontro de um interesse profissional e pessoal.

Com os dividendos auferidos no ensino clínico anterior, fiz uso do conhecimento adquirido e competências desenvolvidas atuando no desenvolvimento do projeto a

implementar no serviço de Hospital de Dia Oncológico. Saliento desde já o facto de o mesmo não ter sido ainda implementado, não obstante o meu interesse e da equipa de enfermagem. Contudo, o referido evento adveio da reestruturação do serviço, passando o mesmo a designar-se Hospital de Dia de Oncologia Pneumológica, local onde se centralizaram os doentes desta área oncológica associando-se-lhe a integração e adaptação dos mesmos e suas famílias, assim como da equipa médica e de um elemento na equipa de enfermagem. Simultaneamente ocorreu a transferência dos doentes da oncologia médica e da equipa médica para outra unidade hospitalar “D”. Os doentes em terapia intravesical mantiveram-se temporariamente, estando igualmente prevista a sua transferência para a unidade hospitalar “D”.

À equipa de enfermagem do Hospital de Dia Oncológico estão adstritas várias intervenções, sendo que as mesmas se focalizam no acolhimento do doente/ família de 1ª vez, na administração e vigilância contínua de terapêutica, realização de consultas não programadas sobretudo para controlo sintomatológico, estabelecimento de relação de ajuda enfermeiro-doente-família, articulação permanente com outros técnicos da equipa multiprofissional, realização pontual de pensos cirúrgicos/ outros e ainda colheita pontual de sangue. A mesma equipa disponibiliza ainda uma linha telefónica de apoio aos doentes no domicílio (entre as 8h e as 16h), com o objetivo de esclarecimento de dúvidas, controlo de sintomatologia, articulação com a equipa multiprofissional e resolução de questões casuais ao alcance da equipa.

Numa primeira fase e após dialogo com a enfermeira chefe, efetuei a apresentação do meu projeto (apêndice - V) à equipa de enfermagem, o qual foi interpretado como uma mais-valia para a continuidade dos cuidados de enfermagem. Foram delineados seis objetivos específicos que coadjuvaram o objetivo geral do projeto e que enumero e enuncio posteriormente de forma conjunta e elucidativa:

- ▶ Aprofundar conhecimentos;
- ▶ Elaborar guia orientador de atendimento que permita a monitorização dos efeitos secundários da quimioterapia, por telefone;
- ▶ Envolver a equipa de enfermagem na estratégia de boa prática advinda do acompanhamento telefónico ao doente/ família;
- ▶ Implementar a aplicação do guia orientador de atendimento criado em contexto real;
- ▶ Devolver à equipa o trabalho elaborado;
- ▶ Refletir sobre os dividendos obtidos.

Na mesma sequência apresentei a proposta de um guia orientador de atendimento de modo a permitir os registos necessários á monitorização dos efeitos secundários da quimioterapia no domicílio, e, que enunciarei ao longo da minha descrição.

A integração neste serviço/ equipa decorreu de um modo bastante acolhedor, facto que advém naturalmente da familiaridade existente com a equipa, mas também pelo meu empenho por esta área do cuidar, à qual a empatia, a disponibilidade, a comunicação e naturalmente o saber, se aliam e se inserem amplamente nos objetivos dos cuidados de enfermagem no que respeita à preservação da dignidade humana (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Ao longo deste trajeto de aprendizagem, evidenciei o meu interesse em compreender melhor os efeitos do cancro e respetivo tratamento para o doente/ família, sem nunca negligenciar a manutenção da dignidade, aconselhamento e confidencialidade, permitindo aos doentes expressar as suas dúvidas e preocupações. Desta forma, foi minha intenção contribuir para o otimização do controlo sintomático dos efeitos secundários da quimioterapia, elementos essenciais nesta área do cuidar e preconizados pela European Oncology Nursing Society (2005). De destacar que estes mesmos elementos operam como contributos válidos e auxiliares para a promoção do autocuidado, tendo em conta que este constitui uma conduta aprendida na qual os enfermeiros devem considerar a disponibilidade e capacidade de cada doente para aprender e realizar as medidas de auto cuidado (Orem, 1993).

Da necessidade identificada e manifestada pela equipa de enfermagem do Hospital de Dia Oncológico, surge a construção de um guia orientador do acompanhamento telefónico (apêndice VI), baseado naturalmente no guia previamente elaborado, em contexto do 1º ensino clínico, elaborado e fundamentado na Teoria do Défice de Autocuidado de Dorothea Orem. Saliento neste instrumento de trabalho as colunas que contemplavam:

A. Défices de Autocuidado – principais défices de autocuidado da pessoa em tratamento quimioterápico de acordo com as referências bibliográficas e constituídos segundo os requisitos universais de autocuidado propostos por Dorothea Orem, permitindo ainda a mensuração dos mesmos de acordo com a “Escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS)” e a escala de dor adaptada pela Instituição (“Escala Numérica” e “Escala de Faces”). Nesta fase, constatou-se a necessidade de adaptação dos requisitos universais de autocuidado propostos pelo referencial teórico á singularidade das necessidades da pessoa com manifestações secundárias ao tratamento de quimioterapia.

B. Sistemas de Enfermagem (sistema de apoio-educação, sistema parcialmente compensatório e sistema totalmente compensatório), permitindo o registo das intervenções de

enfermagem possíveis neste tipo de acompanhamento e monitorização/ validação das mesmas.

Foi no terreno, da partilha de conhecimentos com a enfermeira orientadora, outros elementos da equipa, doentes/ familiares, observação das práticas e dos cuidados que prestei, que me foi permitido identificar os principais défices de autocuidado do binómio doente/ família e a partir daí aperfeiçoar o instrumento de trabalho.

Simultaneamente, com a enfermeira orientadora foi planeada e discutida a estratégia de intervenção, formalizando-se a mesma junto da equipa de enfermagem e principalmente do doente/ família aos quais se explicou ainda o contexto da minha presença e do meu trabalho. Esta intervenção consistiu essencialmente no estabelecimento do contato telefónico aos doentes, no sentido de verificar a eficácia do referido guia orientador de acompanhamento telefónico e naturalmente validar e reforçar o ensino previamente efetuado aquando do tratamento.

Advindo do facto da centralização da oncologia pneumológica no Hospital de Dia Oncológico, estabeleceu-se que o contato telefónico com vista à monitorização dos efeitos secundários no domicílio deveria ser efetuado às 72 horas, período a que correspondem o aparecimento dos mesmos.

Considero importante a utilização de um instrumento de registo único, facilitador da prática de enfermagem, que permita o planeamento das intervenções de enfermagem, os seus resultados e a avaliação de atividades desenvolvidas, de modo assegurar a continuidade dos cuidados.

Naturalmente que o envolvimento da equipa de enfermagem foi facilitado, tendo em conta que o trabalho realizado sobrevinha de uma necessidade sentida e manifestada pela mesma, sendo que o instrumento de trabalho foi apresentado e discutido numa sessão de informação (20 min.) a toda a equipa e todos colaboraram no encaminhamento de doentes a contactar.

É meu sentimento, que a minha participação neste estágio teve um impacto positivo, fruto da organização das intervenções de enfermagem já referenciadas no início, das quais saliento o acolhimento do doente/ família de 1ª vez, no qual a enfermeira se apresenta, elabora a colheita de dados utilizando um guião próprio do serviço, que lhe permite identificar numa primeira fase as necessidades de autocuidado e planear e executar algumas intervenções de enfermagem, solicitando o apoio de algum elemento da equipa multidisciplinar quando se justifica. Disponibiliza ainda, informação referente ao tratamento e procedimentos inerentes ao mesmo, fornecendo um guia de acolhimento e folhetos explicativos dos cuidados a ter na presença de efeitos adversos (já existentes no serviço) e de acordo com o esquema terapêutico

instituído, respeitando sempre a individualidade de cada pessoa, os tempos individuais e ajustando o ensino às suas capacidades e de acordo com as necessidades apresentadas/ identificadas pelo doente/ família. Esta ação é patente no referencial teórico de Orem, referindo que sendo o autocuidado um comportamento aprendido, o enfermeiro deve considerar a disponibilidade e capacidade de cada pessoa para aprender e realizar as medidas de autocuidado (Orem, 1993). Na minha opinião as intervenções de enfermagem vão ao encontro da finalidade da práxis que é caracterizada em “virtude dessa antecipação do resultado que se deseja obter...”, conforme nos diz Martins (2006) citando Vázquez (1977) e Martins (2004), pois, considerando que o doente tem competência para colaborar no seu autocuidado de um modo ativo, a função da enfermeira consiste em ajudá-lo a tornar-se autónomo o mais rapidamente possível, pelo que o ensino, a instrução e o treino constituem ferramentas essenciais.

Destaco no entanto um aspeto menos positivo, alheio à equipa e que se relaciona com a privacidade, que, com alguma dificuldade é preservada, considerando a estrutura e condições físicas do serviço.

Após a utilização do guia orientador de acompanhamento telefónico (para o qual obtive autorização da Sra. Enfermeira Diretora (Apêndice VII) e do retorno obtido por parte dos doentes/ famílias, reuni novamente com a equipa a fim de lhes transmitir as informações obtidas e a minha opinião em relação ao trabalho efetuado, propondo-me elaborar um procedimento de trabalho visando a uniformização deste acompanhamento (Apêndice VIII). Apresentei-o de igual modo à equipa tendo obtido uma boa receptividade por parte dos mesmos e em relação ao qual manifestaram interesse em saber de que modo se poderia adaptar à linguagem CIPE (a implementar na Instituição e para a qual nos encontramos em formação). Este procedimento de trabalho ficou disponível para consulta e recolha de sugestões no serviço, contribuindo desta forma “para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.19).

Deste modo, penso poder afirmar que a minha reflexão sobre este estágio traduz em si, uma reflexão sobre ação (Schön, 1983), na medida em que o mesmo constituiu um momento de reflexão e partilha de conhecimentos e experiências conducentes do desenvolvimento de competências a nível do “desenvolvimento das aprendizagens profissionais”, nomeadamente responsabilizando-me por ser “facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.19).

Permitiu-me ainda o acompanhamento dos doentes/ famílias, com alguns dos quais, considero ter estabelecido relações privilegiadas e que me procuraram algumas vezes no

serviço, para dialogar, esclarecer dúvidas ou apenas para articular com um dos elementos da equipa multidisciplinar. Desta aproximação, surgiu a intenção de realizar duas visitas a doentes internados, um dos quais iria ser submetido a uma intervenção cirúrgica e o qual acabei por seguir mais de perto, tendo em conta a sua reação durante a visita e o meu interesse pela sua situação. Também neste momento de ensino clínico e à semelhança do anterior, as estratégias utilizadas para a aprendizagem e desenvolvimento de competências foi sustentada pela prática reflexiva evidenciada por Schön (1983), traduzida pelo contacto estabelecido com os doentes/ familiares durante os tratamentos e a monitorização dos efeitos secundários - reflexão na ação – e um estudo de situação apoiado no ciclo reflexivo de Gibbs – reflexão sobre a ação - (Apêndice IX).

De facto, o propósito da prática clínica é facultar as condições que permitam colmatar lacunas das experiências profissionais e dar a conhecer novas perspetivas em áreas conhecidas pois a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica pressupõe o conhecimento não apenas teórico mas também na prática, pois é uma referência de saber (conhecimento), saber ser (atitudes e comportamentos), saber fazer (capacidades) e saber apreender (reflexão e evolução). Nesta sequência e na minha perspetiva, cuidar é a essência da enfermagem, sendo que ao cuidar é indissociável a vertente técnica e relacional (Benner, 2005). Ao enfermeiro cabe o dever de prestar cuidados personalizados o que exige uma reflexão contínua dos cuidados que presta, pois só desta forma consegue alcançar a melhoria da qualidade.

Após o término deste estágio, resta-me salientar dois aspetos que considero importantes e que constituíram igualmente contribuições válidas para o meu desenvolvimento enquanto enfermeira especialista:

- ▶ A realização deste ensino clínico permitiu desenvolver competências que se inserem essencialmente a nível do domínio da responsabilidade profissional, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens, (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.14-18). As atividades desenvolvidas e descritas, permitiram-me ainda e de acordo Ordem dos Enfermeiros (2009, p.15-18) e a European Oncology Nursing Society (2005, p.18 e 20)no que respeita ao desenvolvimento e aplicação das competências de enfermeira especialista: reconhecer quando negociar, referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde / serviço especializado, reutilizar recursos de forma eficiente para promover a qualidade, priorizar os problemas de saúde, evidenciando competências na utilização de estratégias e intervenções de apoio a pessoas com necessidades complexas.

▶ Outro aspeto é o que se relaciona com a continuidade de cuidados, verifica-se que a mesma ocorre através da comunicação permanente entre todos os profissionais de saúde que rodeiam a pessoa e família, essencialmente entre os enfermeiros no início do dia de trabalho e num momento que denominei “passagem de turno”, no qual cada enfermeiro transmite a informação dos seus doentes/ famílias, marcados para tratamento nesse dia, aludindo aos problemas (físicos, psicossociais/ profissionais e familiares) identificados ou manifestados e as medidas adotadas como resposta aos mesmos. Nesta sequência, saliento a importância destes momentos, sugerindo que os mesmos fossem partilhados por todos os elementos da equipa multidisciplinar, assim como a participação da enfermagem nas reuniões de decisão clínica. Este facto é corroborado por Lopes (2006), quando se refere à cooperação entre os profissionais. Torna-se essencial que os mesmos sejam envolvidos nos projetos que visam a melhoria da qualidade dos cuidados. Deste modo, é minha convicção, ter conseguido envolver e sensibilizar os enfermeiros do Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica para a importância da nossa atuação no acompanhamento telefónico ao doente/ família em tratamento de quimioterapia, não tendo sido difícil tendo em conta que o mesmo correspondia a uma necessidade por eles levantada e que o mesmo, de acordo com a literatura consultada lhes traria mais-valias, já enunciadas em 2.5. p. 35.

4. Limitações do projeto

No início deste projeto, temi que a parca experiência nesta área do cuidar constituísse um constrangimento para a sua execução. Contudo, a superação das minhas expectativas pessoais com a realização do percurso académico, a minha determinação e empenho em vir a trabalhar no Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica e a inestimável ajuda da Professora Tutora, das Enfermeiras Chefe dos serviços em questão e alguns elementos das equipas, foram determinantes para a prossecução do mesmo.

Apesar de o tema advir de uma necessidade sentida por toda a equipa, o facto de eu não pertencer ao serviço, fez-me recear pela receptividade da proposta da sua inclusão em projeto para posterior implementação. Mas, o interesse e a necessidade em promover a melhoria da qualidade de cuidados aos doentes/famílias em tratamento de quimioterapia em ambulatório, no sentido da minimização dos efeitos secundários e consequente melhoria da qualidade de vida e promoção do autocuidado, eram patentes na equipa, funcionando como estímulo para um maior empenho pessoal.

Considerando o intuito deste projeto e tendo consciência que todos os processos que envolvem mudança requerem tempo para interiorizar novos conhecimentos e modelos de atuação, as mudanças na prática de cuidados não lhes são alheias. Foi portanto com aprovação da equipa de enfermagem e grande satisfação profissional que deixei o meu contributo para continuação deste recurso.

No mesmo sentido, considere as mudanças ocorridas em termos institucionais como limitadoras, pois implicaram (re) adaptações das equipas a novos métodos de trabalho, transferência e acolhimento de doentes, relegando-se para uma fase posterior a implementação do projeto.

5. Questões Éticas

É válido evocar que numa relação de cuidado, estão presentes a sua prática efetiva, o contato profissional, mas, também o contato com a própria consciência, facto que nos conduz à reflexão ética do cuidado de enfermagem, não limitado a procedimentos técnicos de acordo com as necessidades de determinadas patologias, mas apoiados em princípios ou valores como: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (Beauchamp & Childress, 2001), contribuindo assim para um processo de humanização dos cuidados em saúde que pressupõe considerar a essência do ser, o respeito à individualidade e a necessidade da construção de um espaço concreto nas instituições de saúde que legitime o humano das pessoas envolvidas. E quando se fala em atendimento humanizado, este traduz-se num processo facilitador à pessoa vulnerável que lhe permita enfrentar positivamente os desafios que vivencia num dado momento.

Assim sendo, pautei-me pelo respeito e pelo princípio da fidelidade, estabelecendo confiança com os doentes/famílias em tratamento de quimioterapia em regime ambulatório, respeitando as suas opiniões e escolhas; assumi o dever da humanização dos cuidados, prestando “atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade”, e trabalhando em articulação com os restantes profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Faz então sentido, lembrar que aos enfermeiros cabe a obrigação de acautelar os direitos humanos, de acordo com os princípios da ética, devendo assegurar que os doentes recebam informação adequada (International Council of Nurses (ICN), 2006, p.2). Ainda e de acordo com o REPE (2011, p.10), no seu artigo 8º, nº1, os enfermeiros no “exercício das suas funções, deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos”.

Deste modo, de acordo com o artigo 84º do Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2009), respeitando o dever de informação, tive o cuidado de me apresentar ao doente/ família, informando quem era, quais os meus objetivos e solicitando consentimento informado para lhes prestar cuidados. Também e de modo a poder desenvolver o projeto solicitei a autorização da Direção e Chefias de Enfermagem e dei a conhecer aos enfermeiros de cada local de estágio quais os meus objetivos.

Ao longo deste trajeto, a postura de observadora e prestadora de cuidados estiveram presentes, assim como a elaboração de apontamentos sobre as necessidades identificadas/ intervenções de enfermagem, as quais converti em registo num instrumento de trabalho (guia orientador de acompanhamento telefónico) construí, fazendo por respeitar a confidencialidade das informações e dos cuidados prestados, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Em suma, considero que procurei orientar a minha prática pelos princípios da ética, cumprindo as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, considerando ininterruptamente o respeito pela liberdade e dignidade da pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

A vivência do crescimento deste projeto, foi gerida com dedicação e empenho, mas, também com alguma expectativa, por poder desenvolver competências numa área que me é tão querida e por considerar que os cuidados direcionados para o controlo dos efeitos secundários da quimioterapia no domicílio são cada vez mais, um imperativo ético para nós, enquanto pessoas e profissionais de saúde.

Encaro assim a pessoa doente como um ser único e insubstituível, com os seus valores, crenças e personalidade próprios, com a sua autonomia e dignidade, que procuro respeitar, ao mesmo tempo que procuro equilibrar os conhecimentos, capacidades técnicas e os meus sentimentos na prestação diária de cuidados. Estão presentes mais do que a soma das componentes biológicas, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, pois considero que as experiências de vida (e de doença), as expectativas e o plano de vida pessoal têm uma influência impar nas suas crenças e valores e a tornam numa Pessoa única. Estes conceitos têm-se revelado fundamentais como regentes da minha prática diária e da enfermeira que sou e pretendo ser, agora de um modo mais consubstanciado, pois do Enfermeiro Especialista é esperado o julgamento, a tomada de decisão e o desempenho adequados à situação, traduzidos num processo contínuo de reflexão de e sobre a prática e um conhecimento profundo na resposta às necessidades da Pessoa/Família ou Comunidade.

Por parte dos enfermeiros, o trabalho realizado revelou-se uma mais-valia para a continuidade dos cuidados, colmatando uma carência previamente identificada pelos mesmos. Também eles solicitavam a minha presença ou informavam os doentes que uma colega iria telefonar a fim de se monitorizarem os efeitos secundários da quimioterapia e orientar e esclarecer algum ponto mais frágil. Nesta sequência, apraz-me evidenciar a confiança e a segurança manifestadas pelo doente/ família assim como o apreço pelo interesse dos profissionais. Naturalmente, uma prática fundamentada e estruturada trás dividendos traduzidos pela maior garantia, qualidade e ganhos em saúde.

