



**Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio**

**Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente
Oncológico**

Telma Sofia Ribeiro Henriques Grãos



**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**

Relatório de Estágio

**Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente
Oncológico**



Orientador: Professora Doutora Maria Deolinda Antunes da Luz
Lopes Dias Maurício



**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

Agradecimentos

Ao meu pai, que apesar de o ter perdido três dias antes deste projeto começar, sei que estaria extremamente orgulhoso!

À minha mãe por acreditar.

Ao meu marido, Pedro, que apesar dos momentos difíceis que vivenciamos durante este processo, sempre me apoiou e acreditou que seria capaz de o finalizar.

Ao meu filho, Tomás, que vivenciou a minha ausência por alguns períodos para que este projeto fosse realizado.

Ao meu irmão, Bruno, pela paciência interminável nas correções de português.
Pela motivação, incentivo e apoio incansável.

À Professora Doutora Maria Deolinda Luz pela sua orientação, disponibilidade e sugestões.

À enfermeira Anabela Lobo pela motivação e apoio.

Aos meus colegas de trabalho por todo o apoio e disponibilidade durante este percurso.

À Ângela Montez pela sua generosidade e ajuda essencial na formatação deste trabalho.

Aos enfermeiros orientadores dos campos de estágio pelo acompanhamento e disponibilidade de partilha de saberes e conhecimentos enriquecedores.

Aos meus amigos que acreditaram em mim, que me apoiaram quando a vontade era desistir e que me devolveram carinho, amizade e conforto.

Muito grata a todos!

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CEDACE – Centro Nacional de Dadores de Células de Medula Óssea, Estaminais ou de Sangue do Cordão

CPPH – Células periféricas precursoras da hematopoiese

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CESO – Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico

DGES – Direção Geral do Ensino Superior

DGS – Direção Geral de Saúde

EONS – *European Oncology Nursing Society*

ESMO - European Society for Medical Oncology

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HD – Hospital de Dia

IPOLFG E.P.E. – Instituto Português de Oncologia Lisboa Francisco Gentil E.P.E.

NCCS – *National Coalition for Cancer Survivorship*

NCI - *National Cancer Institute*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PEPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

ROR – Registo Oncológico Regional do Sul

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TAPH – Transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos

RESUMO

O paradigma biomédico, que estabelece e regula os protocolos e os cuidados de saúde, tem como objetivo a cura. Os profissionais de saúde empreendem todos os esforços para curar a pessoa: em última análise, o fim do processo terapêutico é a eliminação da doença. Terminado o tratamento, o cancro – cada vez mais entendido como uma doença crónica – é vigiado periodicamente através da realização de exames complementares de diagnóstico e de consultas médicas. Ora, pode dizer-se que a doença oncológica é mais vigiada e monitorizada do que a pessoa, que continua, quase sempre, a sentir efeitos secundários do tratamento. Estes podem ser de natureza física, psicológica, emocional e/ou espiritual (Ness, Kokal, & Fee-schroeder, 2013; Pongthavornkamol et al., 2019). Tendo em conta os desafios e os sintomas que a população sobrevivente continua a enfrentar depois do tratamento, é fundamental acompanhá-la adequadamente (Ness, Kokal, & Fee-schroeder, 2013). As necessidades do sobrevivente de cancro são tão complexas que exigem dos profissionais o desenvolvimento de competências apropriadas. Os enfermeiros especialistas em oncologia são os profissionais indicados para prestar cuidados específicos à população sobrevivente (Corcoran, Dunne, & McCabe, 2015). Perante esta problemática, defini como objetivo desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na opção de Enfermagem Oncológica. Estas competências permitir-me-ão estruturar e, futuramente, implementar uma Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO). Foi realizada uma Revisão *Scoping* (Apêndice I), tendo por base a seguinte questão de investigação: quais são as intervenções de Enfermagem que promovem a adaptação da pessoa à sobrevivência oncológica?

Para a elaboração deste relatório, foram realizados estágios em três locais. Estas experiências foram fundamentais para o desenvolvimento de competências e para a aquisição dos conhecimentos necessários à estruturação da CESO, que contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados ao sobrevivente. O Modelo de Adaptação de Callista Roy foi o referencial teórico utilizado na elaboração deste trabalho.

Palavras-chave: Sobrevivente oncológico, efeitos secundários do tratamento oncológico, intervenções de Enfermagem, consulta de Enfermagem.

ABSTRACT

The biomedical paradigm, which establishes and regulates the healthcare protocols, has a clear purpose: the cure. Healthcare professionals try their best to cure the disease: the goal of the therapeutic process is the elimination of the disease. Once treatment is completed, cancer – which is increasingly seen as a chronic disease – is monitored periodically through exams and follow-up appointments. One can even say that the cancer is more monitored than the actual patient, who often experiences the side effects of the treatment. These side effects can be of a physical, psychological, emotional and/ or spiritual nature (Ness, Kokal, & Fee-schroeder, 2013; Pongthavornkamol et al., 2019). Bearing in mind the challenges and symptoms that cancer survivors face after treatment, it is fundamental to support them appropriately (Ness, Kokal, & Fee-schroeder, 2013). The needs of the cancer survivor are extremely complex and demand from healthcare professionals the development of specific skills. Clinical specialist nurses in oncology are the right healthcare professionals to provide care to cancer survivors (Corcoran, Dunne, & McCabe, 2015). Taking this into consideration, I set the goal of developing the skills of a clinical specialist nurse in Medical-Surgical Nursing, in the branch of Oncological Nursing. These skills will allow me to define and, soon, implement the Nursing Consultation for the Oncological Survivor (CESO in Portuguese). I used a Scoping Review method (Appendix I) to assess the strengths and weaknesses of my research topic: What are the Nursing interventions that promote the adaptation of the person to the period of oncological survivorship?

In order to write this report, I trained in three different hospitals. These experiences were fundamental to develop the skills and acquire the necessary knowledge to conceive the CESO, which will contribute to the improvement of the Nursing care provided to the survivors. The Callista Roy Adaptation Theory was the theoretical framework used in this report.

Keywords: Oncological survivor, treatment side-effects, Nursing interventions, Nursing consultation.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	8
1. ENQUADRAMENTO TEORICO	11
1.1.Revisão crítica da literatura.....	11
1.2.Cuidados de Enfermagem ao Sobrevivente Oncológico segundo a Teoria de adaptação de Callista Roy	17
2. METODOLOGIA	20
2.1.Considerações éticas e deontológicas.....	23
3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	24
3.1.Hospital de Dia de uma Unidade de Transplante de Medula – Serviço A.....	24
3.2.Consulta de Enfermagem de Hemato-oncologia – Serviço B	30
3.3.Hospital de Dia de Hemato-Oncologia – Serviço C	38
4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	45
4.1.Competências Comuns do Enfermeiro Especialista	45
4.2.Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica	48
4.3.Competências Específicas do Cancer Nursing Education Framework da European Oncology Nursing Society e do 2.º Ciclo de Estudos para a aquisição do grau de Mestre.....	49
5. AVALIAÇÃO.....	51
6. CONCLUSÃO E TRABALHO FUTURO.....	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	56

APÊNDICES

Apêndice I– Revisão *Scoping*

Apêndice II - Análise *SWOT*

Apêndice III – Cronograma de estágio

Apêndice IV – Guião de observação

Apêndice V – Questionário

Apêndice VI – Plano de atividades de estágio

Apêndice VII – Análise de conteúdo

Apêndice IX – Reflexão dos congressos

Apêndice X – Apresentação do *Up Date em Oncologia*

Apêndice XI – Fluxograma

Apêndice XII – Norma da CESO

Apêndice XIII – Guião da CESO

INTRODUÇÃO

Este relatório surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção de Enfermagem Oncológica. Nele, pretendo refletir, de forma crítica e recorrendo ao conhecimento científico disponível, sobre as experiências e aprendizagens adquiridas durante os três estágios que realizei em contexto hospitalar.

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem só é possível com o desenvolvimento de investigações sustentadas em modelos teóricos que “têm como função investigar a realidade da enfermagem para aumentar o nosso conhecimento para a prática através da investigação, e orientar a educação de enfermagem na ciência e na arte de enfermagem” (Roy & Andrews, 2001, p. 500).

A teoria de Enfermagem que sustenta o desenvolvimento e a implementação deste projeto é o Modelo de Adaptação de Callista Roy (2001). A sobrevivência oncológica é um desafio enorme que requer cuidados individualizados que incidam nos processos de adaptação de vida humana (Roy & Andrews, 2001). Estes cuidados requerem profissionais de saúde especializados, sensíveis e aptos a compreender a capacidade individual de cada ser humano em se adaptar às diversas alterações que surgem depois do tratamento oncológico.

A sobrevivência oncológica é um conceito relativamente recente e dá conta de um conjunto de efeitos secundários a longo prazo e/ou tardios que requerem uma intervenção multidisciplinar na qual a Enfermagem assume uma função central na adaptação do sobrevivente à nova realidade. A Enfermagem tem como objetivo promover a adaptação do sobrevivente a cada um dos quatro modos adaptáveis¹ definidos por Callista Roy e, ao fazê-lo, “contribui para a saúde da pessoa, para a qualidade de vida, e para uma morte com dignidade” (Roy & Andrews, 2001, p. 35).

Este projeto tem como finalidade identificar as necessidades do sobrevivente oncológico de modo a, com recurso aos cuidados de Enfermagem, promover a adaptação do sobrevivente ao período que se sucede aos tratamentos. Apesar das várias definições existentes, neste trabalho considera-se que o sobrevivente oncológico é a pessoa que terminou a primeira linha terapêutica. Para levar a cabo este plano, recorri à metodologia de trabalho de projeto de Ruivo, Ferrito & Nunes (2010).

¹ A saber: Modo fisiológico, modo de autoconceito, modo de função na vida real e modo de interdependência.

Inicialmente, realizei uma revisão *Scoping* (Apêndice I), o que me permitiu aprofundar os meus conhecimentos sobre esta temática; de seguida, foram realizados os estágios, períodos imprescindíveis para a aquisição e desenvolvimento de competências de enfermeira especialista; por último, estruturei a Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO).

Durante a elaboração deste projeto, desenvolvi competências comuns (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica (Regulamento n.º 429/2018, 2018) bem como competências de mestre descritas no 2.º Ciclo de Estudos para a aquisição do referido grau (Decreto-lei 107/2008; Direção Geral do Ensino Superior, DGES, 2013). As competências específicas da *Cancer Nursing Education Framework da European Oncology Nursing Society* (EONS, 2013) foram, ao mesmo tempo, os princípios orientadores da minha prática e dos seus objetivos.

No hospital de dia onde exerço as minhas funções de enfermeira e desenvolvi este projeto, todas as pessoas são sujeitas a terapêutica antineoplásica sistémica (quimioterapia e/ou imunoterapia), logo as intervenções de Enfermagem são, numa primeira fase, direcionadas para as necessidades específicas e individuais desta população. De futuro, perspetivo estender este projeto a toda a população oncológica sobrevivente, independentemente dos tratamentos realizados.

No meu local de trabalho os cuidados prestados ao sobrevivente tendem a negligenciar algumas consequências de ordem física (fadiga, neuropatia periférica, entre outras) e metafísica (danos psicológicos, emocionais e/ou espirituais).