No que concerne aos doentes e suas famílias, considero ter prestado e contribuído para a prestação de cuidados de qualidade e promoção da continuidade dos mesmos através da veiculação de conhecimentos melhorados e adquiridos, desenvolvimento de competências e envolvimento da equipa.

É minha convicção, que o trabalho realizado contribua para a garantia de uma boa prática de cuidados de enfermagem relativamente à monitorização dos efeitos secundários da quimioterapia no domicílio, no sentido de: despistar precocemente as toxicidades, reforçar o ensino sobre os ES, garantir, apoiar e promover a segurança do doente/família durante este percurso, contribuir para a manutenção da confiança e segurança do doente/ família, promover a adesão terapêutica e a qualidade de vida, reduzir o fluxo de doentes à consulta (Mendes & Antunes, 2009), com vista à promoção do autocuidado e à adequada readaptação a esta nova condição. Deste modo convergir para o que a Ordem dos Enfermeiros (2002) divulga: uma efetiva continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem

Por último, ao almejar uma melhoria da qualidade de vida destes doentes e suas famílias, é imperioso o nosso contributo com a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, revelando-se como pertinente, o emergente desenvolvimento de investigação na área de enfermagem oncológica, tendo em conta a escassa literatura encontrada sobre a temática do acompanhamento telefónico do doente/ família em quimioterapia. Esta perspetiva é também uma orientação da European Oncology Nursing Society (2005), que propõe no seu plano estratégico de intervenção o apoio e incremento de iniciativas de modo a promover a investigação e educação dos enfermeiros, no sentido de se desenvolver uma prática de excelência. Considero por isso que ainda temos um percurso longo pela frente ao longo do qual teremos de aproveitar as oportunidades para desenvolvermos as competências clínicas e interpessoais que nos distinguem, sempre tendo como objetivo a pessoa com doença oncológica, mas nunca esquecendo a interdisciplinaridade.

6. Implicações do projeto desenvolvido para a prática de Enfermagem

Eis então a oportunidade em discriminar as mudanças sobrevindas do trabalho realizado até ao momento. Em primeiro lugar as que ocorreram a nível individual e que se relacionam com os dividendos auferidos no percurso académico e ainda com o desenvolvimento e aplicação de competências e consequente materialização das mesmas.

O acolhimento e acompanhamento do doente/ família em alguns contextos, (consulta de enfermagem, sala de tratamentos de quimioterapia e pré operatório e pós operatório tardio), constituíram-se elementos muito favoráveis para um conhecimento mais abrangente das necessidades do doente/ família, permitindo-me prever e planear os cuidados de enfermagem com vista a um nível máximo de autocuidado.

Foi referido pelos enfermeiros, que o trabalho realizado se revelou uma mais-valia para a continuidade dos cuidados, colmatando uma carência previamente identificada pelos mesmos. Também eles solicitavam a minha presença ou informavam os doentes que uma colega iria telefonar a fim de se monitorizarem os efeitos secundários da quimioterapia e orientar e esclarecer algum ponto mais frágil. Nesta sequência, apraz-me evidenciar a confiança e a segurança manifestadas pelo doente/ família assim como o apreço pelo interesse dos profissionais. Naturalmente, uma prática fundamentada e estruturada trás dividendos traduzidos pela maior garantia, qualidade e ganhos em saúde.

No que concerne aos doentes e suas famílias, considero ter prestado e contribuído para a prestação de cuidados de qualidade e promoção da continuidade dos mesmos através da veiculação de conhecimentos melhorados e adquiridos, desenvolvimento de competências e envolvimento da equipa.

Espero que este trabalho contribua para a garantia de uma boa prática de cuidados de enfermagem relativamente à monitorização dos efeitos secundários da quimioterapia no domicílio, no sentido de: despistar precocemente as toxicidades, reforçar o ensino sobre os ES, garantir, apoiar e promover a segurança do doente/família durante este percurso, contribuir para a manutenção da confiança e segurança do doente/ família, promover a adesão terapêutica e a qualidade de vida, reduzir o fluxo de doentes à consulta (Mendes & Antunes, 2009), com vista à promoção do autocuidado e à adequada readaptação a esta nova condição. Deste modo convergir para o que a Ordem dos Enfermeiros (2002) divulga: uma efetiva continuidade do processo de prestação de cuidados de enfermagem

Por último, ao almejar uma melhoria da qualidade de vida destes doentes e suas famílias, é imperioso o nosso contributo com a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, revelando-se como pertinente, o emergente desenvolvimento de investigação na área de

enfermagem oncológica, tendo em conta a escassa literatura encontrada sobre a temática do acompanhamento telefónico do doente/ família em quimioterapia. Esta perspetiva é também uma orientação da European Oncology Nursing Society (2005), que propõe no seu plano estratégico de intervenção o apoio e incremento de iniciativas de modo a promover a investigação e educação dos enfermeiros, no sentido de se desenvolver uma prática de excelência. Considero por isso que ainda temos um percurso longo pela frente ao longo do qual teremos de aproveitar as oportunidades para desenvolvermos as competências clínicas e interpessoais que nos distinguem, sempre tendo como objetivo a pessoa com doença oncológica, mas nunca esquecendo a interdisciplinaridade.

7. Considerações finais - Conclusão

A manifestação da necessidade sentida por parte da equipa de enfermagem em controlar os efeitos secundários da quimioterapia em ambulatório através de um atendimento telefónico, despertou em mim um interesse e determinação em aprofundar conhecimentos neste âmbito de modo a contribuir para uma melhor qualidade de vida do doente/ família e no sentido da promoção do autocuidado. Nesse sentido, e de acordo com Hauptenthal e Schacht (2010) as teorias de enfermagem adjuvam a resposta das necessidades das instituições, do doente/ família e dos profissionais, de modo a que a assistência prestada possa ser planeada desde o momento do acolhimento e até ao domicílio, este último podendo ser efetivado através de um contato (que pode ser telefónico) devidamente estruturado. Assim sendo, ao ter como premissa major o bem-estar e a qualidade de vida, inerentes aos quais o autocuidado surge como um meio de lhes dar resposta, ancorei-me na teoria de Orem (1991) que o define, como sendo “o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar.”

Como já tive oportunidade de referir, a literatura é escassa, e o caminho percorrido foi intrincado.

Com a finalidade de promover uma ferramenta para colmatar esta lacuna, desenvolvi um processo contínuo de revisão bibliográfica, que me acompanhou durante todo o percurso, e que me permitiu construir um legado promissor para a excelência da qualidade dos cuidados de enfermagem a estes doentes. Naturalmente que a viabilidade deste instrumento de trabalho dependerá sem dúvida da capacidade dos profissionais de saúde para demonstrar as contribuições do mesmo no acompanhamento telefónico ao binómio doente/ família, na certeza porém que o mesmo conduz a ganhos em saúde, traduzidos na otimização de

recursos, promoção da continuidade de cuidados ao doente/ família com a consequente satisfação dos mesmos através de uma monitorização ou resposta atempada e adequada.

Quase no final deste percurso, tenho a convicção de que atingi os objetivos propostos. Tive oportunidade de desenvolver um projeto, que me trouxe conhecimentos, experiências, oportunidades, partilha de saberes e a mais-valia do melhoramento de práticas. Simultaneamente, sinto que promovi o ensino e apoio com a consequente qualidade dos cuidados prestados ao doente /família em quimioterapia no ambulatório.

Contudo, sou impelida a sugerir a promoção de um maior investimento nesta temática, assim como a continuação do projeto, com o objetivo de potenciar o acompanhamento de enfermagem à pessoa em tratamento de quimioterapia no ambulatório e perante a manifestação dos efeitos adversos no domicílio e consequente melhoria das capacidades para o autocuidado.

Como retorno do percurso e trabalho desenvolvidos, obtive a enorme recompensa de ter integrado equipas (profissionais e doentes) e com elas ter crescido como pessoa e profissional, e tal como nos dizia Platão “A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento”. Transpondo este pensamento para a área do cuidar, sou impelida a terminar com a definição de enfermeiro especialista segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2) que representa o referencial que acredito ter atingido... “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.”

8. Bibliografia

- Adami, N. P. et al. Características básicas que diferenciam a consulta de enfermagem da consulta médica. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v. 2, n.1, p. 9-12, mar. 1989.
- Alarcão, I; Rua, M. - Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento De competências Texto Contexto Enferm 2005 Jul-Set; 14(3): 373-82 [Em linha]. [Consult. 11 março 2013]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Almeida, Anabela M.; Silva, Isabel M. R. – Refletindo sobre a comunicação com o doente oncológico. *Nursing*. nº 193. Novembro de 2004. p.20-21. Acedido em março 21, 2013. Disponível em: http://cms.piso5.net/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=30
- Beauchamp T. L. & Childress J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5ª ed.). New York: Oxford University Press.
- Benner, Patrícia (1996). De principiante a perito. *Revista Servir*, 44 (3), 148-154.
- Benner, Patrícia (2001) – De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem (Edição Comemorativa). Coimbra. Quarteto Editora. ISBN 472-8535-97-X.
- Bertone, T.B., Ribeiro, A.P.S., Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o relacionamento interpessoal enfermeiro-paciente. *Revista Fafibe On Line*, 3, 1 - 5. Acedido em março 21, 2013. Disponível em: http://mail.fafibe.br/revistaonline/arquivos/tassia_consideracoes_relacionamentointerpessoal.pdf
- Bohnenkamp, S. K., Lopez, A. M. & Blackett, A. (2004). Traditional versus telenursing outpatient management of patients with câncer with new ostomies. *Oncology Nursing Fórum*, 31(5), 1005-1010.
- Bonassa, E.M.A.& Santana, T (2005) *Enfermagem em terapêutica oncológica*. (3ª ed.) São Paulo: Atheneu. 538pp.
- Brito, M. A. & Campos, M. J. (2009). “O que fica diferente” para a família com a integração de uma pessoa dependente no autocuidado. *Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família*, Escola Superior de Enfermagem do Porto, p.100. ISBN: 978-989-96103-2-3.
- Bulman, C; Burns, S. & Palmer, A. (1995). *Reflective practice in nursing: The growth of the professional practitioner*. (2ª ed.). Oxford: Blackwell Science.
- Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. National Breast Cancer Centre and the National Cancer Control Initiative Funded by the Department of Health and Ageing A National Health Priority Area Initiative April 2003. Acedido em

- maio 21, 2013. Disponível em:
http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/publications/attachments/cp90.pdf
- Collière, M. F. (1989). Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Conselho de Enfermagem (CE) (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual; enunciados descritivos. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Nacional de Enfermeiras (2011). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE/ICNP: versão 2. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Cornelius, F. (2000). Cuidados domiciliários e cuidados alternativos no cancro. In S. Otto (Ed.). Enfermagem em Oncologia (pp. 747-793). Loures: Lusociência.
- Costa, J., & Lima, R. (2002). Crianças/Adolescentes em quimioterapia ambulatorial: implicações para a enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 10 (3), 321-333.
- Couvreur, Chantal. 2001. Qualidade de vida – Arte para viver no século XXI. Loures : Lusociência, 2001. p. 197.
- DGS/DSEES/Divisão de Estatísticos de Saúde Elementos Estatísticos – Lisboa - dezembro/2010 Informação geral – Saúde 2008 – DGS. Acedido em março 21, 2013. Disponível em:
<http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013685.pdf>
- Diário da República, 2.^a série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011 – Parte E – Ordem dos Enfermeiros. Regulamento n.º 122/2011- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Acedido em fevereiro 10, 2013. Disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx>
- Dias, Maria José Silva - Sistema de apoio telefónico aos doentes com cancro do cólon rectal em tratamento e seguimento. Porto, Faculdade Medicina Universidade do Porto, Outubro, 2011. Tese de Mestrado em informática Médica. 2º Ciclo de Estudos. 4ª Edição. Acedido em fevereiro 10, 2013. Disponível em:
<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62225/3/MIM4%20%20Maria%20Jos%20Dias.pdf>
- Dodd, M., Dibble, S., & Thomas, M. (1992). Outpatient chemotherapy: patient's and family members' concerns and coping strategies. Public Health Nursing, 9 (1), 37-44.
- Duarte, S. (2002); Saúde e qualidade de vida do indivíduo colostomizado (importância da consulta de estomaterapia); Lisboa; Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do Mestrado em Saúde Pública, não publicado

- European Oncology Nursing Society (2005). Post Basic Curriculum in Cancer Nursing (3^a ed). Bruxelas: EONS.
- Ferreira, A. C.; Morais, I. & Seica, A. (2009). Pessoa ostomizada. *Enfermagem e o Cidadão*, 7 (20), 3. Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros.
- Figueiredo A. (2007). Impacto psicológico do tratamento do cancro no doente e conjugue. In M-Pereira (coord). *Psicologia de Saúde Familiar: Aspectos teóricos e Investigação*. Lisboa. Climepsi Editores.
- Fonseca, SM. O cuidado de enfermagem a pacientes em quimioterapia antineoplásica: uma aplicação da Teoria de Dorothea Orem. *Acta Paul Enf*, São Paulo, v. 10, n.2, p.74-79, 1997. Acedido em janeiro 16, 2013. Disponível em: <http://www.unifesp.br/acta/sum.php?volume=10&numero=2&item=res8.htm>
- Foster, P. C.; Janssens, N.P. D.E.O. In: George, J.B. et al. *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 7, p.90-107.
- Garcia, S. – Comunicação enfermeiro/doente oncológico terminal, em contexto hospitalar. *Nursing: revista técnica de Enfermagem*. 165 (Abril 2002) 20-25.
- Gardner, E., Frantz, A., Specht, P., Johnson-Mekota, L., Buresh, A., Wakefield, B. et al. (2001). How accurate are chronic wound assessments using interactive video technology? *Journal of Gerontological Nursing*, 27(1), 15-20.
- Gargiulo, Cínthia Aquino; Melo, Maria Carmen Simões Cardoso; Salimena, Anna Maria de Oliveira; Bara, Vânia Maria Freitas; Souza, Ívis Emília de Oliveira. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. *Texto contexto - enferm*. [online]. 2007, vol.16, n.4, pp. 696-702. ISSN 0104-0707. Acedido em dezembro 10, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a14v16n4.pdf>
- Garrido António [et. al.] – *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2008. ISBN 978-972-789-266-2.
- George, J. (2000). *Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional*. (4^a ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gómez Batiste X. *Cuidados Paliativos: uma question de Salud Pública*. [Editorial] *Medicina Paliativa* 1994;1 (2):3-4.
- Gómez-Batiste, X., et al. (2003); Palliative care at the Institut Català d'Oncologia, Barcelona; *European Journal of Palliative Care*; 10(5).
- Grant, M., Rivera, L. (1998); *Evolution of Quality of Life in Oncology and Oncology -147-Nursing*; In: King, C., Hinds, P.; *Quality of Life: from nursing and patient perspectives: theory, research, practise*; Boston; Editora Jones and Bartlett Publishers; p.3-17.

- Hagan, L., Morin D. & Lépine, R. (2000). Evaluation of telenursing outcomes: satisfaction, self-care practices, and cost savings. *Public Health Nursing*. Blackwell Science, Inc., 17 (4), 305-313.
- Hesbeen, W. (1997). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Instituto Nacional de Estatística. 2011. Boletim mensal de estatística 2011. www.ine.pt. [Online] Junho de 2011. [Citação: 26 de Julho de 2011.] Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpu_b_boui=96075183&PUBLICACOESmodo=2. ISSN 0032-5082
- International Council of Nurses (2006). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. Geneva. p. 2. ISBN: 92-95040-41-4. Acedido em fevereiro 2, 2013, em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- Justo, João – Uma perspectiva psicológica sobre as doenças oncológicas. In Dias, M^a Rosário & Durá, Estrella – *Territórios da Psicologia Oncológica*. 1^a Edição. Lisboa: Climepsi Editores, 2002. ISBN: 972-796-018-9. P. 51-74.
- Kotzé, W. (1998). An anthropological nursing science: nursing accompaniment theory. *Health SA Gesondheid*, 3 (3), 3-14. ISSN 1025-9848. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: <http://www.hsag.co.za/index.php/HSAG/article/view/296>
- Latorre Postigo, José Miguel (1995). *Ciências psicossociais aplicadas II*. Madrid: Editora Síntesis.
- Lazure, H. – *Viver a Relação de Ajuda*. Loures: Lusodidacta, 1994.
- Lopes, Manuel José. 2006. *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica*. Coimbra : Formasau, 2006. 972-8485-6-X.
- Marques, A. L. (2000); *O ponto de vista do médico; Cuidados Paliativos*; Coimbra, Dossier Sinais Vitais nº4; Edições Formasau.
- Marques, Pedro. Aula teórica de Telemedicina. Abril 2005. [PPT] Acedido em abril 20, 2013. Disponível em: <http://im.med.up.pt/telemedicina/>
- Martins, M. C. (2010). *Aliviando o sofrimento: O processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida*. Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido em dezembro 10, 2012. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/3185/1/ulsd060413_td_Maria_Martins.pdf
- Martins, P.; Prado, M.; Reibnitz, Kenya. Por uma práxis de enfermagem criativa e reflexiva. *Ciencia Y Enfermeria XII* (2): 15-22, 2006. Acedido em dezembro 10, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art03.pdf>

- Mills M; Sullivan K. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 1999; 8:631-642.
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Telemedicina. Recomendações para o seu desenvolvimento. Documento de trabalho. Lisboa, Abril 2005
- Moreira, I. (2001); O doente terminal em contexto familiar; Coimbra; Edições Formasau
- Dias, M. R., Manuel, P., Xavier, P., Costa, A. (2002); O cancro no “seio” da família. In: Territórios da Psicologia Oncológica; Coordenação de Maria do Rosário Dias e Estrella Durá; Lisboa; Editora Climepsi; p.303-320
- Murphy M. (2000). Cancro colorectal. In S. Otto. *Enfermagem em Oncologia*. Loures. Lusociência: 137-154.
- Neves, A. (2001); Cuidados de saúde a doentes crónicos: Alternativas à hospitalização; Lisboa; Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública no âmbito do XXIX curso de especialização em administração hospitalar, não publicado.
- Ordem dos Enfermeiros- Competências do enfermeiro de cuidados gerais- Divulgar Outubro 2003
- Ordem dos Enfermeiros. Caderno Temático: Modelo de Desenvolvimento Profissional – Conselho de Enfermagem, Dezembro 2009.
- Ordem dos Enfermeiros de Portugal, Código Deontológico do Enfermeiro. (2009). Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, Lisboa, p. 6547 -49.
- Ordem dos enfermeiros. 2010. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Acedido em março 16, 2013, em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf
- Ordem dos enfermeiros. 2011. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Nº 35 D.R., 2ª série - Regulamento nº122/2011. 18 de Fevereiro de 2011.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista Em Enfermagem Em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Acedido em dezembro 10, 2012. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituaaoCronicaPaliativa.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, 2012. Acedido em março 16, 2013, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt>

- Orem, D.E. Nursing: concepts of practice. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1980. Ch.3, p. 35-54: Nursing and self-care.
- Orem, Dorothea Elizabeth. Nursing: Concepts of practice. 4ª ed. St. Louis: Mosby. 1991.
- Orem, Dorothea E. 1993. Modelo de Orem - conceptos de enfermería en la práctica. Barcelona : Masson-Salvat Enfermería, 1993. p. 423. ISBN 84-458-0092-2.
- Orem, Dorothea E. (1995). Nursing: Concepts of Practice. (5ªed.). St. Louis: Mosby, ISSN 0-8151-6552-8.
- Orem, Dorothea Elizabeth. 2001. Nursing : concepts of practice ; with a contributed chapter by Susan G. Taylor and Kathie McLaughlin Renpenning. 6th ed. St. Louis (MO) : Mosby, 2001. p. 542. Vol. XVIII. ISBN 0-323-00864-X.
- Organização Mundial de Saúde (2012). Cancer: Key Facts. Fact Sheet nº297. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/>
- Otto, Shirley E. – Enfermagem em Oncologia. 3ªed. Loures: Lusociência, 2000. 966p. ISBN 972-8383-12-6.
- Otto, S. (2000); Enfermagem em Oncologia; 3ª Edição; Lisboa; Editora Lusociência.
- Pais, Fernando – O Impacto da Doença Oncológica no Doente e Família. In BILRO, Maria Ercília Simões; CRUZ, Arménio Guardado – Enfermagem oncológica. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN 972-8485-41-7 p.25-3.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). Introdução à psicologia da saúde. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pais-Ribeiro, J. (2009). A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J.P.Cruz, S.N. de Jesus, & C Nunes (Coords.). *Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp.31-49). Alcochete: Textiverso. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/17785/2/57643.pdf>
- Patrício, Z. M. Consulta de enfermagem: um encontro participante de cuidado de educação em saúde. Texto adaptado do trabalho “Consulta de Enfermagem”, apresentado no Curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho UFSC/1990. Florianópolis, 1995. Mimeo.
- Pereira, M. G., Matos, P. (2002); Áreas de intervenção na doença oncológica; In:Pereira,M. G., Lopes, C.; O doente oncológico e a sua família; Lisboa; Climepsi Editores: p.15-25.
- Pereira, M., & Lopes, C. (2005). O doente oncológico e a sua família. Lisboa: Climepsi Editores.