Este projeto visa a estruturação e a futura implementação da CESO. Serão desenvolvidas intervenções de Enfermagem promotoras de uma adaptação saudável do sobrevivente de cancro aos efeitos secundários do tratamento.

Na referida consulta pretende-se criar um espaço de cuidados especializados assentes numa estrutura dinâmica, relacional e rizomática que dê resposta às reais necessidades de cuidados de cada sobrevivente.

Depois de terminarem os tratamentos, os sobreviventes só se dirigem ao hospital de dia para a colheita de sangue para análises, para as punções necessárias aos exames auxiliares de diagnóstico e/ou em situações de atendimento não programado, ou seja, quando surge uma situação clínica que necessita de avaliação súbita pelos profissionais de saúde. É durante estes procedimentos, dada a proximidade relacional, que os sobreviventes expõem as suas necessidades, dúvidas e angústias decorrentes da doença e dos tratamentos realizados.

A sala de tratamentos do hospital de dia não é um espaço adequado à expressão de sentimentos. Além disso as equipas de Enfermagem não estão preparadas para dar respostas adequadas às necessidades dos sobreviventes. Identificados estes problemas, surgiu a necessidade de implementar cuidados de Enfermagem que respondam a estas necessidades.

A evidência científica demonstra que uma consulta de Enfermagem para a população sobrevivente pode minimizar o impacto que o diagnóstico e tratamento do cancro têm na qualidade de vida destas pessoas (Bahrami, Parnian, & Samimi, 2012). Posto isto, senti a necessidade de estruturar e propor uma consulta de Enfermagem para o sobrevivente oncológico (Apêndice II).

Este trabalho foi estruturado de acordo com as regras de elaboração de relatórios de estágio definidas pelo guia orientador da Unidade Curricular de Estágio com Relatório e as regras de elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Godinho, 2020). As referências bibliográficas seguiram o modelo proposto pelas normas da *American Psychological Association* (APA, 2012) e será escrito de acordo com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Após a introdução, na qual é apresentada a justificação da pertinência deste projeto, surge o enquadramento teórico, onde é realizada a revisão da literatura e a descrição do Modelo de Adaptação de Callista Roy, que sustenta teoricamente este trabalho. No terceiro capítulo, execução das atividades, descrevo o método, o instrumento de colheita de dados, as considerações éticas e faço a análise e reflexão crítica do projeto. No quarto capítulo, é descrito cada local de estágio, bem como os objetivos definidos e atividades desenvolvidas em cada um deles. Quanto ao quinto capítulo, evidencia as competências adquiridas durante o desenvolvimento este projeto. No sexto capítulo, é realizada a avaliação e, por último, na conclusão, faz-se a síntese do percurso realizado e perspectivam-se trabalhos futuros.

1. ENQUADRAMENTO TEORICO

A realização deste trabalho exigiu uma revisão crítica da literatura disponível sobre esta temática. Neste capítulo, apresento e clarifico os conceitos que mobilizei para a realização deste projeto. A necessidade da justificação teórica, com base na evidência científica, é essencial para a estruturação, implementação e gestão da Consulta de Enfermagem do Sobrevivente Oncológico.

1.1. Revisão crítica da literatura

A incidência de cancro em Portugal, como no resto da Europa, tem vindo a aumentar, devido ao envelhecimento da população e à adoção de hábitos de vida menos saudáveis. Todavia, a prevalência, ou seja, o número de pessoas vivas com cancro, tem vindo a crescer, pois os tratamentos são cada vez mais eficazes e os diagnósticos precoces mais frequentes (DGS, 2017; Registo Oncológico Regional do Sul (ROR) & IPOLFG-EPE, 2017).

Nota-se um aumento de população sobrevivente, pelo que se torna fundamental o desenvolvimento e a implementação de programas de cuidados de saúde, adequados que apoiem a pessoa e a família na gestão dos efeitos secundários imediatos e a longo prazo, na promoção do bem-estar e na adaptação ao período de sobrevivência (Nekhlyudov, Ganz, Arora, & Rowland, 2017).

O conceito de sobrevivente oncológico é relativamente recente. Em 1985, Edhast Mullan, médico e sobrevivente oncológico, escreveu um artigo, no *New England Journal of Medicine*, que viria a mudar a perspetiva dos profissionais de saúde relativamente aos doentes oncológicos. De acordo com este autor, depois de tratados, os doentes oncológicos ou ficavam curados ou continuavam a sofrer de cancro. Ora, esta dicotomia era simplista e não traduzia a complexidade da experiência oncológica. Por conseguinte, o mesmo autor, introduziu o termo sobrevivência para abranger e aproximar as experiências daqueles que se consideravam “curados” e dos que continuavam, apesar do fim dos tratamentos, a viver com a doença. Para este médico, o cancro e o seu tratamento são experiências muito mais complexas do que as vivenciadas por pessoas com outras doenças crónicas.

Em 1986, a *National Coalition for Cancer Survivorship* (NCCS) propôs, na literatura científica da especialidade, uma definição de sobrevivente oncológico e reconheceu a este grupo como uma população com necessidades específicas que

carecem de um programa ajustado de cuidados de saúde (Ness, Kokal, & Fee-schroeder, 2013).

A população sobrevivente de cancro lida com efeitos secundários agudos, a longo prazo e/ou tardiamente. Estes podem provir não só da doença oncológica, mas também do tratamento. Além dos sintomas físicos, esta população também vivencia problemas psicológicos, sociais, espirituais, emocionais e económicos, logo é fundamental que os profissionais de saúde estejam cientes da complexidade das referidas necessidades (Mullen & Mistry, 2018; Ness, Kokal, & Fee-schroeder, 2013; Pongthavornkamol, Lekdamrongkul, Pinsuntorn, & Molassiotis, 2019).