- Phaneuf, Margot – Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e validação. Loures: Lusociência, 2005. 360p. ISBN 972-8383-84-3. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2009-22/5/525-536.pdf>
- Phillips, L.D. (2005). Manual of IV Therapeutics. (4a ed). Davis: Philadelphia. 812 pp.
- Sá, E. (2003); Qualidade de Vida: Adaptação mental à doença oncológica; Nursing; 15(181):23-29.
- Pinto, Cândida e Ribeiro, José Luís. Avaliação da espiritualidade dos sobreviventes de cancro: implicações na qualidade de vida. *Rev. Port. Sau. Pub.* [online]. 2010, vol.28, n.1, pp. 49-56. ISSN 0870-9025. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0870-90252010000100006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
- Portugal. Ministério da saúde (2007) – Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN 554-80-4358-09-1.
- Portugal. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. - Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 2004. - 2 v. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p.
- Portugal. Ministério de Saúde (2010) – Plano Nacional de Saúde 2011/2016. Lisboa: Direcção Geral de Saúde. ISBN 887-12-4334-65-1.
- PNPCDO (2007-2010). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010. DGS (2007). Acedido dezembro, 10, 2012. Disponível em: <http://www.acs.minsaude.pt/cndo/2009/09/10/ms-pnpcdo/>
- Queridos, A.; Salazar, H.; Neto, I. – Comunicação. In: Barbosa, A.; Neto, I. – Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. p.357-377
- Raminhos, João – Mitos e representações sociais ligadas à doença oncológica – Enfermagem Oncológica nº28 e 29 Out./Janeiro, 2004.
- Rego, A. (1999). Comunicação nas organizações: teoria e prática. Lisboa: Edições Sílabo.
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (1998). Dec. Lei nº 104/98, de 21 de Abril, artigo 4º. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/membros/Documents/Legisla%C3%A7%C3%A3o/REPE.pdf>
- Ruivo, Alice; Ferrito, Cândido – Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. Percursos. Setúbal. ISSN 1646-5067. 15 (Janeiro/Março 2010), 37p.

- Sá, E. (1996); A especificidade da enfermagem oncológica; *Enfermagem Oncológica*. 1:15-17.
- Sá, Engrácia C. Q. N. – Comunicação com doentes ventilados. *Nursing* nº129. Janeiro de 1999. p.26-29. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: http://cms.piso5.net/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=30
- Sá, E. (2003); Qualidade de Vida: Adaptação mental à doença oncológica; *Nursing*; 15(181):23-29
- Santos, E. M. (2009). A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico. Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem. Dissertação de Mestrado, Departamento de didática e tecnologia educativa - Universidade de Aveiro, Portugal.
- Sapeta & Lopes, 2007. Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente. In revista *Referência*, II Série – nº 4. Universidade de Lisboa. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: <http://www.ul.pt/pls/portal/docs/1/174420.PDF>
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: how professionals think in action*. [S.l.]: Basic Books. ISBN: 0-465-06878-2. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: <http://www.amazon.com/Reflective-Practitioner-Professionals-Think-Action/dp/0465068782>
- Schön, D. A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Trad. Roberto Cataldo Costa – Porto Alegre: Artes Medicas Sul. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/32ra/arquivos/posteres/gt19-5458--int.pdf>
- Santos, C., Ribeiro, J. L. P. (2001); A Qualidade de vida do doente oncológico – revisão da bibliografia; *Referência* 7:5-16.
- Segre, Marco; Ferraz, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1997, vol.31, n.5, pp. 538-542. ISSN 0034-8910. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n5/2334.pdf>
- Stefanelli, M., Carvalho, E., & Arantes, E. (2005). Comunicação e enfermagem. In: Stefanelli, M. & Carvalho, E. *A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem*. São Paulo: Editora Manole Lda.
- Souza, P.R.S. *Inovações de Apoio a Decisão na Telemedicina com Curvas ROC lidas pela Lógica Paraconsistente Anotada 2V (Parabayes)*. Faculdade de Tecnologia Rubens Lara (BS) – CEETEPS - Santos – SP – Maio 2011

- Tavares, Maria Joana. 2002. A enfermeira estomaterapeuta e a consulta de estomaterapia. *Ecos da Enfermagem*. N. ° 228/230, Março/Junho de 2002, pp. 16-17.
- Telemedicine: opportunities and developments in member states: report on the second global survey on eHealth, Geneva: WHO; 2010, pp.8-9. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: http://www.who.int/goe/publications/goe_telemedicine_2010.pdf
- Torres, Gilson de Vasconcelos; Davim, Rejane Marie Barbosa and Nnobrega, Maria Miriam Lima da. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 1999, vol.7, n.2, pp. 47-53. ISSN 0104-1169. Acedido em fevereiro, 23, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13461.pdf>
- Wagner, M. K. (1995); Cognitive determinants of quality of life after onset of cancer; *Psychological Reports*; 77(1):147-154.
- Wan, J., Counte, M., Cella, D. (1997); The influence of personal expectations on cancer patients' reports of health-related quality of life; *Psycho-Oncology*; 6:1-11
- Wilkes, G.(2008). Managing drug infusion reactions: focus on cetuximab monoclonal antibody therapy. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12 (3): 530-2.

Sites consultados:

- <http://www.publico.pt/Mundo/cancro-e-a-doenca-com-maior-impacto-economico-no-mundo-1451806>
- http://sol.sapo.pt/inicio/Sociedade/Interior.aspx?content_id=40551
- <http://noticias.uol.com.br/ultnot/efe/2007/04/03/ult1766u21052.jhtm>
- <http://www.manualmerck.net/?id=192&cn=1616>
- www.apcl.pt
- <http://www.ffms.pt/conferencia-depois/157/em-causa-aprender-a-aprender>
- <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/62225/3/MIM4%20%20Maria%20Jos%20Dias.pdf>
- <http://im.med.up.pt/telemedicina/>
- https://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/entidades/MS/SGMS/pt/SER_telemedicina.htm
- <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=60766101AAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
- <http://www.dnoticias.pt/actualidade/pais/305731-mortes-por-cancro-aumentam-todos-os-anos-em-portugal>
- <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/numero-de-novos-casos-de-cancro-impede-mortalidade-de-baixar-1583214>

<http://www.portugal.gov.pt/pt/os-ministerios/ministerio-da-saude.aspx>

<http://www.who.org>

<http://www.americantelemed.org/learn/what-is-telemedicine>

<http://forum.portaldovt.com.br/forum/index.php?showtopic=88596>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Cronograma dos ensinos clínicos (1º e 2º)

Cronograma de Estágio

1º ENSINO CLÍNICO – HOSPITAL DE DIA DE QUIMIOTERAPIA – INSTITUIÇÃO PRIVADA “A” - 19 TURNOS - 150H																												
Out-12																	Nov-12											
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M		M			M	M	M	M	M			M
5 TURNOS (T) - 40H 8-16H					5 T - 40H 8-16H							3 T - 24H 8-16H				1T-8H 8-16H				2T - 16H; 3T - 18H 8 - 16H; 8-14H						1T-4H 8-12H		

2º ENSINO CLÍNICO HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA PNEUMOLÓGICA – CENTRO HODPITALAR “B” LISBOA - HPV- 38 TURNOS - 300H																																									
Nov-12																Dez-12																									
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D							
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
	M	M		M			M		M		M			M	M	M		M			M		M		M			M	M	M		M			M		M		M		
	3 T - 24H						3 T - 24H						4 T - 32H						3 T - 24H						4 T - 32H						3 T - 24H										
Dez-12							Jan-13																													Fev-13					
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D							
24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3
M	M	M		M			FÉRIAS							M	M	M		M			M		M		M			M	M	M	M			M		M		M ₁₂			
4 T - 32H												4 T - 32H							3 T - 24H							4 T - 32H							2 T - 16H+1T – 4H								

APÊNDICE II

Plano de estágio (apresentação e entrega):

“Acompanhamento Telefónico ao Doente/ Família em Tratamento de Quimioterapia em Ambulatório – Intervenção de Enfermagem”

Plano de Estágio

Ao planear a efetivação do estágio no Hospital de Dia de Quimioterapia de uma Instituição Privada, foi minha pretensão que o mesmo fosse realista e exequível, sendo que o intuito da sua realização consistiu no contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente/ família em tratamento de quimioterapia em regime ambulatório no sentido do controlo do advento de sintomas secundários no domicílio. Optei pela sua realização em contexto de ensino clínico, uma vez que me possibilitava o contacto direto com os doentes/ famílias a efetuarem este tratamento e no sentido de obter as competências científicas, técnicas e humanas adequadas à prestação de cuidados de enfermagem tendo em vista o autocuidado, na área oncológica em que se insere esta temática.

Objetivo geral

- Adquirir competências facilitadores para a implementação da consulta telefónica, por forma a promover o auto cuidado na gestão do controlo sintomático advindo da quimioterapia no domicílio.

Objetivos específicos

- Integrar a equipa multidisciplinar;
- Compreender as necessidades de informação do doente/ família em tratamento de quimioterapia em regime ambulatório;
- Identificar conhecimentos técnicos e relacionais, que conduzam a uma melhoria da prestação de cuidados de enfermagem, com vista à promoção do autocuidado do doente/ família em tratamento de quimioterapia em regime ambulatório;
- Aprofundar competências de comunicação na consulta de enfermagem, de forma a promover o autocuidado do doente/ família em tratamento de quimioterapia em regime ambulatório;
- Compreender as necessidades de informação do doente/ família em quimioterapia em regime ambulatório;
- Observar os métodos de ajuda utilizados no controlo dos efeitos secundários;
- Observar o tipo de registos e impressos existentes;

Atividades e recursos

Inerentes ao desenvolvimento dos objetivos e de modo a que os mesmos sejam atingidos, é minha pretensão realizar as seguintes atividades:

- Entrevista com a Enfermeira Chefe de modo a compreender a estrutura física e funcional do serviço;
- Conhecer a dinâmica do serviço, e mais especificamente, a consulta de enfermagem;
- Observar a equipa na realização da 1ª consulta de enfermagem e subsequentes, ao doente em tratamento de quimioterapia em regime ambulatório;
- Partilhar conhecimentos e experiencias com os colegas;
- Conversar com os doentes/ famílias de modo a compreender as suas necessidades;
- Consultar normas e protocolos de serviço, principalmente da consulta telefónica de enfermagem;
- Familiarizar-me com os documentos de registos de acompanhamento do doente/ família;
- Elaborar uma check-list de consulta, de acordo com as necessidades apresentadas pelos doentes/ famílias em tratamento de quimioterapia em regime ambulatório;
- Refletir sobre os eventos de aprendizagem.

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

1º ENSINO CLÍNICO – HOSPITAL DE DIA DE QUIMIOTERAPIA – INSTITUIÇÃO PRIVADA “A” - 19 TURNOS - 150H																														
Out-12																	Nov-12													
S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S	T	Q	Q	S	S	D	S		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
M	M	M	M	M			M	M	M	M	M			M	M	M		M			M	M	M	M	M			M		
5 TURNOS (T) - 40H 8-16H							5 T - 40H 8-16H							3 T - 24H 8-16H					1T-8H 8-16H				2T - 16H; 3T - 18H 8 - 16H; 8-14H							1T-4H 8-12H

APÊNDICE III

*Guia de registo do controlo sintomático às 48 horas –
Hospital de Dia de Quimioterapia, Instituição Privada
“A”*

REGISTO DO CONTROLO SINTOMÁTICO ÀS 48 HORAS - QT

Contacto efectuado: / /		Doente: ☐ S ☐ N		Quem:		1º Contacto - Dte:	
						2º Contacto - Dte:	
Identificação do Doen:		Idade:		CCC:		Sexo: ☐ F ☐ M	
Diagnóstico:		Intervenção Cirúrgica ☐ S ☐ N		Qual:			
Esquema de QT:		QT Adjuvante: ☐		QT Neoadjuvante: ☐		QT Paliativa: ☐ QT Curativa: ☐	
Data do início do tratamento de QT: / /		CSC: ☐		VP: ☐			
CICLO: C		Nº DIA d		DATA DO CICLO: / /		PRÓXIMO CONTACTO: / /	

CONTROLO SINTOMÁTICO	EFEITOS SECUNDÁRIOS QT	S	N	GRAU										DATA	FEZ FARMAC.	FEZ TERAP. N/ FARMAC.	SURTIU EFEITO		REFORÇO ENSINO		Observações:
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				S	N	S	N	
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				S	N	S	N	
Anorexia																					
Nauseas																					
Vómitos																					
Disfagia																					
Alter. Paladar																					
Mucosite																					
Diarreia																					
Obstipação																					
Febre																					
Reações Cutânea																					
Síndrome Mão/ P																					
Fadiga																					
Dores																					

Identificação da Enfermeira:	Nº Mcanográfico:
---	---------------------------------------

APÊNDICE IV

*Reflexão Individual I – situação vivenciada no decurso
do ensino clínico no Hospital de Dia de Quimioterapia
de uma Instituição privada “A”*

0 - Introdução

Decorrente do 3º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Área de Intervenção Enfermagem Oncológica e no âmbito do Ensino Clínico em Hospital de Dia de Quimioterapia do Centro Clínico “A”, que transcorreu no período de 15 de Outubro a 12 de Novembro de 2012 (total de 150 horas), advém a presente reflexão crítica.

As constantes mutações na área da saúde e consequentemente dos cuidados de enfermagem suscitam uma formação contínua dos profissionais, centrada no desenvolvimento de capacidades de autoaprendizagem, de pesquisa, de questionamento, de avaliação e de reflexão crítica sobre as vivências da práxis em enfermagem.

Entendo assim a reflexão como um instrumento conveniente entre a teoria e a prática, anuente de uma articulação entre ambas e conducente de uma aprendizagem contínua e impulsionadora de mudança. É com esta disposição que me proponho efetuar uma análise reflexiva crítica, explanando uma situação vivenciada.

Para uma melhor sistematização do processo narrativo da reflexão basear-me-ei no Ciclo de Gibbs, integrando o meu percurso nas 6 etapas que o compõem (descrição da situação, sentimentos e pensamentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação), e que podem funcionar como alicerce na coadjuvação de um desempenho mais eficaz e jubiloso no futuro.

1 – Identificação do doente e descrição da situação

No decorrer do Ensino Clínico efetuado no Hospital de dia de Quimioterapia de uma Instituição Privada “A”, vivenciei uma experiência que suscitou em mim uma reflexão aprofundada.

Conforme previamente definido nos objetivos do projeto de estágio, a atual reflexão será orientada pelo Ciclo Reflexivo de Gibbs.

Se, “Falar é uma necessidade, escutar é uma arte” (Johann Goethe). Esta frase vive dentro de mim e teve um grande contributo para o meu crescimento pessoal e profissional. Em contexto de hospital de dia de quimioterapia, faz-me bastante sentido, interligando-se a meu ver com o saber ser e o saber fazer, que passam essencialmente pela experiência e pela interação entre as pessoas e a situação, fazendo sentido para elas (Cabrito, 1999, p. 31). Por este motivo a preferência pela situação/ experiência que passo a descrever.

Doente do sexo masculino (Sr. H.M.), 74 anos de idade, raça caucasiana, Técnico Superior reformado, casado e com 3 filhas adultas todas licenciadas (1ª - assessora de ministro, 2ª - pintora sem trabalho, 3ª - professora de artes desempregada e com um filho de 3 meses). Apresenta como antecedentes pessoais, hábitos tabágicos moderados, tendo deixado de fumar há mais ou menos 10 anos. Sem outros antecedentes pessoais relevantes e com antecedentes familiares de neoplasia do intestino, nomeadamente o pai e dois tios paternos (falecidos na sequência desta patologia).

Em Setembro de 2011, na sequência de queixas de cansaço para médios esforços, perda de peso não quantificada e obstipação desde há algum tempo, recorre ao seu médico assistente. Efetua exames complementares de diagnóstico, nomeadamente colonoscopia com biopsia, sendo-lhe diagnosticado um tumor da sigmóidea - adenocarcinoma T3N2M1 - metastização hepática múltipla - tendo sido submetido a ressecção anterior do reto, em 6 de Outubro de 2011, na Clínica “B”. O pós-operatório decorreu sem incidências, tendo sido proposto em consulta multidisciplinar para quimioterapia adjuvante que iniciou em 13 de Dezembro de 2011.

Após colocação de cateter subcutâneo, iniciou protocolo de tratamento quimioterápico com FOLFOX (Fluorouracil (5-FU), Leucovorina (Ácido folínico), Oxaliplatina) e em Fevereiro de 2012 foi-lhe removido o mesmo por ter obstruído, não tendo sido substituído por apresentar bom acesso venoso. Os tratamentos subsequentes passam então a ser efetuados através de acesso venoso periférico, sendo que o esquema terapêutico em Março de 2012 é permutado por XELOX (oxalplatina + capcitabina).

Em 11 de Agosto de 2012, após reavaliação clínica (estudo analítico incluindo marcadores tumorais, TAC abdominal e torácica), verifica-se uma progressão da doença. É mantido o protocolo terapêutico com XELOX até Outubro de 2012 altura em que se opta por Panitumab (anticorpo) + FOLFOX.

Desde o início do tratamento antineoplásico os efeitos secundários que o Sr. H.M. apresentou foram: cansaço/fadiga, anorexia, e alterações hematológicas (leucopénia e neutropénia) implicando estas últimas, pausas de uma semana a fim de reequilibrar. Procede ainda a períodos de repouso e a uma alimentação mais direccionada (contemplando o que melhor lhe “sabe”) e de um modo fracionado, tendo em conta as indicações/ ensino facultadas pela enfermeira. Desde Outubro, acresce a estes sintomas, rash cutâneo G1 (grau 1) e G2 (grau 2) que apesar de estar a responder ao tratamento instituído, importuna o doente, que se retrai de sair à rua.