O conjunto de efeitos secundários apresentados pelos doentes oncológicos, resultantes ou não do tratamento, podem ser divididos em dois tipos:

- efeitos secundários a longo prazo - os que se prolongam por alguns meses ou anos;
- efeitos secundários tardios - os que podem surgir meses ou anos depois do fim do tratamento.

Todos estes sintomas provocam alterações na saúde e no bem-estar da população sobrevivente e requerem intervenção especializada (Feuerstein, 2007). O medo de uma recidiva, a fadiga, a neuropatia periférica, as alterações da memória e a dificuldade de concentração são os efeitos secundários mais comuns, após o tratamento com terapêuticas antineoplásicas. Todavia, a osteoporose, os problemas cardíacos e as segundas neoplasias são, entre outras, as patologias mais frequentes nesta população (National Comprehensive Cancer Network, 2018; National Cancer Institute, 2018; Ness, Kokal, & Fee-schroeder, 2013).

Para dar uma resposta adequada às necessidades da população sobrevivente de cancro, foi elaborado o relatório *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition* (2005). Nele, recomenda-se a implementação de programas de cuidados de saúde para a população sobrevivente. Estes devem assentar na comunicação e na coordenação dos cuidados entre a população sobrevivente e os profissionais de saúde. Porém, apesar destas recomendações, continuam a existir lacunas na continuidade dos cuidados de saúde da população sobrevivente, nomeadamente durante o período de transição e adaptação ao fim do tratamento.

No relatório apresentado por Hewitt & Ganz (2005), a sobrevivência oncológica foi identificada como uma fase *per se*, distinta dos cuidados oncológicos. Entretanto, este período tem sido o mais negligenciado pelos profissionais de saúde, daí a

importância de se desenvolverem cuidados especializados na área da sobrevivência oncológica.

Nos últimos anos, o aumento significativo de população de sobreviventes oncológicos determinou que o cancro passasse a ser considerado uma doença crónica. Esta mudança de paradigma exige dos enfermeiros um cuidado especializado nesta área de cuidados de saúde. Neste contexto, espera-se que os enfermeiros especialistas em oncologia compreendam que as fases de tratamento e de sobrevivência são igualmente importantes e que carecem de cuidados distintos, mas igualmente especializados e individualizados. (Macmillan Cancer Support, 2014; Panek-Hudson, 2013).

Em 2011, a *LIVESTRONG Foundation* disponibilizou um documento com o objetivo definir as diretivas fundamentais dos cuidados de saúde dirigidos à população sobrevivente. Este documento foi elaborado por uma equipa constituída por médicos, enfermeiros e sobreviventes oncológicos. De acordo com esta equipa multidisciplinar, as diretivas dividem-se em três partes, organizadas hierarquicamente:

- a primeira parte inclui as diretivas essenciais, aquelas que têm de ser referenciadas e garantidas por todos os prestadores de cuidados;
- a segunda parte diz respeito às diretivas de necessidade prioritária que garantam ao doente o acesso direto aos cuidados;
- por fim, estão as diretivas que, não sendo essenciais, devem ser entendidas como cuidados fundamentais a longo prazo por todas as equipas multidisciplinares prestadoras de cuidados à população oncológica sobrevivente (Sun, RN, PhD et al., 2015).

Este modelo foi fundamental para a estruturação dos cuidados de saúde prestados ao sobrevivente oncológico e, oito anos passados, a sua pertinência permanece. No entanto, durante a minha experiência profissional em oncologia, concomitantemente, com a investigação levado a cabo para a realização deste relatório continua a sustentar a esta convicção.

Atendendo ao número crescente de população sobrevivente e aos efeitos secundários reconhecidos que se prolongam após o tratamento, muitas das diretivas não consideradas essenciais há alguns anos, hoje ocupam um lugar central no processo.

Na consulta a implementar, vou suprimir a fronteira entre os primeiros dois níveis, uma vez que considero que a gestão dos efeitos secundários e a reabilitação social (parte 2) são tão importantes como a educação para a saúde e os rastreios

(parte 1). A dissolução desta fronteira abre caminho para uma abordagem holística que, por sua vez, possibilita um diálogo conducente com o Modelo de Adaptação de Callista Roy, estrutura conceptual na qual me apoio para definir o modelo de cuidados da consulta para o sobrevivente.

Segundo Callista Roy, a pessoa tem a capacidade de se adaptar a novas situações. Os cuidados de Enfermagem têm como intuito o acompanhamento da pessoa no desenvolvimento de estratégias promotoras da adaptação às novas limitações da vida diária. Os efeitos secundários imediatos e/ou tardios podem interferir com qualquer um dos quatro modos adaptativos de Callista Roy: o Modo Fisiológico, o Modo de Autoconceito, o Modo de Interdependência e o Modo de Função na Vida Real. Face ao exposto, o enfermeiro especialista na prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica deve intervir de modo a facilitar a adaptação do sobrevivente oncológico, promovendo respostas adaptáveis e contribuindo para o seu bem-estar (Tomey & Alligood, 2004).

A estruturação e implementação de uma consulta de Enfermagem para o sobrevivente torna-se essencial, pois é um espaço privilegiado para a expressão dos sentimentos, das dúvidas e das necessidades do sobrevivente (Paz de Oliveira, Oliveira Queiroz, de Melo Matos, Falconieri de Moura, & Teixeira Lima, 2012).

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista define que este profissional tem de “possuir um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que, ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4745). Estas competências incluem a orientação, a liderança, entre outras, das quais destaco a capacidade de “levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744).