O doente mantém-se autónomo no que concerne às atividades de vida diárias, contudo permanece mais tempo em casa, saindo quase exclusivamente para efetuar o tratamento.

O meu contacto com o doente surge na sequência do Ensino Clínico efetuado no Hospital de Dia de Quimioterapia, local onde me foi permitido auferir de dividendos relevantes para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao doente/ família em tratamento de quimioterapia sistémica em regime ambulatorio e no sentido do controlo do advento de sintomas secundários já no domicílio.

A minha integração no seio da equipa de enfermagem permitiu-me observar de um modo consolidado a prestação de cuidados de saúde diferenciados, aliados de competência técnica, humanidade e disponibilidade permanente, sustentados na inovação e investigação. Nesta sequência fui apresentada pela enfermeira de referência ao doente e familiar, tendo a minha presença sido contextualizada.

A minha proximidade com o doente/ família acontece precisamente na fase de palição. De acordo com a periodicidade do esquema terapêutico proposto, o doente desloca-se ao Hospital de Dia de Quimioterapia do Centro Clínico "A" acompanhado pela esposa e a 2ª filha (a pintora), que os conduz, permanecendo na unidade de tratamento junto dos pais, ou ausentando-se para regressar por volta da hora do almoço. Parece -me sempre muito inquieta, algo impetuosa, interpelando sistematicamente a enfermeira de referência sobre:

- A duração do tratamento e se o tempo de permanência do pai lhe permite ausentar-se;
- Comportamentos e atividades que o pai poderia ou deveria ter à semelhança de amigos que tem, também eles com diagnóstico de "... tumor maligno";
- Se é normal alguns sintomas que o pai apresenta, fazendo sempre comparações com amigos que tem;

O Sr. H.M. desloca-se serenamente, mas sempre com um semblante cerrado. Cumprimenta os elementos da equipa presentes e escolhe a unidade individual de tratamento onde irá permanecer no decurso do ciclo. A esposa, sempre muito delicada e comunicativa, cumprimenta individualmente cada um dos elementos da equipa presentes, e dirige-se para junto do marido, ajudando-o a instalar-se e a acomodar-se. Parece-me no entanto, sempre intranquila e stressada.

Não sendo uma situação recente, doente e esposa estão familiarizados com efeitos secundários da QT, e com as medidas a adotar no sentido de os minimizar ou colmatar. Este facto advém do ensino previamente efetuado pela enfermeira, da validação e reforço do mesmo de cada vez que o doente se desloca ao Hospital de Dia de Quimioterapia do Centro Clínico "A". Lopes e Pereira (2005, p.43) referem que "quanto mais adaptado à sua doença

estiver o doente, maior facilidade terá em aceitar as recomendações terapêuticas, em desenvolver estilos de vida saudáveis e estratégias para lidar com a situação”. Considerando este conceito, penso que a forma como o acolhimento, o ensino ao doente família (neste caso esposa e filha), e o esclarecimento de dúvidas é bastante adequado, uma vez que se preconiza o envolvimento da pessoa no autocuidado (Orem, 2001), com o objetivo de esta se tornar o mais autónoma possível e, consequentemente se sentir perfeitamente adaptada à atual situação. Por outro lado, penso que esta abordagem é bastante importante para a relação da tríade, enfermeiro/doente/ família/ pessoa significativa, e facilitadora de uma adaptação à etapa que vivem, pois permite garantir que sintam segurança e confiança, facto que é corroborado por um estudo de Millar (1996), citado por Hesbeen (1997, p. 55).

A enfermeira, por sua vez, confere informaticamente os resultados laboratoriais e a decisão clínica da prossecução do tratamento e comunica telefonicamente com a farmácia a fim de que a terapêutica antineoplásica seja preparada.

Uma vez junto do doente, a enfermeira procede à avaliação do estado geral do doente, avaliação do peso, TA, Pulso, Temperatura e Saturação de O₂ e questiona sobre efeitos secundário e medidas adotadas, beneficiando deste momento para validar o ensino efetuado (de acordo com o protocolo de tratamento instituído), reforçando-o. Relembra a existência do seu contacto de telemóvel (TM) para esclarecimento de qualquer dúvida ou dificuldade que surja e que o mesmo se encontra disponível 24H/dia incluindo fim-de-semana e na posse de uma das enfermeiras de prevenção.

Após esta primeira abordagem e após a seleção do acesso venoso, a enfermeira procede à administração da terapêutica de acordo com o protocolo instituído, mantendo-se sempre atenta e vigilante perante dúvidas ou alterações que possam ocorrer, de modo a poder intervir atempadamente.

O Sr. H.M. almoça sempre no HDQ, comendo muito pouco, e este é o momento em que a filha mais velha está com ele, dialogando os dois, sempre muito tranquilamente. Esta filha toma sempre café com a mãe no bar do Centro Clínico “A” com quem, sempre muito calmamente conversa.

A filha mais nova visitou o pai durante o tratamento uma vez, sendo que o seu “interesse” foi dirigido para as instalações e jardins que rodeiam o Hospital de Dia de Quimioterapia, falou muito pouco com o pai, demonstrando uma atitude evasiva.

2. Sentimentos e pensamentos

O enfermeiro, devido à sua proximidade privilegiada, desempenha um papel crucial no acompanhamento do doente/ família/ pessoa significativa em tratamento de quimioterapia antineoplásica, cabendo-lhe a responsabilidade pela educação para a saúde no sentido da promoção do autocuidado e de garantir que no domicílio seja adquirida a capacidade de independência e interdependência desejável.

Considero que o ensino dispensado foi apreendido, principalmente pela esposa e pelo próprio doente. Toda a sintomatologia advinda de cada tratamento foi adequadamente colmatada pela esposa, de acordo com as indicações da enfermeira, sendo que sempre que surgia uma dúvida, esta recorria à ajuda através do contacto telefónico disponibilizado. Pareceu-me no entanto, que estes contactos eram impulsionados pela filha do meio, talvez por ser desejo seu que estes sintomas regredissem mais rapidamente e que o facto de isso não acontecer era devido a algo que a mãe não tivesse percebido bem.

Havia claramente uma contenda entre mãe e filha: por um lado, a mãe que acompanhava mais de perto o marido doente, que o conhecia e compreendia e que aceitava a situação instalada, respondendo a cada alteração que surgisse e reconhecendo as limitações ou mesmo a “falta de vontade” manifestadas (por vezes) pelo marido; por outro lado, esta filha, sempre muito ansiosa, sempre com uma esperança prodigiosa que algo invertesse a situação de doença do pai. As solicitações permanentes desta filha eram reveladoras desta esperança: “... sabe, ontem sugeri ao meu pai que falasse com um amigo meu, que também já fez quimioterapia, e que está ótimo e a trabalhar... a minha mãe acha que talvez não seja bom, ele não quer falar com as pessoas, mas vou levá-lo lá a casa, não acha? Pode ser uma ajuda, um estímulo ... isto é positivo, não é?”. Contrariava constantemente o que a mãe dizia, mesmo em pequenos atos, como colocar ou não um cobertor nas pernas do doente, desligar a bomba infusora sozinha para que o doente se deslocasse à casa de banho, elevar as pernas, são pequenos exemplos.

A reação manifestada por esta filha era em meu entender ineficaz, talvez associada a um sentimento de medo ou perda, facto que afetava o equilíbrio e a dinâmica familiar. Estas reações, de acordo com Mills (1997, p. 31-36) citado por Melo et al (2007) estão relacionadas a uma adaptação não satisfatória ao problema.

Constatei ainda que por parte da esposa, havia claramente uma intenção de desabafar as suas angústias e medos. Demonstrei, tal como determina Lazure (1994), ter tempo para a escutar, deixando-a falar. De acordo com Lazure (1994, p.16), a escuta permite manifestar à pessoa a importância que tem para o enfermeiro, identificar as suas emoções, ajudá-la a

identificar as suas necessidades e problemas, de modo a elaborar um plano de ação eficaz. Quando senti que a senhora estava mais calma, mencionei a restante família (filhas) e ciclo próximo de amigos como estratégia de apoio. Percebi nitidamente que quem estava mais próxima do marido, era ela e a segunda filha (por ser a mais disponível) e que esta a deixava muito nervosa com as suas intervenções pouco adequadas às necessidades/ vontades do pai “... parece não entender que o pai quer sossego... já não consegue nem tem disposição para as coisas que fazia ou mesmo aturar os outros a falarem...” (sic). Os argumentos, aparentemente inconsequentes apesar da sua boa-fé, deixavam esta senhora “desnorteada” sendo notória a sua necessidade de tranquilidade e apoio.

A este respeito, Teixeira citado por Sousa et al, 2008 salienta que, lidar com as emoções implica ter sensibilidade, saber ouvir e ter uma perceção que vai além da formalidade. É importante saber ler a emoção nas expressões dos sujeitos, nos atos e no tom de voz. Não perceber apenas por perceber, mas a sensibilidade de entender o não-dito, de captar as dimensões, por vezes inconscientes, que o sujeito traz no seu discurso é necessário. Para isso, é importante que nos conheçamos e que saibamos expressar os nossos sentimentos de modo construtivo, pois o indivíduo que desconhece as suas próprias emoções dificilmente perceberá as emoções do outro.

Sugeri então que a senhora permanecesse com a prestação que tinha tido até aqui, mantendo-se próxima do marido, com a boa disposição habitual e, que intentasse o diálogo com a filha, ao que respondeu ser impossível.

Num momento em que a esposa se encontrava com as filhas, abordei o Sr. H.M. e no decurso de uma conversa informal o senhor fala das suas filhas, dizendo-me o que cada uma fazia profissionalmente manifestando alguma preocupação com a filha do meio: a sua irreverência, a sua necessidade de liberdade e independência, o seu desprendimento para com as coisas e aos lugares, angustiavam-no relativamente ao seu futuro, “... sabe que ela já deu aulas na faculdade e despediu-se, já expôs em galerias... tem os quadros todos guardados numa arrecadação... às vezes vende um ou outro... eu converso com ela e sugiro contactos, mas...” (sic). Nunca verbalizou algo relacionado com a sua doença, apenas falava da família e principalmente desta filha. Limitei-me a escutá-lo... a ouvir e conhecer atentamente a mensagem que me estava a transmitir.

“Saber ouvir, estar presente, compreender a dor nas suas mais variadas manifestações e também saber ficar em silêncio são virtudes essenciais para a prática de cuidados humanizados.” (Pacheco, 2006). E porque cuidar de uma pessoa implica também cuidar da sua família, considero ter dada a merecida atenção aos familiares mais próxima (esposa e

filha), estabelecendo uma relação de ajuda, empática e dando-lhe espaço para todas as suas manifestações.

3. Avaliação

Considerando que um dos objetivos dos cuidados de enfermagem é preservar a dignidade humana (OE, 2009) constatei que os recursos de apoio foram perfeitamente adequados – a existência de uma unidade de tratamento individualizada, ou mesmo um gabinete sempre que necessário, a presença permanente de um enfermeiro próximo do doente e da família, disponível para intervir sempre que necessário ou que era solicitado, permitiu uma vigilância e uma relação terapêutica apropriada e uma prestação de cuidados de qualidade e segurança.

O facto de poder partilhar os meus sentimentos, a minha experiência e trocar ideias relativamente ao planeamento de cuidados com a equipa (neste caso as enfermeiras orientadoras) constituiu igualmente um ponto positivo para o percurso.

Foi recompensador ter conseguido estar e cuidar desta unidade que é a família, ter tido tempo para permanecer junto deles, desenvolvendo a escuta ativa.

Perante esta vivência, considero como elementos facilitadores da adaptação à situação:

- O acolhimento e inserção na equipa e consequentemente o desenvolvimento pessoal e profissional;
- O trabalho em equipa através da partilha da situação anteriormente descrita com o enfermeiro orientador do ensino clínico e o apoio, o respeito e a partilha de responsabilidades com e por parte do mesmo;
- A comunicação simples e clara dentro da equipa permitindo-me a partilha de sentimentos, apreensões e emoções e ainda o estabelecimento de uma relação terapêutica com esta família, facilitando a validação das ações adotadas e o planeamento de ações futuras (encaminhamento da esposa, filha e Sr. HM para intervenção terapêutica especializada – psicologia clínica);
- As recompensas inerentes aos cuidados prestados no sentido da gratificação do trabalho desenvolvido: a disponibilidade de espaço e de tempo, a empatia com a pessoa doente e família, o desenvolvimento da escuta ativa, o sentimento de partilha com a equipa e as diligências do encaminhamento para a psicologia clínica, são alguns exemplos.

Considero como elementos inibidores da experiência:

- Pouco tempo que permaneci no Centro Clínico “A”;
- Pouco contacto com os doentes e famílias;
- A parca experiência no terreno.

4. Análise

Em relação à situação vivenciada, o sentido que posso encontrar será o de que numa perspetiva de apoio à família, é importante que se disponibilize ajuda à mesma no sentido da compreensão da doença, o seu tratamento e tipo de intervenções. Considero assim que os aspetos mencionados influenciam o ajustamento ao futuro, e conseqüentemente às limitações que vão surgindo.

Em relação ao que poderia ter feito melhor, se fosse no meu contexto de trabalho, tudo iria fazer para assegurar que aquela família tivesse apoio da psicologia clínica ou que tivesse a oportunidade de recorrer ao apoio de enfermagem (mesmo que telefonicamente) sempre que sentisse necessidade e independentemente do dia do tratamento.

Os profissionais de saúde devem ter presente que a família conhece o doente, as suas preferências, interesses e preocupações, sendo por isso fundamental o envolvimento da mesma nos cuidados ao doente e destacando a importância da sua presença junto do mesmo, (Guarda et al, 2010), algo que constatei durante a minha permanência no Hospital de Dia de quimioterapia “A”.

A comunicação entre a tríade (por vezes e por necessidade, estendida a outros elementos da equipa multidisciplinar) torna-se assim crucial para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica e para a continuidade de uma boa prestação de cuidados. Stefanelli (1993) salienta a comunicação como o denominador comum de todas as ações de enfermagem e que a mesma influi decisivamente na qualidade dos cuidados prestados em quem deles necessita.

Na minha opinião, o acolhimento do doente/família, é normalmente marcado por um ambiente acolhedor e descontraído, fatores que contribuem para a atenuação do stress e ansiedade, permitindo ainda que sejam esclarecidas dúvidas ou detetadas necessidades que inicialmente não tenham sido identificadas. Considero que desta interação, tal como referem Sapeta& Lopes (2007), podem advir contributos terapêuticos para o doente e para os seus familiares, decorrentes do saber e da competência demonstrados assim como da disponibilidade relacional e da escuta ativa, elementos essenciais e necessários para ambos.

5. Conclusão

Esta vivência suscitou em mim uma reflexão profunda, amplificando o meu interesse por esta área do cuidar, à qual a empatia, a disponibilidade, a comunicação e naturalmente o saber, se associam e inserem nos objetivos dos cuidados de enfermagem no que respeita à preservação da dignidade humana (OE, 2009).

Ainda, e de acordo com o preconizado pela EONS (2005), ao longo deste trajeto de aprendizagem, foi minha pretensão compreender os efeitos do cancro e seu tratamento no doente e família, não descurando a manutenção da dignidade, aconselhamento e confidencialidade, possibilitando aos mesmos que expressassem as suas dúvidas, medos e preocupações de modo a poder contribuir para o controlo sintomático.

O confronto com um tratamento de quimioterapia pode ser sinónimo de um percurso cheio de adversidades. Conjeturar por bons resultados, que não surjam efeitos secundários severos, que esta fase tenha termo e se retome uma vida comum, são as expectativas que amparam o percurso! Servem de auxílio, o suporte da família e amigos.

Refletindo sobre esta situação à luz do modelo teórico proposto por Dorothea Orem, posso concluir que os cuidados de enfermagem se inseriram no sistema de apoio e educação, isto é, o doente em causa é capaz de autonomamente realizar o seu autocuidado, embora por vezes seja necessária a ajuda da enfermeira, no sentido de ensinar, supervisionar e suportar na realização das ações de forma adequada (por exemplo, ensino sobre as medidas a adotar perante os efeitos secundários advindos da quimioterapia) Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005; Moore et al., 2007). A inclusão da família deve ser tida em conta e considerada alvo de uma intervenção da enfermagem de forma a estar capacitada a cuidar o indivíduo (Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005).

De uma forma geral, confirmei mais uma vez que é fundamental que o acompanhamento da pessoa em tratamento de quimioterapia seja feito por um enfermeiro com competência e conhecimentos, que lhe transmita segurança e confiança e lhe preste cuidados de qualidade.

De igual forma percebi com esta situação que, mais do que um cuidador compulsivo importa que o profissional consiga e tenha a capacidade de introspeção sobre as emoções com as quais é confrontado, de forma a não projetar eventuais emoções ou conflitos pessoais na pessoa em sofrimento.

6. Planeamento da ação

Na Oncologia, a educação na saúde permeia o dia-a-dia profissional por lidar com uma doença crônica e com as necessidades contínuas das pessoas, sejam de ordem física, emocional ou informativa. E, se anteriormente o foco da luta contra o cancro era a sobrevivência dos pacientes, outro aspeto da oncologia está a ganhar espaço: a procura por qualidade de vida durante e após o tratamento. É nesta sequência que surge a necessidade de informar o doente/ família da ocorrência dos possíveis efeitos secundários e das medidas que devem ser tomadas para os evitar ou tratar, bem como alertá-los para a necessidade de

comunicarem o seu aparecimento. Cornelius in Otto (2000) refere que o ensino na saúde necessita de continuação para diminuir a hipótese de agravamento da doença e descompensação dos efeitos secundários provocados pela quimioterapia. Cada doente tem uma experiência única, que, apesar de semelhante com tantas outras, tem de ser vista e tratada como singular.

O estágio realizado revelou-se muito enriquecedor, na medida em que o mesmo foi conducente de uma aprendizagem, norteadas por princípios a seguir no apoio ao doente em tratamento de quimioterapia e na sequência da manifestação dos efeitos secundários da mesma. Como tal, aprendi com esta experiência que devo no futuro:

- Considerar o doente e a família como uma unidade única de cuidados, nomeadamente avaliar e responder às necessidades emocionais, informativas e práticas de suporte de ambos;
- Promover discussão aberta sobre a doença, efeitos secundários da quimioterapia, comunicação e aspetos relacionados com os mesmos, ou seja, avaliar as preocupações da família com a situação do doente e cuidados instituídos, esclarecer e tranquilizar membros da família sobre plano de cuidados instituído e permitir espaço de comunicação aberto sobre efeitos secundários da quimioterapia, incluindo o esclarecimento de dúvidas;
- Providenciar suporte emocional, escuta ativa, apoio por parte da psicologia clínica e especificamente permitir a expressão e validação de sentimentos;
- Facilitar a assistência prática, nomeadamente encorajar a respeitar a própria saúde dos elementos da família;
- Incentivar o diálogo em família e nas equipas multidisciplinares;
- Respeitar as práticas culturais, éticas e religiosas, nomeadamente respeitar a conduta de cada membro da família durante o tratamento de quimioterapia.

7. Bibliografia

- Cabrito, B. (1999). Formações em alternância: conceitos e práticas. Lisboa: Educa.
- Cunha, A.I.G., Cardoso, L.A.O. & Oliveira, V.C.T. (2005). Auto-cuidado: teoria de enfermagem de Dorothea Orem. Sinais Vitais, (61), 36-40.
- European Oncology Nursing Society (2005). Post Basic Curriculum in Cancer Nursing (3ª ed). Bruxelas: EONS.
- Guarda, Hirondina; Galvão, Cristina; Gonçalves, Mª – Apoio À família. In Barbosa, António & Neto, Isabel – Manual de cuidados paliativos. 2ª Edição, Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN: 978-972-9349-22-5. p. 751 - 760.