Assim sendo, pretende-se o desenvolvimento de competências específicas, neste caso em Enfermagem oncológica, nos quatro domínios de competências definidos: i) Responsabilidade profissional, ética e legal; ii) Melhoria contínua da qualidade; iii) Gestão de cuidados; iv) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que respeita à prestação de cuidados à pessoa com doença oncológica, também a EONS elaborou o *Cancer Nursing Education Framework*, no qual são apresentados oito módulos de competências necessárias para a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas e às famílias com doença oncológica. Estas

competências exigem, para uma prestação de cuidados segura e efetiva, o desenvolvimento dos conceitos abordados nos oito domínios (EONS, 2018).

A elaboração e o desenvolvimento deste relatório têm por base as competências e os saberes necessários para a obtenção do grau de mestre, em conformidade com o Decreto-lei 107/2008 e a Direção Geral do Ensino Superior, DGES, 2013.

Segundo a Direção Geral da Saúde, em Portugal, à semelhança do que acontece nos outros países da Europa, a incidência de cancro tem aumentado cerca de 3% ao ano (DGS, 2017). Contudo, devido à evolução do conhecimento científico nas diferentes especialidades médicas e ao desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e diagnóstico precoce (programas de rastreio), existe uma diminuição da mortalidade associada à doença oncológica.

A população sobrevivente de doença oncológica constitui, hoje e no futuro mais próximo, um grupo que, pelo seu número crescente, não pode continuar a ser negligenciado pelos profissionais de saúde, nomeadamente pelos enfermeiros (Ness, Kokal, & Fee-schroeder, 2013; O'Brien et al., 2014).

A *National Coalition for Cancer Survivorship* (1996) foi a primeira instituição a balizar a sobrevivência oncológica: desde o diagnóstico até à morte. Também A *American Society of Clinical Oncology* (2010) subscreve este entendimento, mas divide este período em três fases: a sobrevivência aguda, que compreende o intervalo entre o diagnóstico e o fim do tratamento; a sobrevivência prolongada, período de alguns meses após o fim do tratamento; e a sobrevivência a longo prazo ou permanente, fase posterior ao término dos tratamentos que se estende por muitos anos.

De forma distinta, o *National Cancer Institute* (2019) refere-se à sobrevivência oncológica como o período entre o fim dos tratamentos e o momento da morte. Assim, nesta fase, todos os agentes – o sobrevivente, a família e os profissionais de saúde – devem esforçar-se para garantir o bem-estar da população sobrevivente. Este entendimento será estruturante deste trabalho, pois abrange não só as possíveis alterações físicas, psicossociais e económicas, mas também os efeitos secundários tardios (<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/expand/S>).

Contudo, no decurso dos estágios, senti necessidade de reformular a definição de sobrevivente, alargando-a a todas as pessoas que já tinham terminado a primeira linha terapêutica. Sem esta reformulação, seria difícil estruturar esta consulta, uma vez que, na sua maioria, os sobreviventes, depois do fim dos tratamentos, só se

deslocam aos hospitais para as consultas médicas e os exames complementares de diagnóstico.

Tendo em conta os desafios que a população sobrevivente continua a enfrentar após os tratamentos, é fundamental acompanhá-la para dar uma resposta adequada às suas necessidades específicas (Ness, Kokal, & Fee-schroeder, 2013).

Os enfermeiros especialistas na área da Enfermagem médico-cirúrgica na vertente de oncologia são os profissionais preparados para a prestação dos cuidados de saúde específicos à população sobrevivente. Deste modo, devem colaborar em programas de cuidados inovadores e promotores de adaptações saudáveis aos desafios do período de sobrevivências (Corcoran et al., 2015).

Como profissional de vanguarda, o enfermeiro especialista demonstra “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744). Os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em oncologia são organizados em quatro áreas de intervenção: Prevenção, Vigilância, Intervenção e Coordenação de Cuidados (Grant, Economou, & Ferrell, 2010).

Os cuidados de Enfermagem, segundo o modelo de adaptação de Callista Roy, prestam particular atenção às intervenções de Enfermagem que contribuem para a adaptação dos sobreviventes às situações de saúde e de doença. Os efeitos secundários dos tratamentos oncológicos a curto, a longo prazo e/ou tardios requerem respostas e adaptações contínuas e/ou continuadas, daí o recurso ao supracitado referencial teórico no cuidado de Enfermagem.

1.2. Cuidados de Enfermagem ao Sobrevivente Oncológico segundo a Teoria de adaptação de Callista Roy

O Modelo de Adaptação de Callista Roy (2001) decorre de suposições científicas – a teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy (1968) e a teoria do modelo de adaptação de Helson (1864) – e filosóficas – o humanismo e a veracidade. De acordo com Roy, existem quatro elementos fundamentais no modelo de que é proponente: a pessoa, o ambiente, a saúde e a Enfermagem. Estes elementos permitem compreender melhor o modelo de Callista Roy, que escreve a pessoa como recetora de cuidados holísticos, na medida em que esta é mais do que a soma das partes, com flexibilidade e capacidade de adaptação ao meio ambiente, sobre o qual também age. Neste sentido, Callista Roy (2001) defende que as respostas das pessoas aos diferentes estímulos são o resultado de uma negociação entre os subsistemas regulador² e cognitivo³. Não sendo observáveis, o enfermeiro pode recorrer aos quatro modos adaptáveis definidos por Roy – o Modo Fisiológico, o Modo do Autoconceito, o Modo de Função na Vida Real e o Modo de Interdependência – como uma macroestrutura de avaliação das respostas dos doentes.