- Hesbeen, W. (1997). Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures: Lusociência.
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.
- Lopes, C. & Pereira, M. G. (2005). O Doente Oncológico e a sua Família. Lisboa: Climepsi Editores. p. 146. ISBN 972-796-195-9.
- Lopes, Manuel e Sapeta, Paula – Cuidar em Fim de Vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente. In Revista Referência, II Série, nº4, Junho 2007.
- Mesquita, E., Magalhães, R., De Almeida, A., Carvalho, A. & Mota, C. (2007). Comportamentos da Família Diante do Diagnóstico de Cancer da Mama. *Enfermeria Global*, 10, 2-10. www.um.es/global/ Acedido a 14-11-2012
- Moore, J. B., Pawloski, L., Rodriguez, C., Baghi, H., Lumbi, L. & Zamora, L. (2007). The effect of a nutrition education program on the nutrition self-care practices of nicaraguan adolescent girls and the nutrition dependent-care practices of their mothers. *Self-Care & Dependent-Care Nursing*, 15(1), 6-11.
- Ordem dos Enfermeiros de Portugal, Código Deontológico do Enfermeiro. (2009). Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, Lisboa, p. 6547 -49.
- Orem, D. (2001). Nursing: Concepts of practice (6ª ed.). Missouri: Mosby. ISBN 0-323-00864-X.
- Otto, Shirley. Enfermagem oncológica. 3ª Edição. Mosby: Lusociência, 2000. ISBN 972-383-12-6.
- Pacheco, S. (2006). A morte no ciclo vital: perspetiva da enfermagem. Ordem dos Enfermeiros- VI Seminário de Ética. Número 20. ISSN 1646-2629. p.31.
- Stefanelli, M. C. Comunicação com paciente teoria e ensino. São Paulo: Robe editorial, 1993. <http://www.slideshare.net/eurydicelino/trabalho-escuta-activa-8109286> - acedido a 14-11-2012
- Sousa MGG, Santo FHE . O Olhar que Olha o Outro...Um Estudo com Familiares de Pessoas em Quimioterapia Antineoplásica. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2008; p.31-42

APÊNDICE V

*Sessão de informação: Apresentação do Projeto de
estágio no Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica
do Centro Hospitalar “B”, Lisboa*

SESSÃO DE INFORMAÇÃO

Tema da sessão: Guia do acompanhamento – Monitorização dos efeitos secundários da quimioterapia.

Duração: 40 minutos.

Destinatários: Enfermeiros do Serviço de Hospital de Dia oncológico Centro Hospitalar “B” de Lisboa.

Finalidade: Apresentar o Instrumento de Trabalho à equipa de enfermagem do hospital de Dia de Oncologia Pneumológica do Centro Hospitalar “B” de Lisboa, como elemento facilitador do atendimento telefónico e por forma a monitorizar os sintomas secundários advindos da quimioterapia no ambulatório.

Objetivo geral: Contribuir para a melhoria da continuidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente/ família em tratamento de quimioterapia em regime ambulatório, com vista à monitorização dos efeitos secundários deste tratamento no ambulatório tendo como ferramenta de trabalho o telefone.

Objetivos específicos:

- Fundamentar a inclusão do acompanhamento telefónico ao doente/ família em tratamento de quimioterapia em ambulatório;
- Identificar as vantagens do acompanhamento telefónico para o doente – família – profissional de enfermagem – instituição;
- Reconhecer o atendimento telefónico como uma intervenção de enfermagem tendo por base a qualidade de vida do doente/ família e a autonomia dos mesmos no sentido do autocuidado.

Conteúdos Programáticos:

- Enquadramento Teórico
 - * Doenças crónicas: Doença Oncológica
 - * Quimioterapia: objetivos do tratamento da QT
 - * Toxicidade e consequência
 - * Telemedicina- Definições
 - * Monitorização dos efeitos secundários – Papel do enfermeiro
 - * Acompanhamento telefónico – Vantagens
 - * Ganhos em Saúde
- Instrumento de Trabalho

Metodologia:

- Método expositivo e método ativo-participativo.

Avaliação:

- Formativa, ao longo da sessão, através de intervenções dos formandos, quando inquiridos ou por sua livre vontade.

Meios e Recursos:

- Computador;
- Slides.

CONTEÚDO	TEMPO	MEIOS E SUPORTES PEDAGÓGICOS
Apresentação do tema: - Plano da Sessão - Objetivo Geral - Objetivos Específicos	5minutos	• Método expositivo • Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show • PowerPoint (Datashow)
Breve alusão: - Doença crónica/ Doença oncológica - Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010	5minutos	• Método expositivo e ativo • Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show • PowerPoint (Datashow)
O tratamento de quimioterapia e suas consequências: - Objetivo da QT; - Toxicidades; - Consequências das toxicidades.	5minutos	• Método expositivo e interrogativo • Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show • PowerPoint (Datashow)
A telemedicina; O acompanhamento telefónico e o papel do enfermeiro.	10minutos	• Método expositivo • Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show • PowerPoint (Datashow)
Que ganhos em saúde	5minutos	• Método expositivo e interrogativo • Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show • PowerPoint (Datashow)
Proposta de um Instrumento de Trabalho.	10minutos	• Método expositivo • PowerPoint (Datashow)

AValiação da Sessão

Foi efetuada uma avaliação informal, com troca de opiniões sobre a mais-valia de um acompanhamento telefónico ao doente/ família.

3º CMEMC

ÁREA ESPECÍFICA: **ENFERMAGEM ONCOLÓGICA**

Projeto de Estágio:

**“Acompanhamento Telefónico ao Doente/ Família em
Tratamento de Quimioterapia em ambulatório
Intervenção de Enfermagem”**

27 – Novembro - 2012



M^a Glória Marques Aboim
ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Sumário:

- Finalidade
- Objetivo Geral
- Objetivos específicos
- Enquadramento Teórico
 - * Doença crónicas: Doença Oncológica
 - * Quimioterapia: objetivos do tratamento da QT
 - * Toxicidade e consequência
 - * Telemedicina- Definições
 - * Monitorização dos efeitos secundários – Papel do enfermeiro
 - * Acompanhamento telefónico – Vantagens
 - * Ganhos em Saúde
- Instrumento de Trabalho
- Bibliografia

M^a Glória Marques Aboim
ESEL
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

2

Finalidade

Apresentar o Instrumento de Trabalho à equipa de enfermagem do hospital de Dia Oncológico do Centro Hospitalar “B” de Lisboa, como elemento facilitador do atendimento telefónico e por forma a monitorizar os sintomas secundários advindos da quimioterapia no ambulatório.

M^a Glória Marques Aboim


3

Objetivo geral

Contribuir para a melhoria da continuidade dos cuidados de enfermagem prestados ao doente/ família em tratamento de quimioterapia em regime ambulatório, com vista à monitorização dos efeitos secundários deste tratamento no ambulatório tendo como ferramenta de trabalho o telefone.

M^a Glória Marques Aboim


4

Objetivos específicos

- Fundamentar a inclusão do acompanhamento telefónico ao doente/ família em tratamento de quimioterapia em ambulatório;
- Identificar as vantagens do acompanhamento telefónico para o doente – família – profissional de enfermagem – instituição;
- Reconhecer o atendimento telefónico como uma intervenção de enfermagem tendo por base a qualidade de vida do doente/ família e a autonomia dos mesmos no sentido do autocuidado;
- Uniformizar o atendimento telefónico.

Enquadramento Teórico

Doença crónicas: Doença Oncológica

- Atualmente, as doenças crónicas representam a maior causa de morbilidade e mortalidade. Incluída neste grupo e com uma grande expressão, temos as doenças oncológicas.
- De acordo com o Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010 “As doenças oncológicas são a segunda principal causa de morte em Portugal e têm um grande impacto nos doentes, nos familiares e na sociedade em geral”.

Enquadramento Teórico

Quimioterapia:

“A QT antineoplásica, consiste no emprego de substâncias químicas isoladas ou em combinação, com o objectivo de tratar ou controlar as doenças oncológicas”. (Vilaça, 1999, p.5)

Objetivos do tratamento da QT:

“...curar a doença (erradicação de todas as células neoplásicas), controlar a doença (impedir a progressão da doença neoplásica), profilaxia (medidas utilizadas para prevenir crescimento tumoral a partir de células neoplásicas remanescentes após cirurgia ou radioterapia), e palição (alívio dos sintomas quando já não é possível controlar o curso natural da doença)”. (Caseiro (1997:25):

Enquadramento Teórico

Toxicidade

Contudo:

QT é também tóxica para tecidos saudáveis que não foram atingidos pela doença.

E:

Murard e Katz (1996) citado por Dias (2001:12): “os tratamentos utilizados no controlo do cancro, provocam reacções físicas e psicológicas peculiares de desconforto e perturbações, muitas vezes assumidas como factores de stress, que necessitam ser conhecidas com o fim de oferecer ao doente o suporte e orientações adequadas.”

Enquadramento Teórico

Toxicidade



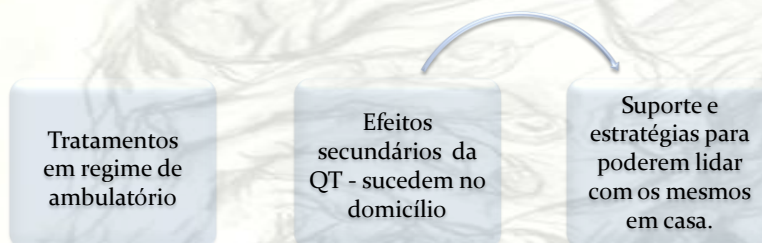
“ A QT é uma das modalidades terapêuticas mais difíceis de suportar pelos doentes devido aos seus efeitos secundários mais exacerbados e graves que provoca”.
(Nunes, 2004, p.96)



“A QT tem, para além dos efeitos físicos, significativas repercussões sociais” . (Dias et al, 2001: 49).

Enquadramento Teórico

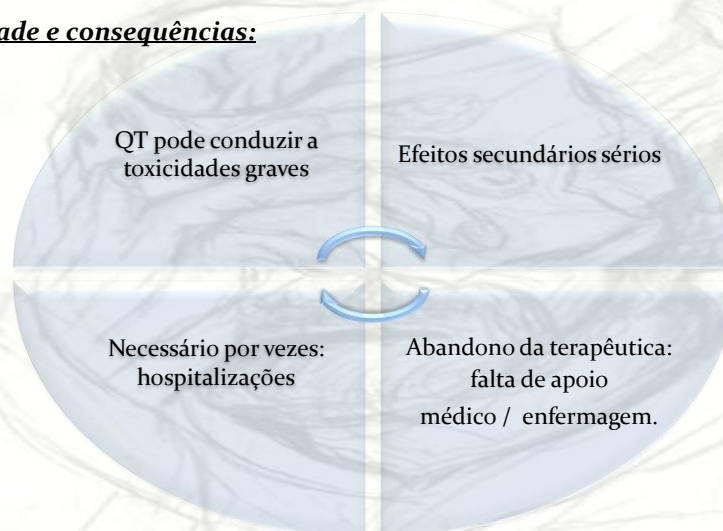
Toxicidade



Fundamental que os doentes se sintam aptos para se auto cuidarem, apesar dos condicionalismos que advêm da doença (nível físico, psicológico e social).

Enquadramento Teórico

Toxicidade e consequências:



M^a Glória Marques Aboim



11

Enquadramento Teórico

Algumas definições - Telemedicina:

- Organização Mundial de Saúde (2010, p.8,9) define telemedicina:
“A oferta de serviços ligados aos cuidados de saúde, nos casos em que a distância é um fator crítico ...”
- American Telemedicine Association (ATA) – acrescenta a inclusão da educação remota para o médico e paciente.
- Souza (2011, p.2) adota então como definição de Telemedicina “O conjunto de serviços clínicos e educacionais que são prestados remotamente e que visam a melhoria e eficiência da prestação de cuidados de saúde.”

M^a Glória Marques Aboim



12

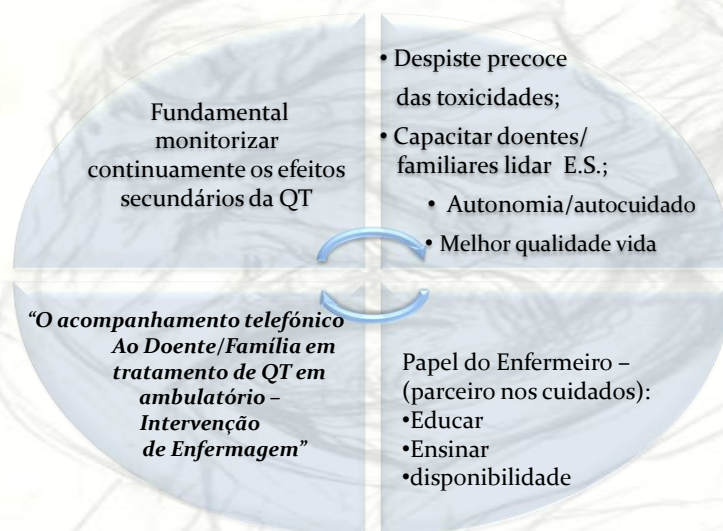
Considerações:

- Nesta área concreta do tratamento oncológico em ambulatório, a comunicação por telefone acontece como recurso de aproximação e qualidade de atendimento ao doente/família pela equipa de saúde, numa área subjetiva como é o alívio e controlo sintomático procedente dos efeitos secundários do tratamento de quimioterapia.
- Dias (2011, p.8) citando Peck (2005), refere que “os enfermeiros devem continuar a ser pró ativos no desenvolvimento da prática de enfermagem, integrando a telemedicina”.
- Dias (2011, p.9) de acordo com Fairchild (1998) refere que “A telenursing foi definida como o uso de tecnologia de telemedicina para integrar os cuidados, conduta e prática de enfermagem”, sendo que através do “telenursing os enfermeiros podem prestar cuidados como educação, monitorização, (...) acompanhamento do doente, (...), gestão da dor, apoio à família, orientar intervenção multidisciplinar, continuando a prestar os cuidados mas de uma forma extremamente inovadora”.

M^{te} Glória Marques Aboim

13

Monitorização dos efeitos secundários Papel do enfermeiro



M^{te} Glória Marques Aboim

14

Acompanhamento telefónico - Vantagens

O
acompanhamento
telefónico surge
como estratégia de
ajuda aos doentes a
efetuar QT

O V
B A
J N
E T
T A
I G
V E
O N
S S

- Apoiar o doente/família durante o percurso do tratamento de QT;
- Reforçar o ensino sobre os efeitos secundários / controlo dos mesmos;
- Despistar precocemente toxicidades;
- Promover o autocuidado ;
- Promover a adesão terapêutica;
- Reduzir o fluxo de doentes à consulta;
- Orientar no sentido da disponibilidade de recursos;

Consequentemente estamos a contribuir para uma melhor qualidade de vida do doente em QT, mais e maior autonomia;

Acompanhamento telefónico - Teoria de Orem

• Promoção do autocuidado
(Ensino/ Instruções)

Acompanhamento telefónico baseado no sistema de apoio-educação, permite a promoção da saúde e a perceção da importância do doente no autocuidado

A Teoria do autocuidado possibilita o cuidado e a comunicação terapêutica adequando-se à situação do doente

O sistema de apoio e educação é baseado nas necessidades do doente/ família

- Refere-se a orientações fornecidas sobre uma temática- efeitos secundários da QT – e ocorrem pela promoção do autocuidado terapêutico por parte do enfermeiro, possibilitando ao doente executar ou aprender a executar essa medida.
- Recomenda-se a participação da família como facilitadora do sistema de apoio-educação – reforço das intervenções implementadas.

M^a Glória Marques Aboim



17

O sistema de apoio e educação é baseado nas necessidades do doente/ família

As transformações da interação do doente assim como as modificações no seu comportamento podem ser justificadas pela possibilidade da monitorização dos ES da QT - bem estar e qualidade de vida.

A teoria do autocuidado Orem ressalta a importância do envolvimento do doente/ família no autocuidado.

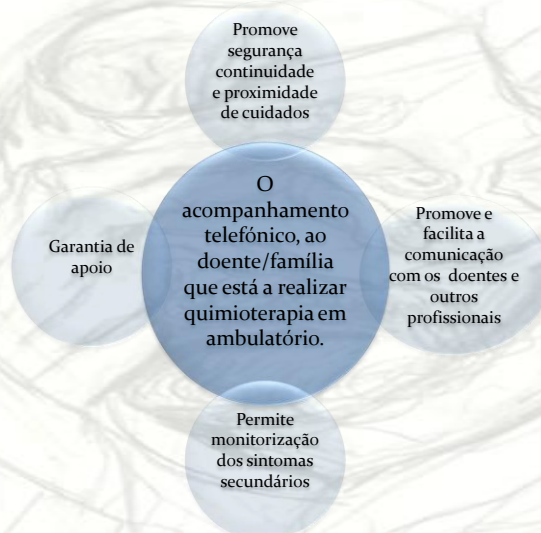
Fundamental entender os hábitos de reflexão e desenvolvimento do doente, as suas perceções e atitudes em relação aos outros, sentimentos e emoções demonstrados nas diversas situações.

M^a Glória Marques Aboim



18

Acompanhamento telefónico - Vantagens



M^a Glória Marques Aboim
ESEL

19

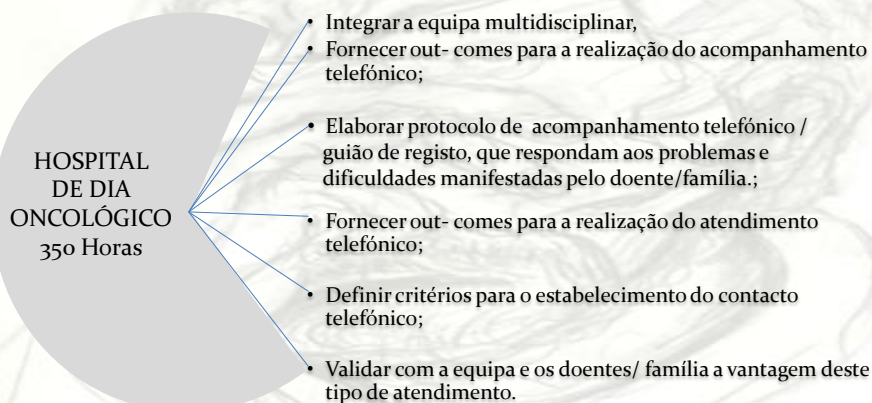
Ganhos em Saúde



M^a Glória Marques Aboim
ESEL

20

Objetivos individuais/ estágio:

M^{sc} Glória Marques Aboim

21

Instrumento de Trabalho

REGISTO DO CONTROLO SINTOMÁTICO ÀS 72 HORAS - Q27 (IV)

Méd. Destino _____		Hospitalidade _____	
24h 48h 		Em Q2: S N	
Resposta da dor/dificuldade _____		Resposta _____	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h: S N		48h: S N	
24h			

M^{sc} Glória Marques Aboim

22

BIBLIOGRAFIA

- Dias, Maria José Silva, Sistema de apoio telefónico aos doentes com cancro do cólon rectal em tratamento e seguimento. Mestrado em Informática Médica 2º Ciclo de Estudos 4ª ed. - Out|2011
- Orem, D. (1995). Nursing: Concepts of Practice. (5ªed.). St. Louis: Mosby, ISSN 0-8151-6552-8.
- DGS (2007). Retrieved from: <http://www.acs.minsauade.pt/cndo/2009/09/10/ms-pnpcdo/>
- George, J. (2000). Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Murad, André Márcio; KATZ, Artur – *Oncologia: Bases clínicas do Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996. 435p. ISBN 85-277-0347-5-0347-5 p.74-89
- Nunes, Rodrigo – Principais Efeitos Secundários da Hormoterapia, Imunoterapia e Quimioterapia.
- Bilro, Maria Ercília Simões; CRUZ, Arménio Guardado – *Enfermagem oncológica*. 1ª ed. Coimbra: Formasau, 2004. ISBN 972-8485-41-7. p.83- 102
- PNPCDO (2007-2010). Plano Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Oncológicas 2007/2010.
- Vilaça, Isabel – *Quimioterapia Antineoplásica* - Instituto Português de Oncologia de Francisco Gentil, Centro regional de Lisboa – Lisboa, 1999
- http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/F1EE7092-2F30-4987-9A46-7F105854521/0/PNPCDO_2007.pdf
- <http://repositorio.hff.min-sude.pt/bitstream/10400.10/318/1/poster%20atendimento%202.pdf>
- <http://www.who.org>

Mª Glória Marques Aboim

23

Muito Obrigada pela vossa atenção!

"E de novo acredito que nada do que é importante se perde verdadeiramente. Apenas nos iludimos, julgando ser donos das coisas, dos instantes e dos outros. Comigo caminham todos os mortos que amei, todos os amigos que se afastaram, todos os dias felizes que se apagaram. Não perdi nada, apenas a ilusão de que tudo podia ser meu para sempre."

Miguel Sousa Tavares

Mª Glória Marques Aboim

24

APÊNDICE VI

Guia de acolhimento 72 horas

REGISTO DO CONTROLO SINTOMÁTICO ÀS 72 HORAS - QT/ IV

Ident. Doente _____		Diagnóstico _____	
CHLN		Int. Cir.	S N Qual _____
Data Nasc.	____/____/____	Recidiva da doença	S N
Telef.		QT Adj.	QT Neoad. QT Palliat. CVC AVP
TM		PT - QT	_____
		Início do tratamento	____/____/____ N.º C N.º d
		Ciclo efectuado	____/____/____
		Cont. Familiar / Pessoa Significativa	_____

CONTROLO SINTOMÁTICO	EFEITOS SECUNDÁRIOS QT	S	N	GRAU						QUANDO SURTIU			FEZ TERAP.		EFICAZ			REFORÇO ENSINO	
				0	1	2	3	4	5	24H	48H	72H	Farm.	N Farm.	S	N	Pouco	S	N
Anorexia																			
Nauseas																			
Vómitos																			
Disfagia																			
Alter. Paladar																			
Mucosite																			
Diarreia																			
Obstipação																			
Febre																			
Reações Cutâneas																			
Síndrome Mão/ Pé																			
Fadiga																			
Alopecia																			
Dores																			

Contacto Efectuado ____/____/____ Enfe: _____ Encaminhamento S N

Obs: _____

APÊNDICE VII

Autorização da Sra. Enfermeira Diretora

APÊNDICE VIII

Procedimento de trabalho

	PROCEDIMENTO	Código NO/PR/000.00/12 Data: 29/12/2012 Pág. 9 / 135
	Acompanhamento Telefónico de Doentes em Quimioterapia EV e Oral	

Resumo das revisões:

Nº da revisão	Descrição da alteração	Data de entrada em vigor	Emissor
00	Documento inicial		Órgão/Cargo: Hospital de Dia de Oncologia Pneumológica do Centro Hospitalar “B”, Lisboa Nome: Enf. M ^a Glória Marques de Aboim Assinatura:

Elaborado por:	Verificado por:	Aprovado por:
Serviço/Órgão: HDO	Serviço/Órgão:	Serviço/Órgão:
Nome: Enf. M ^a Glória Marques de Aboim	Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:	Assinatura:
Data: 27-12-2012	Data:	Data:

1. OBJETIVO GERAL

• Uniformizar procedimentos no acompanhamento telefónico de doentes em quimioterapia em regime ambulatorio no sentido do despiste/ minimização dos efeitos secundários da mesma.

1.1. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS

- Acompanhar telefonicamente o doente a efetuar quimioterapia;
- Apoiar o doente/família durante o percurso de tratamento de quimioterapia;
- Despistar precocemente as toxicidades da quimioterapia;
- Reforçar o ensino sobre os efeitos secundários da quimioterapia com o doente no domicílio;
- Reduzir o fluxo de doentes à consulta;
- Promover a qualidade de vida do doente;
- Promover a adesão terapêutica.

2. ÂMBITO

- Este procedimento aplica-se à equipa de enfermagem e destina-se a todos os doentes a efetuar quimioterapia no HDO.

3. DESCRIÇÃO

A quimioterapia é um tratamento médico no qual são utilizadas substâncias químicas com atividade citotóxica, sob a forma isolada (monoquimioterapia) ou em combinação (poliquimioterapia), de modo a assegurar que cada célula de uma população tumoral seja exposta a um fármaco letal, em dose suficiente e por um período adequado para a destruir.

A utilização de fármacos isoladamente revelou-se ineficaz na indução de respostas completas ou parciais significativas na maioria das neoplasias, sendo atualmente de uso muito restrito.

A poliquimioterapia apresenta uma eficácia comprovada e os seus objetivos consistem em atingir populações celulares nas diferentes fases do ciclo celular, utilizar a ação sinérgica dos fármacos, diminuir o desenvolvimento de resistência aos quimioterápicos e promover maior resposta por dose administrada.

As células normais partilham algumas características com as células tumorais. Porém, estas têm diferenças significativas: dividem-se com maior rapidez e o controle que o

organismo exerce sobre elas é deficiente. A quimioterapia aproveita essas diferenças para atuar de forma seletiva e preferencial sobre estas células, no entanto, algumas vezes os tecidos normais que proliferam rapidamente - como por exemplo a medula óssea, onde se produz o sangue, os folículos pilosos, que vão dar origem aos cabelos e pelos, e o epitélio intestinal, camada que reveste os intestinos - acabam também por ser afetados e, por isso, podem surgir alguns efeitos indesejáveis.

Os efeitos terapêuticos e tóxicos dos quimioterápicos dependem do tempo de exposição e da concentração plasmática do fármaco. A toxicidade é variável para os diversos tecidos e depende da substância utilizada. Contudo, nem todos os quimioterápicos ocasionam efeitos indesejáveis, tais como, mielodepressão (depressão da medula óssea), alopecia (perda de cabelo) e alterações gastrointestinais (náuseas, vômitos e diarreia).

Habitualmente, a QT é administrada em instituições hospitalares, em regime de internamento ou em regime ambulatorio, dependendo do tipo de tumor, esquema de tratamento ou do estado do doente. Há no entanto situações específicas em que o tratamento pode ser efetuado no domicílio seja na sua totalidade ou parcialmente (ex: medicamentos administrados por via oral ou acesso venoso periférico/ central – cateter sub-cutâneo – conectado a uma bomba infusora, de modo a possibilitar a sua perfusão contínua).

A QT oral tem surgido cada vez mais como alternativa à QT EV ou até em concomitância com esta, tendo indicação em diversas patologias e em diversos regimes terapêuticos. Revela-se como a eleita pelos doentes uma vez que ao ser efetuada no domicílio, reduz o tempo despendido no hospital e devolve ao doente a sua autonomia e a sua qualidade de vida.

Nenhuma das vias é a melhor nem significa que a quimioterapia é mais “forte” ou mais “fraca”; é apenas aquela que melhor se adequa aos fármacos prescritos, os quais dependem do diagnóstico ou da fase do tratamento.

Contudo, a via mais utilizada é a endovenosa, através de um acesso periférico ou um acesso central (cateter venoso central/ veia de grande calibre). Neste caso, o cateter é colocado sob a pele, com recurso a anestesia local e a sua introdução é efetuada no Bloco Operatório, não implicando internamento e podendo ser usado logo de seguida.

O número de tratamentos necessários, a duração e a frequência dos mesmos, dependem do tipo de doença, do tipo de QT e da resposta do organismo. Assim, deparamo-nos com tratamentos de curta duração e outros mais longos, podendo oscilar entre os 30 minutos a 8 horas ou mais.

Habitualmente a QT é administrada por “ciclos”, isto é, com uma determinada periodicidade, de modo a haver um período de descanso de modo a permitir que o doente

recupere dos efeitos que possam surgir. Assim, cada “ciclo” repetir-se-á, por exemplo, todas as semanas, de 2 em 2, de 3 em 3 ou de 4 em 4 semanas. Há ciclos que se completam num só dia, enquanto outros abrangem 2 ou mais dias. Nestes casos, as administrações respeitam um esquema próprio de agendamento ou, então, são feitas de forma contínua, com o recurso a bombas infusoras.

Ambas as vias de administração podem apresentar efeitos secundários sérios que podem levar o doente a apresentar toxicidades graves, sendo necessário por vezes hospitalizações e em consequência o abandono da terapêutica por falta de apoio médico e de enfermagem.

Os efeitos indesejáveis ou secundários da QT relacionam-se com a sua ação junto das células normais do organismo. A sua manifestação depende da especificidade dos medicamentos, da dose utilizada e da sensibilidade individual de cada pessoa. Daí que não sejam sentidos ou apresentados da mesma forma por todos aqueles que lhes estão sujeitos. Na sua maioria, são efeitos temporários, permitindo que o organismo se restabeleça no intervalo de tempo entre tratamentos. Há situações, no entanto, que pela sua gravidade, podem levar ao adiamento do ciclo ou mesmo há suspensão parcial ou total do tratamento.

Torna-se assim fundamental a monitorização contínua dos efeitos secundários da QT, no sentido do despiste precoce das suas toxicidades e ainda da capacitação dos doentes para lidar com os efeitos secundários desta terapêutica.

O apoio telefónico surge como estratégia de ajuda aos doentes a efetuar quimioterapia projetando-se nos objetivos específicos que delineiam este procedimento.

Deste modo, tal como nos revela o estudo de Silva e Aguilar (2002), uma assistência de enfermagem especializada, sistematizada, integral, contínua, holística e estendida ao domicílio, minimiza as complicações associadas aos efeitos secundários da quimioterapia.

Um apoio telefónico devidamente estruturado conduz-nos de igual modo a ganhos em saúde evidentes que se traduzem:

- Promoção da continuidade e proximidade de cuidados ao doente oncológico e família;
- Resposta atempada e adequada às necessidades apresentadas/ identificadas;
- Adequado encaminhamento;
- Aumento da satisfação do doente e família;
- Otimização de recursos;
- Redução de custos para o doente e Instituição.

Permite ainda a validação e o reforço do ensino sobre os efeitos secundários da quimioterapia, tendo em conta que o ensino na saúde necessita de continuidade a fim de

reduzir a hipótese de agravamento da doença e descompensação dos efeitos secundários provocados pela QT (Cornelius in Otto, 2000).

4. PROCEDIMENTO

O acompanhamento telefónico deve ser efetuado com eficiência e profissionalismo, sendo fundamental a existência de um gabinete com telefone direto assim como um padrão estabelecido para o acompanhamento e encaminhamento:

- O contacto telefónico é realizado 72 horas após o doente ter efetuado o ciclo, no período compreendido entre as 11:00H e as 13:00H;
- O enfermeiro deverá identificar-se e identificar o serviço e o local de onde é efetuada a chamada;
- O enfermeiro deve solicitar ao doente/ familiar a identificação (nome completo) assim como a confirmação da data do último ciclo realizado;
- Durante o contacto estabelecido e perante as queixas identificadas pelo doente/família o enfermeiro poderá ajudar a solucionar as mesmas através de:
 - Validação e reforço do ensino efetuado - controlo de sintomas /dúvidas apresentadas;
 - Encaminhamento para médico assistente/ urgência do hospital de referência;
 - Solicitação do apoio da psicologia clínica;
 - Escuta ativa;
 - Agendamento de novo contacto se houver justificação.

Este atendimento não obvia a necessidade de contacto telefónico por parte do doente/família, cujo número é disponibilizado pela enfermeira que efetuou o acolhimento e que se pretende de referência.

Após cada chamada telefónica será efetuado o registo em impresso próprio para o efeito (anexo I), no qual constam:

- Os efeitos secundários que podem surgir;
- A mensuração da intensidade dos mesmos, tendo por base a escala de avaliação de sintoma de Edmonton (ESAS) e a escala da Dor (implementada na Instituição);
- O registo das medidas adotadas pelo doente;
- A validação e reforço do ensino efetuado;
- O tipo de ajuda disponibilizada.

5. RESPONSABILIDADES

Compete aos enfermeiros do Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica efetuar o acompanhamento telefónico dos doentes em quimioterapia.

1 – Implementação do procedimento	Equipa de enfermagem do HDO
2 – Pela revisão do procedimento	Enf. Chefe do HDO e/ou segundo elemento

Atividades	Responsabilidades	Enf.
Efetuar o contacto telefónico 72 horas após a realização do ciclo de quimioterapia;		R
Validar a identificação do doente e o dia em que o ciclo foi efetuado;		R
Escutar/ identificar as queixas manifestadas pelo doente/ família;		R
Escutar/ apoiar o doente/ família perante uma necessidade manifestada/ identificada;		R
Validar o ensino efetuado reforçando o mesmo perante os efeitos secundários manifestados pelo doente/ família;		R
Esclarecer as dúvidas apresentadas pelo doente/ família;		R
Sugerir/ solicitar o apoio da psicologia clínica;		R
Encaminhar para o médico assistente/ urgência em caso de agravamento de sintomas;		R
Registar em impresso próprio o procedimento efetuado.		R

R – Responsável

5. REGISTOS

Registar em impresso próprio todo o procedimento efetuado (Anexo VI)

6. DEFINIÇÕES E ABREVIATURAS

DEFINIÇÕES

Acolhimento – “Acolher significa oferecer ou obter refúgio, proteção, ou conforto físico; proteger(-se), abrigar(-se), amparar(-se)”. Acolher significa receber, rececionar e, também, aceitar o outro como sujeito de direitos e desejos e como corresponsável pela produção da saúde, tanto na perspetiva individual como do ponto de vista coletivo, Hennington (2005)

O acolhimento visa a escuta, a valorização das queixas do doente/família, a identificação das suas necessidades e o respeito pelas diferenças, sendo uma tecnologia relacional interposta pelo diálogo. Ao acolher, permitimos o encontro, o estar presente, o relacionamento, a criação de vínculo entre a família/doente e profissionais de saúde.

O acolhimento é gerador de relações humanizadas entre quem cuida e quem é cuidado, representando uma ferramenta tecnológica imprescindível no cuidado em saúde. A incorporação do acolhimento, como tecnologia, nos cuidados em saúde, tende a sedimentar um trabalho de qualidade e com relações mais horizontalizadas.

O acolhimento é assim uma ação técnica-assistencial que pressupõe a mudança da relação profissional/ doente e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o doente como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde. O acolhimento é deste modo um processo contínuo e não apenas uma etapa do atendimento que acontece nos serviços de saúde.

Efeitos secundários da quimioterapia antineoplásica – relacionam-se com a sua ação junto das células normais do organismo. A sua manifestação depende da especificidade dos medicamentos, da dose utilizada e da sensibilidade individual de cada pessoa. Daí que não sejam sentidos ou apresentados da mesma forma por todos aqueles que lhes estão sujeitos.

Na sua maioria, são efeitos temporários, permitindo ao organismo restabelecer-se no intervalo de tempo entre tratamentos. Há situações, no entanto, que pela sua gravidade, podem levar ao adiamento do ciclo ou mesmo há suspensão parcial ou total do tratamento. (Anorexia, náusea, vômitos, disfagia, alterações do paladar, mucosite, diarreia, obstipação, febre, reacções cutâneas, síndrome mão/ pé, alopecia, cansaço/ fadiga, flebite, leucopenia, trombocitopenia, anemia...).

Escala de sintomas de Edmonton (ESAS) adaptada – Representa um importante instrumento de avaliação para os cuidados prestados aos doentes em cuidados paliativos. A ESAS é uma escala que traz como forma de avaliação a combinação de sintomas físicos e psicológicos, sendo composta por uma lista de nove sintomas frequentemente encontrados em doentes com cancro (Bruera et al, 1991). Possui um escalonamento que varia de **0** a **10**, sendo que o zero representa a ausência de sintoma e 10 a mais forte manifestação de sintoma.

(Os sintomas introduzidos são: anorexia, náuseas, vômitos, disfagia, alterações do paladar, mucosite, diarreia, obstipação, febre, reacções cutâneas, síndrome mão/pé, fadiga/ cansaço e alopecia, sendo que se adota um escalonamento de **0** a **5** tendo em conta a realidade do Hospital de Dia de Oncologia Pneumológica.

Escala da dor - O grande desafio do combate à dor inicia-se na sua mensuração, já que a dor é, antes de mais, subjetiva, variando individualmente em função de vivências culturais, emocionais e ambientais e ainda do estadió da própria doença. É necessária uma abordagem multidimensional na avaliação dos atributos da dor, os quais incluem intensidade, duração e localização da dor, e ainda características somáticas, sensoriais e emocionais que a acompanham.

A escolha de um instrumento para mensurar a dor deve, ser de fácil aplicabilidade e adequar-se ao nível de compreensão do doente. Uma "linguagem" facilitadora da compreensão é muitas vezes o "elo" entre o doente/ família e a equipe. A avaliação da dor/sofrimento é sempre necessária, não só para a escolha da forma mais adequada para o controle algico em cada caso, como também na deteção da necessidade de suporte psicológico específico.

A escala numérica (**EN**) é composta por um conjunto de números de 0 a 10, sendo que o 0 traduz a ausência de dor e 10 a dor na sua maior intensidade. É então pedido ao doente que selecione o número que melhor traduz a intensidade da dor que sente.

Escuta ativa – A escuta é, segundo Lazure (1994) uma característica primordial para o estabelecimento da relação de ajuda. “escutar é um processo ativo e voluntário” (Lazure, 1994, p.15).

Pode ser entendida como uma forma de estimular mudanças nas pessoas. Quando as pessoas se sentem ouvidas, tendem a mudar as suas atitudes em relação a si próprias e em relação aos outros. Sentem-se valorizadas, menos defensivas, menos autoritárias, mais flexíveis e mais abertas.

Curiosamente, os efeitos são semelhantes para quem pratica a escuta ativa, o que demonstra que também o Coach beneficia no processo de Coaching.

Quimioterapia antineoplásica – tratamento médico no qual são utilizadas substâncias químicas com atividade citotóxica, sob a forma isolada ou em combinação (monoquimioterapia ou poliquimioterapia), de modo a assegurar que cada célula de uma população tumoral seja exposta a um fármaco letal, em dose suficiente e por um período adequado para a destruir.