Assim sendo, o Modo Fisiológico diz respeito à forma como a pessoa responde fisicamente aos estímulos produzidos pelo ambiente. Deste modo, Callista Roy pressupõe que se avalie cinco necessidades – a oxigenação, a nutrição, a eliminação, a atividade/ o repouso, a proteção – e quatro processos complexos: os sentidos, os fluidos e eletrólitos, a função neurológica e a função endócrina.

Relativamente ao Modo de Autoconceito, Roy considera que está relacionado com a integridade psíquica e refere-se à percepção interna que cada pessoa tem de si, ou seja, ao conjunto de crenças e sentimentos de cada um. Quanto ao Modo de Autoconceito, subdividiu-o no eu físico, que engloba a sensação corporal e a autoimagem, e no eu pessoal, que se refere à auto-consistência e ao auto-ideal, e no eu moral-ético-espiritual.

Os papéis que cada pessoa desempenha socialmente são Modo de Função na Vida Real.

Por fim, o Modo de Interdependência dá conta da necessidade básica de adequação emocional e centra-se nas interações interpessoais relacionadas com o “dar e receber amor, respeito e valor” (Roy & Andrews, 2001, p.30).

²“*Subsistema regulador*: um dos principais processos de resistência que envolvem os sistemas endócrino, químico e neurológico.” (Roy & Andrews, 2001, p.17)

³“*Subsistema cognitivo*: um importante processo de resistência envolvendo quatro canais cognitivos-emotivos: processamento perceptivo e da informação, aprendizagem, avaliação e emoção.” (Roy & Andrews, 2001, p.16)

De acordo com Roy (2001), o ambiente compreende “o mundo interior ou exterior da pessoa” (p.31), estando em permanente mutação, o ambiente “estimula a pessoa para criar respostas adaptáveis” (Roy & Andrews, 2001, p.31). Os estímulos podem ser focais, contextuais e residuais. Os primeiros confrontam a pessoa diretamente e exigem que ela gaste energia para lidar com eles. Já os estímulos contextuais, estando presentes na situação, não assumem protagonismo, podendo, contudo, influenciar a forma como a pessoa lida com os estímulos focais. Por fim, os estímulos residuais, tal como a designação indica, têm uma natureza vestigial e o seu efeito é dificilmente identificável.

Os estímulos ativam os mecanismos de resistência e produzem respostas comportamentais que terão repercussões nos modos fisiológico, de autoconceito, da função na vida real e da interdependência. Mais, Roy considera que a junção destes estímulos gera o nível de adaptação da pessoa, isto é, a “capacidade da pessoa para responder positivamente numa situação” (Roy & Andrews, 2001, p. 23). Neste contexto, a saúde é entendida como “um estado e um processo de ser e tornar-se uma pessoa total e integrada” (Roy & Andrews, 2001, p. 33).

Os cuidados de Enfermagem têm como objetivo “manter e aumentar o comportamento adaptável e modificar o comportamento ineficaz tornando-o adaptável” (Roy & Andrews, 2001, p. 57). A adaptação confere a capacidade de articulação entre os mecanismos de resistência e os comportamentos relativos aos modos fisiológicos, de autoconceito, de função na vida real e de interdependência. A saúde da pessoa reflecte-se na capacidade de se adaptar melhor às condições do mundo que a rodeia. O processo de Enfermagem de Callista Roy compreende seis passos: (i) a avaliação do comportamento, (ii) a avaliação do estímulo, (iii) o diagnóstico de Enfermagem, (iv) o estabelecimento do objetivo, (v) a intervenção e (vi) a avaliação.

No que diz respeito aos dois primeiros passos do processo de Enfermagem, o enfermeiro realiza a colheita de dados e avalia se a pessoa tem um comportamento adaptativo ou ineficaz e quais os estímulos que estão inerentes a esse comportamento. Esta avaliação pode ser realizada através da observação ou de uma entrevista. No terceiro passo, definem-se os diagnósticos de Enfermagem.

O diagnóstico pode ser feito através da determinação de uma correspondência entre o(s) estímulo(s) e o(s) comportamentos(s) decorrente(s), no âmbito do modo. Também é possível catalogar os comportamentos e estabelecer uma ligação entre as categorias criadas e os estímulos relevantes para cada uma delas. Esta alternativa

implica uma classificação que dê conta de um padrão comportamental que manifeste as consequências provocadas por um estímulo em mais de um modo adaptável.

O quarto passo do processo de Enfermagem remete para o estabelecimento de objetivos referentes aos comportamentos que a pessoa pode desenvolver depois das intervenções de Enfermagem, que constituem o quinto passo do processo. As intervenções são a expressão das estratégias que o enfermeiro define para atingir os objetivos, que passam, acima de tudo, pela promoção da integridade da pessoa enquanto sistema (Cf. Roy & Andrews, 2001, p.16).

Por último, a eficácia das intervenções de Enfermagem têm de ser avaliadas. A observação, a mediação e a entrevista são os meios mais comuns para aferir o comportamento da pessoa, depois da implementação das intervenções de Enfermagem, sendo que o sucesso das mesmas se traduz na presença de respostas adaptáveis.

2. METODOLOGIA

Neste capítulo, é apresentada a metodologia que foi utilizada para o desenvolvimento e implementação deste projecto, bem como os instrumentos de recolha de dados. São ainda descritas as considerações éticas e deontológicas fundamentais para o desenvolvimento deste projecto, que foi desenvolvido de acordo com os princípios orientadores definidos na obra de Ruivo, Ferrito & Nunes (2010). Desenvolvi uma “investigação centrada num problema real identificado e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução.” (Ruivo, Ferrito & Nunes 2010, p.2). Esta metodologia é constituída por cinco fases: elaboração de um diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento das atividades, execução e avaliação das atividades desenvolvidas e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo, Ferrito & Nunes 2010), sob a forma de relatório de estágio.

O diagnóstico da situação é construído através da identificação de uma problemática que requeira intervenção e resolução. Neste projeto, a problemática são as necessidades de cuidados de saúde dos sobreviventes oncológicos, de forma a promover a adaptação aos problemas inerentes ao período que se segue aos tratamentos. Este projeto tem como finalidade a satisfação das necessidades do sobrevivente oncológico. Os cuidados de Enfermagem são essenciais para a promoção de uma adaptação eficaz à sobrevivência.

Com intuito de aprofundar os conhecimentos teóricos sobre os sobreviventes oncológicos, de forma a aferir as suas necessidades e as intervenções de Enfermagem que as satisfizessem, efetuei uma pesquisa bibliográfica sobre a temática e uma revisão *Scoping* (Apêndice I), com base na questão: *Quais as intervenções de Enfermagem que promovem a adaptação da pessoa à sobrevivência oncológica?* Nesta revisão *Scoping* foram encontrados três artigos que contribuíram para responder à questão de investigação; contudo, a informação recolhida não era suficiente, logo recorri à literatura cinzenta sobre a temática em estudo, bem como à bibliografia dos referidos artigos, na qual obtive informações fundamentais para o desenvolvimento deste projeto. Na terceira fase da metodologia de trabalho, o planeamento, foi elaborado um plano minucioso de atividades, com intuito de dar respostas à problemática identificada e, conseqüentemente, desenvolver competências de prática avançada de Enfermagem.

Para a prestação de cuidados de Enfermagem aos sobreviventes oncológicos, é necessário que o enfermeiro desenvolva competências de especialista em

Enfermagem oncológica, sem as quais não poderá desenvolver uma prática avançada de Enfermagem que garanta um plano de cuidados individualizado (Sun, RN, PhD et al., 2015).

Para o desenvolvimento de competências, a experiência clínica é determinante: “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem aprender pela teoria” (Benner, 2001, p.61). O estágio foi desenvolvido em três contextos clínicos diferentes: num hospital de dia de uma unidade de transplante de medula óssea, numa consulta de hemato-oncologia e no hospital de dia onde presto cuidados. O período de estágio teve a duração total de 450 horas e ocorreu entre 23 de setembro e 7 de fevereiro de 2020.

A escolha dos respetivos locais de estágio teve como objetivos a aquisição e o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista na prestação de cuidados ao sobrevivente oncológico. Foi elaborado um cronograma de actividades que permitiu a gestão eficaz das actividades a desenvolver (Apêndice III).

Durante a realização dos diferentes estágios, pretendeu-se obter e aprofundar conhecimentos sobre as necessidades da população sobrevivente para desenvolver intervenções de Enfermagem que respondam de forma eficaz aos problemas identificados. A aquisição deste conhecimento foi essencial para a estruturar a Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico. Estes períodos permitiram-me colaborar na formação dos meus colegas. A partilha de conhecimentos sobre os sobreviventes oncológicos e as necessidades específicas desta população tornaram o meu projeto mais rico e eficaz.

Os objetivos gerais estabelecidos para o desenvolvimento deste projeto são:

- desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre em Enfermagem médico-cirúrgica que promovam a adaptação do sobrevivente oncológico às alterações provocadas pela doença oncológica e pelo seu tratamento;
- estruturar a CESO.

Para a implementação deste projecto recorri a dois instrumentos de colheita de dados:

- Guião de observação (Apêndice IV)

Nos primeiros dois estágios, foi utilizado um guião de observação com intuito de identificar as necessidades manifestadas pelos sobreviventes oncológicos e as intervenções prestadas pelos Enfermeiros a esta população. Este guião permitiu uma

observação estruturada: os dados foram recolhidos e tratados de uma forma organizada, através de estatística descritiva e análise de conteúdo, tendo em “consideração os objetivos da investigação e as hipóteses a testar” (Robert, 1988, citado por Fortin, 1999, p. 243).

- Questionário (Apêndice V)

Recorri também à elaboração de um questionário como método de colheita de dados. Este foi aplicado nos dois últimos estágios a enfermeiros com experiência em oncologia. Os resultados permitiram, por um lado, identificar o que estes profissionais consideram ser as necessidades dos sobreviventes oncológicos, por outro, observar as intervenções de Enfermagem desenvolvidas neste contexto. A elaboração deste questionário seguiu um conjunto de etapas fundamentais: i) determinar a informação a colher; ii) compilar questões; iii) formular questões; iv) ordená-las; v) submeter o questionário para revisão; vi) realizar o pré-teste; vii) escrever as diretrizes e a introdução (Fortin, 2009). O cumprimento destas etapas contribuiu para a elaboração de um questionário mais claro e rigoroso. Durante a elaboração deste questionário, defini critérios de inclusão⁴ e exclusão⁵ e redigi questões que me permitiram caracterizar os enfermeiros.

A informação recolhida foi analisada à luz de um conjunto de técnicas de interpretação denominadas análise de conteúdo, ou seja, “um conjunto de técnicas de análise das comunicações” (Bardin, 2014, p. 33). Estas visam “obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de comportamentos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam uma inferência de conhecimentos” (Vilelas, 2017, p.388).

Este questionário (Apêndice V) é constituído por perguntas fechadas e abertas. Para as perguntas fechadas foi aplicada uma escala de Lickert: nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes e sempre.

⁴ O questionário só foi aplicado a enfermeiros a prestar cuidados em oncologia.

⁵ Foram excluídos os questionários incompletos e/ou mal preenchidos.

2.1. Considerações éticas e deontológicas

De acordo com Martins (2008), a investigação científica é uma atividade que se deve pautar pelo “rigor, isenção, persistência e humildade” (p.62). Tendo isto em conta, para atingir os objetivos traçados para cada local de estágio, cumprindo sempre com os meus deveres éticos e deontológicos, apresentei e sujeitei o meu projeto à autorização das entidades responsáveis de cada serviço.