BIBLIOGRAFIA

- Bruera, E. et al. The Edmonton symptom assessment system (ESAS). A simple method for de assessment of paliative care patients. **Journal of Palliative Care**, Edmonton, v.7, n.2, p.6-9, 1991.
- Hennington EA. Acolhimento como prática interdisciplinar num programa de extensão universitária. Cad. Saúde Pública. 2005 Jan-Fev;
- Lazure, Hélène – Viver a Relação de Ajuda – Lisboa: Lusodidacta, 1994. ISBN: 972-9539-5-2.
- Otto, Shirley. Enfermagem oncológica. 3ª Edição. Mosby: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-12- mar./abr., 2002.
- <http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n5/a14v56n5.pdf> - 29-12-2012

Silva, S. R.; Aguilar, O. M. Assistência de enfermagem e acompanhamento domiciliar em quimioterapia antineoplásica. Rev Bras Enferm., Brasília, v. 55, n. 2, p. 123-27,

Acessos eletrónicos

<http://www.ipoportor.min-saude.pt/NR/rdonlyres/20A7F8B2-225D-4F53-9F18-E769543DEC39/22700/>

[IPOguiaquimioterapia_final.pdf](#) - 27-12-2012

<http://ursulaferrarioach.wordpress.com/2010/08/30/o-que-e-escuta-ativa/> - 27-12-2012

http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_exibe1.asp?cod_noticia=39 - 27-12-2012

<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf> - 27-12-2012

http://www.esscvp.eu/cbio/legisl/Dor_5_sinal_vital-Circ._Normativa-DGS.pdf - 27-12-2012

<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/09> - 27-12-2012

APÊNDICE IX

*Reflexão sobre a ação (II) – Hospital de Dia de
Oncologia Pneumológica*

0 – Introdução

A progressiva ascensão na área da saúde, associada a uma melhoria das condições de vida, conduziu a um acréscimo expressivo de pessoas com doenças crónicas e progressivas, facto que constitui uma problemática para o doente e para os seus cuidadores, quer sejam técnicos de saúde ou familiares/pessoas significativas.

A OMS define doenças crónicas (DC) como “doenças de longa duração e de progressão, geralmente, lenta”, eu diria que a doença crónica se traduz por ser uma doença que se prolonga no tempo e que, ou não é curável, ou se reflete em efeitos residuais que perduram, resultando por vezes em limitações na vida diária, requerendo uma assistência distinta ou adaptação nas funções próprias do ser humano. Nesta sequência, é fundamental que os enfermeiros operem a partir de uma perceção profunda da situação de vida e de saúde da Pessoa enquanto ser único, sendo minha convicção que a mesma terá impacto na efetivação de uma praxis mais construtiva e proactiva. A exequibilidade desta afirmação implica que a Enfermagem se configure numa articulação teórico-prática fundamentada no conhecimento científico, o qual é priorizado como um importante instrumento da práxis refletida e de modo a adequar-se à sua finalidade imediata, ou seja, de satisfazer necessidades humanas de cuidado.

É naturalmente com este espírito e neste contexto que a Enfermagem nas últimas décadas tem investido no sentido da conversão do paradigma do “fazer” para o “saber” e o “saber fazer”, facto que contribuiu para uma ampliação do seu conhecimento e fortalecimento no contexto social e profissional. E, deste modo, teoria e prática se desenvolvem (Franco, 2009).

Imbuída por esta consciência e na sequência do Ensino Clínico em Hospital de Dia de Oncologia do Hospital “B”, que decorreu no período de 13 de Novembro de 2012 a 08 de Fevereiro de 2013 (total de 300 horas), decorrente do 3º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Área de Intervenção Enfermagem Oncológica, resulta a reflexão individual que exponho e que será norteadada pelo Ciclo Reflexivo de Gibbs. Assim sendo o meu trajeto integrar-se-á nas seis etapas que o compõem (descrição da situação, sentimentos e pensamentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação) e que auxiliam a seriação do processo narrativo.

1 – Identificação e descrição da situação

Sendo o tratamento de quimioterapia (QT) anti-neoplásico um dos mais importantes e promissores do combate ao cancro (curativa, neoadjuvante, adjuvante e paliativa), os doentes

encaram-no como um importante fator stressante, contudo necessário. Este tratamento representa assim um dos períodos mais complicados do percurso da doença, durante o qual emerge uma grande carga emocional por parte do doente/ família/ pessoa significativa, relacionada com o êxito do tratamento e em simultâneo com toda a sintomatologia provocada pela própria doença e/ou pelo próprio tratamento. É então fundamental que o doente seja capaz de realizar um bom enfrentamento no primeiro contacto com a quimioterapia de modo a que nos ciclos subsequentes não haja agravamento dos efeitos colaterais. A disponibilidade da equipa de enfermagem é de suma importância nesta fase. Em minha opinião, uma acurada identificação dos problemas relacionados com o estado físico, espiritual, mental e psicossocial dos doentes/ família por parte da equipa de enfermagem pode fomentar alguma expectativa para alívio dos sintomas. Para uma melhor sistematização desta conduta, torna-se necessário estruturar e implementar um programa de intervenção, visando o auto cuidado, sendo que neste contexto, a práxis de Enfermagem tem como finalidade elementar, garantir um atendimento com qualidade à saúde de pessoas e suprir necessidades humanas de cuidado (Martins, 2004).

Saliento a importância da comunicação como ferramenta essencial no contexto da práxis de enfermagem, tendo em conta a sua proficuidade e consequências para a relação que se estabelece entre os intervenientes no processo de cuidar e também por constituir um bom indicador da qualidade dos cuidados.

Doente do sexo masculino (Sr. J.F.B.M.), 54 anos de idade, raça caucasiana, aparente bom estado geral, eletricista de profissão (desempregado), separado e com 2 filhos, um do sexo masculino (independente) e um do sexo feminino com quem vive. Apresenta como antecedentes pessoais, hábitos tabágicos de 40/UMA (tendo deixado de fumar aquando do diagnóstico, em Agosto de 2012), HTA e fibrilação auricular crónica (medicado com Mebivolot 5mg + Moduretic[®] 50mg+5mg + Aprovel[®] 300 + Warfine), sendo seguido em consulta de cardiologia.

Como antecedentes familiares refere dois tios falecidos com neoplasia do colon e o pai falecido recentemente nesta unidade hospitalar com neoplasia do pulmão.

Em Agosto de 2012, na sequência de expetoração hemoptoica, recorreu ao seu médico assistente. Efetuou radiografia do tórax e posteriormente TAC torácica que revelou uma massa no Lobo Inferior Direito (LID) com adenopatias mediastínicas. Nesta sequência, foi enviado para a consulta de Cirurgia Torácica do Hospital “B”, tendo sido requeridos e efetuados vários Exames Complementares de Diagnóstico (ECD) (entre eles,

broncofibroscopia com biópsia, PATT e PET-CT). O resultado anatomopatológico evidenciou um carcinoma pavimento celular – T₂ N₂ M₀, estágio IIIB.

Por se tratar de doença localmente avançada, após apresentação e discussão em reunião multidisciplinar, foi proposto para quimioterapia com intuito neoadjuvante, tendo iniciado tratamento a 05 de Novembro de 2012 com Cisplatina + Gencitabina (PG), num total de quatro ciclos.

Uma vez na sala de tratamentos, a enfermeira procedeu ao acolhimento do doente, que englobou a colheita de dados, ensino sobre o tratamento proposto, em que consiste, como é administrado, efeitos adversos que podem surgir, como encará-los, preveni-los e atenuá-los. Disponibilizou ainda um folheto informativo/ explicativo sobre o tratamento e cada sintoma adverso que possa surgir (tendo em conta os antineoplásicos instituídos) e o contacto telefónico em caso de dúvidas ou dificuldades sentidas.

No decurso dos três ciclos efetuados, evidenciou alguns efeitos secundários:

Efeitos Secundários Apresentados	Medidas adotadas de acordo com o ensino
• Fadiga • Anorexia (come porque sabe que tem de comer) • Lesões eritematosas e pruriginosas a nível dos MS • Fotossensibilidade • Leucopenia e neutropenia (por duas vezes) • Diarreia • Polipneia • Tremores dos MI, tosse seca e irritativa com desconforto torácico e alopecia • Fadiga mais acentuada, Hb↓ e eritropenia	• Descansa por períodos ao longo do dia • Tenta comer o que mais lhe apetece • Aplicação tópica de um creme hidratante e creme com hidrocortisona (Pandermil®) • Protege os olhos com óculos escuros quando sai à rua • Na 1ª vez medicado com Filgrastim sc (Neulasta® 6mg) e na 2ª vez com Filgrastim sc (Neupogen® 30 – 0,6mg/ml) • Aumento da ingestão de líquidos; tomou Loperamida® • Recorre ao Hospital “D” = Infecção traqueo-bronquica - Medicado com Adalgur® e Cefixitima® • Fez transfusão de sangue

Em 08 de janeiro de 2013, foi protelada a efetivação do quarto ciclo de QT, por apresentar cansaço acentuado e Hb↓. O doente foi observado pelo médico oncologista, que deu indicação para que fosse transfundido e efetuasse TAC torácica.

Em 14 de Janeiro de 2013 foi reavaliado em consulta multidisciplinar, observando-se perante a TAC efetuada, uma diminuição significativa da lesão. Foi decidido não prosseguir com o tratamento, tendo sido proposto para cirurgia.

Após consulta de cirurgia torácica e realização de exames pré operatórios (análises, avaliação cardiológica e anestésica), foi internado a 29 de Janeiro de 2013 e submetido a lobectomia inferior esquerda no dia seguinte. A cirurgia e o pós-operatório decorreram sem intercorrências e a alta ocorreu a 02 de Fevereiro de 2013.

O Sr. J.F.B.M. apresentava ainda uma componente depressiva, que é descrita por alguns autores (Baker-Glenn, Park, Granger, Symonds & Mitchell, 2010) como uma das componentes psicológicas mais presentes no percurso do cancro, durante o diagnóstico e tratamento e para a qual muitas vezes é necessária intervenção terapêutica (Cardoso, Luengo, Trancas, Vieira & Reis, 2010). Tinha sido medicado pelo médico de família com um anti depressivo que por iniciativa própria tinha cessado. Perante este quadro, foi sugerido ao doente ajuda da psicologia oncológica que convictamente recusou. Este comportamento assume maior relevância quando durante o internamento o doente se mostrou colaborante nas atividades solicitadas (prestação de cuidados de higiene e conforto, cinesiterapia respiratória) e particularmente por ter aceitado as “visitas” da psicóloga clínica.

De acordo com uma revisão da literatura efetuada por Silva (2005), citado por Silva, Shirley; Aquino, Thiago; Santos, Roberta (2008), o diagnóstico de cancro, corresponde a uma experiência dramática, inesperada e chocante, que coloca o ser humano diante do mais primitivo dos seus medos – o medo da morte. Esse medo de morrer é decorrente de uma representação da doença, que foi culturalmente construída, a de que o cancro conduz necessariamente à morte, provocando assim o medo proveniente do prenúncio do fim, facto que neste doente se encontrava bastante presente face ao diagnóstico e morte recente do pai.

A sugestão de uma prática interventiva junto do doente torna-se pertinente tanto no momento do diagnóstico como no decorrer do tratamento. Esta atuação profissional seria no sentido de proporcionar ao doente uma melhor adaptação à situação e uma redução significativa do impacto psicológico do diagnóstico. Outro objetivo da prática interventiva seria a de permitir ao doente falar da doença, dos medos e outros sentimentos vivenciados, de modo a poder-lo ajudar a enfrentar melhor a doença e a ter uma melhor qualidade de vida.

É interessante verificar que perante a proposta de uma cirurgia, o comportamento se altera como se de uma cura efetiva se tratasse e todo o “mal” desaparecesse e então a deliberação em colaborar e investir retornam.

Um aspeto que me despertou a atenção foi o facto de o doente se deslocar ao Hospital de Dia sempre sozinho. Questionado discretamente sobre esta questão, referiu que enquanto o conseguisse fazer sozinho não incomodava ninguém. Contudo, no dia em que efetuou a transfusão de sangue, vinha acompanhado pela filha que fez questão de apresentar à equipa.

Outro aspeto, a meu ver pertinente e que ocorreu após a tomada de decisão cirúrgica, foi o facto de o doente aceitar falar com a psicóloga clínica (que o tinha abordado algumas vezes o decorrer do tratamento), que o visita ao longo do internamento e com a qual fui dialogando.

2. Sentimentos e pensamentos

De acordo com Hesbeen (2000, pag.47) “os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém (...) Porque os cuidados de enfermagem são assim (...) uma imensidão de «pequenas coisas», que dão a possibilidade de manifestar uma grande atenção ao beneficiário dos cuidados.”

Nesta sucessão de “*pequenas coisas*”, apraz-me afirmar que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada para estabelecerem com o doente/ família uma relação de ajuda eficaz. De modo a fortalecer essa relação terapêutica o enfermeiro mune-se de “instrumentos” de grande importância, facilitadores para o percurso a realizar. A escuta ativa, a disponibilidade, a comunicação, o toque e a demonstração de carinho são exemplos de “instrumentos” de grande proficiência nesta relação terapêutica e que ao serem trabalhados e desenvolvidos podem trazer benefícios para ambos os intervenientes dessa relação.

Sendo o ambiente hospitalar já por si hostil, o Sr. J.F.B.M. carregava consigo a meu ver, três sentimentos não menos hostis: a ansiedade e o medo, face a um diagnóstico pouco auspicioso e inesperado, associado à morte relativamente recente do pai nesta unidade hospitalar e o facto de numa primeira fase ter de se submeter a um tratamento antineoplásico subjacente ao qual se encontravam os efeitos secundários advindos da quimioterapia e se instalava a dúvida de uma resposta aceitável para cirurgia. Surge então o terceiro sentimento, a desconfiança/ incerteza: “... será que vai resultar... com o meu pai não resultou e ele sofreu muito...”sic; “...isto não será mais uma experiência... há muitos casos que resultam...?” sic.

Como nos diz Nunes (2010) espera-se que o Enfermeiro (Especialista) seja o enfermeiro que tem a competência, a autonomia e a responsabilidade de realizar atividades com formulação fundamentada de resultados esperados, numa situação complexa.

Esta afirmação remete-me para Melo (2005, p.54) que evidencia a necessidade da distinção entre as necessidades que são expressas pela pessoa que a pede e as normativas, ou seja, as consideradas desejáveis por um indivíduo, grupo ou sociedade. Assim sendo, a informação deve ser direcionada para o doente em questão, para que seja eficaz. Contudo, não se podem negligenciar aspetos que são essenciais salientar: o que irá acontecer – informação de procedimento; como se irá sentir – informação sensorial; o que poderá fazer para lidar com a situação – estratégias (...) (Melo, 2005, p.61).

Tendo presente o que Lopes e Pereira (2005, p.43) referem “quanto mais adaptado à sua doença estiver o doente, maior facilidade terá em aceitar as recomendações terapêuticas, em desenvolver estilos de vida saudáveis e estratégias para lidar com a situação”, optei por, em primeira instância, demonstrar, tal como determina Lazure (1994), disponibilidade de escuta,

deixando-o dizer o que lhe ia no espírito. De acordo com Lazure (1994), a escuta permite manifestar à pessoa a importância que tem para o enfermeiro, identificar as suas emoções, ajudá-la a identificar as suas necessidades e problemas, de modo a elaborar um plano de ação eficaz.

Em segunda instância e no decurso do diálogo, a minha intervenção foi direcionada para a execução do plano de ação tendo em conta a informação necessária para o decurso dos tratamentos, o ensino e as estratégias a adotar de modo a poder contribuir para:

- A promoção do conforto físico, psíquico e biológico, através do controlo sintomático;
- A promoção e manutenção da independência e em minha opinião versando o auto cuidado, procurando que a Pessoa se mantenha ativa e não perca a sua capacidade de tomada de decisão;
- Prevenir a solidão e o isolamento, incentivando as relações familiares facilitando a permanência da família, e procurando não abandonar e isolar a pessoa;
- Manter a autoestima da pessoa, levando-a a sentir-se bem, na medida em que se sente aceite e compreendida como pessoa.

A escuta ativa, é então o instrumento que nesta etapa pode permitir que o doente vivencie esta fase o melhor possível, na medida em que ao encontrar-se numa situação de doença/ dependência, necessita de alguém que tenha conhecimentos e que consiga dar resposta às suas necessidades, que naquele momento não podem ser satisfeitas. O Enfermeiro tem então um papel fulcral nesta área porque a doença geralmente interrompe a habilidade para atender às necessidades em diferentes níveis (Potter & Perry, 1999, p.442). López e Redondo de la Cruz (1998, p.10) partilham desta opinião, afirmando que o indivíduo doente tende a sentir-se indefeso e a abandonar as suas obrigações e responsabilidades. Contudo é necessário, tal como nos dizem Boné (1992); Goldfield e Rothman (1987); Mackillop et al (1988) e Schain (1980) referenciados por Dias (1997), o modelo da relação profissional de saúde-doente, não deve ser nem paternalista nem contratual, mas sim baseado na confiança mútua e na autonomia do doente, promovendo os melhores interesses do doente, tal como ele próprio os define.

Em suma, a constatação de que, tal como nos diz Frias (2008), “o cuidar é um ato conjuntivo e, no discurso científico da enfermagem, a compreensão adequada para o conceito de cuidar é cuidar com, não cuidar de alguém”, revelou-se uma prática no quotidiano do Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica.

Considerando os efeitos secundários evidenciados no decurso dos ciclos de quimioterapia, penso que o doente adotou um comportamento ajustado, utilizando os recursos

disponibilizados pela equipa médica e de enfermagem e ainda o ensino dispensado e por ele apreendido, fatores que concorreram para uma atenuação dos efeitos secundários, colmatando os mais agressivos através de uma atuação direta da equipa multidisciplinar e à qual o doente recorreu.

Constatou-se então, tal como nos diz Houston (1997) citado por Coelho (2008, p.28) que a educação sobre efeitos adversos e terapia de suporte tem um efeito positivo na qualidade de vida dos doentes, facto corroborado por Goodman (1989), referenciado pelo mesmo autor que cita vários estudos indicando o aumento do autocontrole e diminuição de sentimentos de desespero, assim como aumento de comportamentos de auto cuidado, em doentes que recebem informação sobre como lidar com os efeitos secundários da quimioterapia.

Lazure (1994) diz-nos que “a enfermeira confronta o cliente com a finalidade de lhe proporcionar novas perspetivas que o possam motivar a mudar de comportamento”, eu diria, neste caso concreto, que o comportamento manifestado se encontrava impregnado de dúvidas (se o tratamento resultaria), incertezas (se a hipótese da cirurgia chegaria), medo (que não surgissem resultados favoráveis e que tudo terminasse), tristeza (estampada no rosto, apesar do sorriso esboçado), mas, de facto, as adversidades e as limitações tornam-se pequenas, face à força de vontade dos pacientes (porque há sempre uma esperança) e uma reação manifestada, em meu entender eficaz, que surge, talvez associada a um sentimento de esperança ou ganho e, o equilíbrio e o brilho nos olhos parecem voltar perante a concretização da intervenção cirúrgica. Eu diria, que na perspetiva de Roy & Andrews (2001) referenciados por Lopes (2004), através da educação do doente, se consegue ajudar o mesmo a adaptar-se ao stress.

3. Avaliação

Considero que a relação de proximidade estabelecida com o Sr. J.F.B.M. se revelou positiva. Independentemente da componente técnica do cuidar (bastante importante) penso que se estabeleceu uma relação de confiança, na qual o diálogo perdurou e a comunicação se estabeleceu permitindo que o doente exteriorizasse o que estava a viver, as suas angústias, os seus medos e as suas vontades, em suma ter-se-á sentido compreendido, respeitado e valorizado. Evidencio estes aspetos, pois foram-me manifestados durante as visitas realizadas ao doente no pré e pós-operatório. Em minha opinião, ao estabelecer-se este tipo de relação, o enfermeiro auferirá igualmente de benefícios, na medida em que a mesma se torna enriquecedora, gratificante e conducente de um crescimento pessoal e profissional.

Considerando que um dos objetivos dos cuidados de enfermagem é preservar a dignidade humana (OE, 2009) constatei que os recursos de apoio foram perfeitamente adequados, traduzidos pela presença permanente de um enfermeiro próximo do doente, disponível para intervir sempre que necessário ou que era solicitado, permitindo assim uma vigilância e uma relação terapêutica apropriada e uma prestação de cuidados de qualidade e segurança. No entanto a privacidade por vezes encontrava-se comprometida pois, apesar da existência de uma unidade de tratamento individualizada e com cortinas, a proximidade das mesmas condicionava a sua manutenção.

O facto de poder partilhar os meus sentimentos, a minha experiência e trocar ideias relativamente ao planeamento de cuidados com a equipa (neste caso as enfermeiras orientadoras) constituiu igualmente um ponto positivo para o percurso.

Foi gratificante estar e cuidar deste doente, ter disponibilidade para o acompanhar durante todo o seu percurso terapêutico/ cirúrgico, permanecer junto dele e através da escuta ativa e do estabelecimento de uma relação baseada na comunicação obter resultados benéficos para ambos.

Perante esta vivência, considero como elementos facilitadores da adaptação à situação:

- O acolhimento e inserção na equipa e consequentemente o desenvolvimento pessoal e profissional;
- O trabalho em equipa através da partilha de saberes e da situação anteriormente descrita com a equipa de enfermagem e psicóloga clínica do HDO e equipa de enfermagem do serviço de cirurgia torácica incluindo cirurgião e fisioterapeuta;
- A relação existente entre a equipa multidisciplinar da cirurgia torácica, local onde durante anos desempenhei as minhas funções;
- A comunicação simples e clara dentro da equipa permitindo-me a partilha de sentimentos, apreensões e emoções e ainda o estabelecimento de uma relação terapêutica com este doente, facilitando a validação das acções adoptadas e o planeamento de acções futuras (encaminhamento do Sr. J.F.B.M. para intervenção terapêutica especializada – psicologia clínica e abertura e disponibilidade para recorrer à equipa sempre que fosse necessário);
- As recompensas inerentes aos cuidados prestados no sentido da gratificação do trabalho desenvolvido: a disponibilidade de tempo, a empatia com a pessoa doente, o desenvolvimento da escuta activa, o sentimento de partilha com as equipas, as diligências do encaminhamento para a psicologia clínica, as visitas no pré e pós- operatório são alguns exemplos.

- A realização de visitas não programadas ao doente durante o internamento no serviço de cirurgia torácica como contributo para a personalização e humanização dos cuidados, bem como para uma melhor articulação da prática de enfermagem entre os dois serviços/ equipas da instituição.

A efetivação destas visitas tiveram a meu ver, um impacto positivo na manutenção da qualidade de vida do doente, indo ao encontro do que nos diz Alcântara, Beque & Malveira (2004, p.263): o enfermeiro especialista em oncologia cuida dos seus doentes “sem que seja exigida a formalização dessa atividade”.

O feedback dado pelo doente aquando das visitas, expressado através da comunicação oral e através dos sorrisos esboçados; o sentimento por mim experimentado de um saber-fazer alcançado;

- O feedback obtido por parte da equipa do serviço de internamento, sentido através do interesse demonstrado pelos enfermeiros em quererem partilhar informação e discutir cuidados;

A efetivação destas visitas não foi no entanto inovadora. O contacto com os doentes noutros contextos que não o Hospital de Dia é já uma realidade (apesar de não se encontrar formalizada) para a equipa de enfermagem, que mantém igualmente o contacto e a disponibilidade para os familiares sempre que estes o solicitam ou a eles recorrem na medida em que existe uma relação pré estabelecida. Nesta sequência, um esclarecimento, uma informação correta por parte de um profissional, que o doente sabe à partida que tem conhecimentos suficientes para o poder ajudar, é muitas vezes suficiente para tranquilizar e desmistificar medos e angústias (Orem, 1995).

Esta experiência contribuiu igualmente para retomar e refletir através de conversas informais, sobre a importância da existência de um enfermeiro de referência para cada doente.

Considero como elementos inibidores da experiência:

- Pouco tempo que permaneci no Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica;
- As alterações logísticas ocorridas no Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica;
- A parca experiência no terreno.

4. Análise

Em relação à situação vivenciada, considero que numa perspetiva de apoio ao doente é de considerar a ajuda disponibilizada ao mesmo, no sentido de o ajudar a entender a doença, o

seu tratamento e as intervenções necessárias. O objetivo é seguramente contribuir para uma minimização dos efeitos secundários advindos da quimioterapia e para uma adaptação do doente que permita um ajustamento ao futuro e consequentemente às limitações que vão surgindo.

Os profissionais de saúde devem ter presente que a família conhece o doente, as suas preferências, interesses e preocupações, sendo por isso fundamental o seu envolvimento nos cuidados, destacando a importância da sua presença junto do mesmo, (Guarda et al, 2010), algo que não se verificou com este doente durante a minha permanência no Hospital de Dia de Pneumologia Oncológica. Naturalmente que nesta sequência e neste caso concreto, a minha intervenção poderia ter sido benéfica no sentido de perceber melhor o porquê da ausência da família/ pessoa significativa. Estaria esta família a necessitar de ajuda? (ser ouvida, esclarecida apoiada). Estaria esta família disponível e apta a poder ser envolvida no processo de ajuda ao doente? É Contudo minha intuição que esta ausência foi propositadamente “imposta” pelo doente, no sentido de os poupar a mais um sofrimento.

Contudo, tendo em conta que a especificidade da doença crónica remete para uma situação clínica que persiste ao longo do tempo, (Guadalupe, 2008, p.41, citada por Semedo) e que a presença de uma condição crónica ou uma incapacidade (por exemplo o tipo de limitação ou de tratamento requerido), afeta também os outros membros da família, ela coloca exigências particulares aos doentes e às famílias, podendo estas apresentar sentimentos de confusão e insegurança no seu relacionamento com a pessoa doente e daí advirem dificuldades na resposta correta às necessidades do doente. Considerando que a família portadora de um membro doente é vista como um sistema aberto em interação com o sistema de prestação de cuidados de saúde (Sorensen e Luckman 1998), citados por Moreira, (2001), torna-se importante a participação da mesma no processo de tratamento. Seria algo a trabalhar com este doente e a sua família.

Considero no entanto que a comunicação estabelecida entre enfermeiro/ doente (por vezes e por necessidade, estendida a outros elementos da equipa multidisciplinar) foi conseguida e foi crucial para o estabelecimento de uma boa relação terapêutica e para a continuidade de uma boa prestação de cuidados, facto que é salientado por Stefanelli (1993) por se considerado o denominador comum de todas as ações de enfermagem influenciando decisivamente na qualidade dos cuidados prestados em quem deles necessita.

Na generalidade e na minha opinião, o acolhimento do doente/família, nem sempre foi marcado por um ambiente acolhedor e descontraído, fatores necessários e influentes na atenuação do stress e ansiedade e facilitadores de um melhor e mais adequado esclarecimento

de dúvidas e ensino dispensado. Fatores externos estiveram na causa desta intercorrência e corresponderam a alterações logísticas referentes às equipas de oncologistas e cisão dos tratamentos (oncologia pneumológica e oncologia médica) em unidades hospitalares distintas, assim como dos doentes inseridos em cada uma das especialidades.

Termino esta análise com a convicção de ter prestado cuidados de qualidade, o que creio ser o resultado de uma contínua aquisição de conhecimentos e do desenvolvimento de competências como enfermeira especialista na área da Oncologia.

5. Conclusão

De acordo com Stumm, Leite e Maschio (2008), acredita-se que, para proporcionar uma assistência de enfermagem resolutiva e integral ao doente oncológico, é relevante o contínuo aprimoramento dos conhecimentos técnico-científicos, bem como o estreitamento das relações interpessoais – onde a meu ver se incluem a empatia, a disponibilidade e a comunicação - promovendo acções de saúde e práticas educativas eficazes no decorrer do tratamento, que possibilitem minimizar o sofrimento de todos os envolvidos no processo de cuidar. Estes são factores que se aliam e se inserem amplamente nos objetivos dos cuidados de enfermagem no que respeita à preservação da dignidade humana (OE, 2009).

Acredito que, ao conseguirmos pôr em prática o que atrás referenciei, a pessoa doente se sente compreendida, respeitada e valorizada na medida em que lhe é permitido, como já mencionei, exteriorizar o que está a viver, as suas angústias, os seus medos e as suas vontades.

Paralelamente os enfermeiros obtêm igualmente contributos, na medida em que prosperam enquanto seres humanos e profissionais. Citando Hennezel (2002, pag. 21) “os enfermeiros referem, muitas vezes, que recebem mais do que dão. Logo que os enfermeiros e os pacientes aceitem os seus limites e sintam essa solidariedade no sofrimento, que é a compaixão, podem ultrapassá-lo e tirar benefícios mútuos. É esta reciprocidade do reencontro que enriquece tanto aquele que dá recebendo, como aquele que recebe dando”.

Refletindo sobre esta situação à luz do modelo teórico proposto por Orem, posso concluir que os cuidados de enfermagem inseriram-se inicialmente no sistema de apoio e educação, isto é, o indivíduo em causa é capaz de autonomamente realizar o seu autocuidado, embora por vezes seja necessária a ajuda da enfermeira para o ensinar, supervisionar e suportar na realização das ações de forma adequada (por exemplo, ensino sobre as medidas a adotar perante os efeitos secundários advindos da quimioterapia) Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005; Moore et al., 2007). Numa segunda etapa, os cuidados de enfermagem inseriram-se no

sistema parcialmente compensatório, isto é, houve um envolvimento quer do enfermeiro e fisioterapeuta, quer do doente num conjunto de medidas com vista a alcançar os requisitos do autocuidado (por exemplo cuidados de higiene e conforto, primeiro levante, cinesiterapia respiratória).

Esta situação, por mim vivenciada, veio ainda reforçar o meu conceito de individualidade, que em oncologia se torna imprescindível manter. Quero com isto afirmar que, a doença oncológica é diferente em cada pessoa, e como tal cada abordagem deve ser única tendo em conta a individualidade de cada pessoa doente, da sua família, do seu processo de evolução e do seu caso clínico.

O acompanhamento de cada situação passa desta forma, pelo estabelecimento de uma relação de ajuda centrada na pessoa doente e sua família e numa cooperação baseada na autenticidade e intervenção não diretiva. De igual modo, importa que o profissional alcance e tenha a capacidade introspetiva sobre as emoções com as quais é confrontado, de forma a não projetar eventuais emoções ou conflitos pessoais na pessoa em sofrimento.

Concluo corroborando com a opinião de Stumm, Leite e Maschito (2008), que os cuidados de enfermagem oncológica ocorrem muitas vezes através de uma relação comunicativa, de troca de ideias, emoções e sentimentos, consistindo em confortar o paciente e, muitas vezes, simplesmente ouvi-lo. Ainda, que as informações pertinentes ao tratamento devem ser fornecidas de forma clara e sincera tanto à família quanto ao doente.

6. Planeamento da ação

Pelo impacto positivo que pode ter na saúde das pessoas, a Educação para a Saúde deve ser um direito de todos os cidadãos em qualquer fase da sua vida, conforme está reconhecido na carta de Ottawa (OMS, 1986), sendo que, o acesso à educação e à informação é fundamental para que se atinja uma participação efetiva e o empowerment das pessoas e das comunidades.

Se outrora a luta contra o cancro incidia na sobrevida dos doentes, contemporaneamente premeia a procura da qualidade de vida durante e após o tratamento. E, sendo o tratamento do cancro abrangente, ele exige atenção não apenas para as necessidades físicas, psicológicas e sociais do doente, mas igualmente a inclusão e participação da família. A inclusão da família nos cuidados dispensados aos doentes vem assim possibilitar que os enfermeiros partilhem informações sobre a doença, tratamento, efeitos secundários dos medicamentos e inclusivamente a estimulação da presença desta, junto do doente durante as sessões de quimioterapia.

Pretende-se deste modo que as ações de enfermagem no cuidado ao doente oncológico e em tratamento quimioterápico sejam integrais, participativas e resolutivas, sendo que os profissionais em todos os níveis de atuação, devem possuir conhecimentos técnico-científicos e habilidades no relacionamento interpessoal de modo a favorecer as ações de saúde e práticas educativas, no sentido de prevenir, detetar precocemente o cancro e contribuir para o tratamento do mesmo. A assistência de enfermagem exige assim, presença, flexibilidade, coresponsabilidade, partilha de sentimentos, conhecimentos e solidariedade (Stumm, et al, 2008).

Esta experiência foi enriquecedora, traduzindo-se numa aprendizagem norteadora de princípios a seguir para o apoio ao doente em tratamento de quimioterapia e na sequência da manifestação dos efeitos secundários da mesma. Com ela auferi de dividendos advindos da equipa e sobretudo do meu contacto com os doentes/ famílias, sobretudo porque me foi permitido colocar em prática um método de acompanhamento ao doente já no domicílio com o intuito de controlar e validar o ensino dispensado relativamente aos efeitos secundários da quimioterapia, facto que se revelou muito positivo quer para os doentes/ familiares quer para mim, enquanto pessoa e profissional.

Enuncio então a minha aprendizagem como condutora de uma prestação futura:

- Considerar o doente e a família como uma unidade única de cuidados, nomeadamente avaliar e responder às necessidades emocionais, informativas e práticas de suporte de ambos. A inclusão da família deve ser tida em conta e considerada alvo de uma intervenção da enfermagem, de forma a estar capacitada a cuidar o indivíduo (Cunha, Cardoso & Oliveira, 2005);
- Consciencializar que a relação que se instala, entre o binómio doente/ família e enfermeiro, vai além do científico. Esta unidade que é o doente/ família nomina o profissional que dele cuida, dá-lhe identidade, e, nessa relação interpessoal que se instala, durante o processo de cuidado, o exigido do profissional é a possibilidade de ida ao outro, de *estar-com-ele* de forma segura, com domínio do conhecimento científico e, também, com afeto;
- Promover o diálogo aberto e acessível sobre a doença, efeitos secundários da quimioterapia de modo a poder igualmente avaliar as apreensões da família relativamente ao doente e cuidados instituídos. Esclarecer e tranquilizar doente/ família sobre o plano de cuidados instituído e dar abertura de comunicação sobre efeitos secundários da quimioterapia, incluindo o esclarecimento de dúvidas e mitos;

- Providenciar suporte emocional, escuta ativa, apoio por parte da psicologia clínica e especificamente permitir a expressão e validação de sentimentos;
- Disponibilizar a assistência prática, nomeadamente encorajar a respeitar a própria saúde dos elementos da família/ cuidador informal e escutá-los;
- Incentivar o diálogo em família e na e com a equipa multidisciplinar;
- Respeitar as práticas culturais, éticas e religiosas, nomeadamente respeitar a conduta de cada membro da família durante o tratamento de quimioterapia.

4 – Bibliografia

- Alcântara, L.; Beque, G. & Malveira, E. (2004). Enfermeiras cuidando em oncologia ambulatorial: a consulta de enfermagem e o sentido do cuidar. *Revista Enfermagem UERJ*, 12.p.259-264.
- Baker-Glenn EA, Park B, Granger L, Symonds P, Mitchell AJ. Desire for psychological support in cancer patients with depression or distress: Validation of a simple help question. *Psychooncology* 2010. Epub 2010.
- Cardoso, G., Luengo, A., Trancas, B., Vieira, C., & Reis, D (2010). Aspectos Psicológicos do Doente Oncológico. *PsiLogos*, pag. 8-18. Disponível em: <http://repositorio.hff.min-saude.pt/handle/10400.10/429>. Acedido a 20 Janeiro 2013.
- Chronic diseases [web site]. Geneva, World Health Organization, 2008. Disponível em: http://www.who.int/topics/chronic_disease/en. Acedido a 02 Fevereiro 2013.
- Coelho, C.M.C. Mulheres com Cancro da Mama em Tratamento com Quimioterapia: Contributos para a Compreensão da sua Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto, 2008. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7278/6/Tese%20Mestrado.pdf>. Acedido a 12 Fevereiro 2013.
- Dias, Maria do Rosário – A Esmeralda Perdida: A Informação ao Doente com Cancro da Mama. ISPA. Lisboa. 1997.
- Franco, J. J. S. (2009) - Os tipos de ensino no Curso de Licenciatura em Enfermagem: a opinião dos estudantes do 4º ano. Referência. Série 2, nº 9, p. 35-39.

- Frias, Cidalia: O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar Revista Referencia II.^a Série - n.º6 - Jun. 2008 pp.57-67. Disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/065767.pdf>. Acedido a 10 Fevereiro 2013.
- Guarda, Hirondina; Galvão, Cristina; Gonçalves, M^a – Apoio À família. In Barbosa, António & Neto, Isabel – Manual de cuidados paliativos. 2^a Edição, Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. ISBN: 978-972-9349-22-5. p. 751 - 760.
- Hennezel, Marie – Diálogo com a Morte. Lisboa: Editorial Notícias, 2002.
- Hesbeen, Walter – Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar. Loures: Lusociência, 2000. ISBN 972-8383-11-8.
- Lazure, H. (1994). Viver a relação de ajuda. Lisboa: Lusodidacta. ISBN 972-95399-5-2.
- Lopes, C. & Pereira, M. G. (2005). O doente oncológico e a sua família (2^a ed.) Manuais Universitários. Climepsi Editores. ISBN: 972-796-195-9.
- Lopes, Manuel José (2004). Os clientes e os enfermeiros: construção de uma relação. Estudo teórico. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/REEUSP/index.php?p=html&id=33>. Acedido a 04 Fevereiro 2013.
- Martins, P. P. S. (2004). Atendimento pré-hospitalar: atribuição e responsabilidade de quem? Uma reflexão crítica a partir do serviço do corpo de bombeiros e das políticas de saúde “para” o Brasil à luz da filosofia da práxis. Dissertação de Mestrado em Enfermagem não publicada, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Melo, M. (2005). Comunicação com o doente: certezas e incógnitas. Lisboa: Lusociência.
- Moreira, I. (2001) – O Doente Terminal em Contexto Familiar: Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família – Coimbra: FORMASAU; ISBN 972-8485-22-0
- National Center for Health Statistics definitions: health condition [web site]. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2008. Disponível em <http://www.cdc.gov/nchs/datawh/nchsdefs/healthcondition.htm>. Acedido a 02 Fevereiro 2013.
- Nunes, Lucilia - Supervisão de Cuidados: Do perito e do conhecimento em enfermagem: uma exploração da natureza e atributos dos peritos e dos processos de conhecimento em enfermagem. Percursos ISSN1646-5067. Nº 17. (Julho - Setembro.2010), p. 3-9. (Revista On-line disponível em: http://web.ess.ips.pt/percursos/pdfs/percursos_n17.pdf). Acedido a 12 Fevereiro 2013.

- Ordem dos Enfermeiros de Portugal, Código Deontológico do Enfermeiro. (2009). Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 111/2009 de 16 de setembro, Lisboa, p. 6547 -49.
- Orem, D. (1995). Nursing: Concepts of Practice. (5ªed.). St. Louis: Mosby, ISSN 0-8151-6552-8.
- Potter, P. & Perry, A. (1999). Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática. (4ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Stefanelli, M. C. Comunicação com paciente teoria e ensino. São Paulo: Robe editorial, 1993. Disponível em: <http://www.slideshare.net/eurydicelino/trabalho-escuta-ativa-8109286>. Acedido a 02 Fevereiro 2013.
- Silva, Shirley; Aquino, Thiago; Santos, Roberta. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. *Rev. bras.ter. cogn.* [online]. 2008, vol.4, n.2, pp. 73-89. ISSN 1808-5687. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1808-56872008000200006&script=sci_abstract. Acedido a 27 Fevereiro 2013.
- Stumm EMF, Leite MT, Maschio G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. *Cogitare Enferm.* 2008 Jan/Mar;13(1):75-82.

Acessos eletrónicos

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a20.pdf>

<http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaoosaude/index.php?s=directorio&pid=96>

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v12n2/art03.pdf>