Durante a realização dos estágios, tive a preocupação de respeitar os cinco princípios éticos fundamentais em cuidados de saúde: o respeito pela autonomia, a beneficência, a não-maleficência, a justiça e a vulnerabilidade (OE, 2005). Deste modo, nunca deixei de solicitar o consentimento informado, livre e esclarecido para a observação e/ou prestação de cuidados de saúde, tal como descrito no artigo 84.º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (OE, 2005). Por conseguinte, também salguei o anonimato, a confidencialidade e a privacidade de todas as pessoas a quem o guião de observação (Apêndice IV) foi aplicado, de acordo com o artigo 85.º do CDE (OE, 2005).

As enfermeiras-chefes dos locais de estágio B e C analisaram e aprovaram o conteúdo do questionário (Apêndice V) que foi aplicado nestes serviços. De modo a assegurar o princípio da não-maleficência, foi pedido um consentimento livre e esclarecido, por escrito, a todos os enfermeiros que preencheram os questionários. Este consentimento informa o utilizador do âmbito e dos objetivos do projeto, garantindo a autonomia dos participantes, conforme o artigo 84.º do CDE (OE, 2005).

A confidencialidade e o anonimato foram assegurados no preenchimento e tratamento dos dados dos questionários, tendo por base o artigo 85.º do CDE (OE, 2005). Estive disponível para esclarecer dúvidas durante o preenchimento dos mesmos, respeitando o princípio da beneficência e da justiça (Fortin, 2009; OE, 2005). De igual modo, foram garantidos os direitos das pessoas ao acesso à informação, à privacidade, à escolha e à autodeterminação (OE, 2005).

Durante a realização dos trabalhos desenvolvidos nos três locais de estágio, foi mantido o anonimato, a confidencialidade e o respeito legal, de modo a cumprir a regulação de proteção de dados, em concordância com o artigo 85.º do CDE e artigo 8.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) (OE, 2015).

Por último, ao longo deste percurso académico, procurei a excelência do exercício da profissão, descrita no artigo 88.º do CDE (OE, 2005).

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Para cada local de estágio, foram delineados objetivos específicos: identificar a missão, os objetivos e a organização estrutural e funcional dos serviços; integrar a equipa interdisciplinar e aprofundar conhecimentos sobre a temática. Para atingir os objetivos foram definidas atividades específicas para cada local de estágio. Neste subcapítulo serão também realizadas a análise e a reflexão crítica do cumprimento dos objetivos e atividades efetuadas, assim como do seu contributo para o desenvolvimento de competências especializadas comuns e específicas, pessoais e profissionais.

A integração na equipa multidisciplinar baseou-se na partilha de conhecimentos, na discussão dos objetivos específicos para cada estágio, na colaboração profissional e na apresentação do projeto de estágio. De seguida, é descrita a estrutura física e dinâmica de cada local de estágio.

Com o intuito de atingir o primeiro objetivo foram consultadas as normas de cada serviço e foi realizada a análise da dinâmica funcional e da estrutura física dos serviços. Foi-me apresentada a equipa multidisciplinar do serviço, realizei uma visita às instalações e disponibilizaram-me as normas e os protocolos para consultar.

3.1. Hospital de Dia de uma Unidade de Transplante de Medula – Serviço A

Este estágio teve como objetivos gerais desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados de Enfermagem ao sobrevivente oncológico e criar linhas orientadoras/protocolos de intervenção de Enfermagem promotoras da adaptação do sobrevivente oncológico às alterações provocadas pelo cancro e pelo seu tratamento. Foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a dinâmica organizacional, estrutural e multidisciplinar do serviço;
- Identificar as necessidades do sobrevivente oncológico e as intervenções de Enfermagem adequadas;
- Cuidar da população sobrevivente, mobilizando o conhecimento científico para promover a adaptação à sobrevivência;
- Identificar os problemas mais comuns da população sobrevivente submetida a terapêutica antineoplásica;
- Elencar as intervenções de Enfermagem prestadas a esta população;

- Reforçar o pensamento reflexivo e crítico na prática de cuidados;
- Participar em eventos de carácter científico que orientem a minha prática clínica e fundamentem a minha intervenção enquanto enfermeira especialista em Enfermagem oncológica.

As atividades delineadas para atingir estes objetivos encontram-se apresentadas no plano de atividades de estágio (Apêndice VI). Foi realizada a apresentação do projeto à equipa, que se mostrou bastante motivada e interessada na temática, participando activamente na sessão.

De modo a sustentar cientificamente este projeto de intervenção, foi realizada uma revisão *Scoping* (Apêndice I) de acordo com a metodologia proposta pelo *The Joanna Briggs Institute* (2015). Esta revisão permitiu-me mapear as intervenções de Enfermagem que são prestadas ao sobrevivente oncológico.

Depois da revisão *Scoping* (Apêndice I) e da pesquisa bibliográfica, identifiquei as principais necessidades dos sobreviventes oncológicos (os efeitos secundários a longo prazo e/ou tardios dos tratamentos oncológicos) e a natureza das mesmas. Constatei que podem ser físicas, emocionais, económico-sociais, espirituais e/ou estar relacionadas com o bem-estar e a qualidade de vida. Tornou-se clara a importância das intervenções de Enfermagem direccionadas para promover a adaptação à sobrevivência oncológica. Feita a revisão *Scoping* e a pesquisa bibliográfica, cheguei à conclusão de que a existência de programas multidisciplinares (referidos no enquadramento teórico) direccionados para o acompanhamento do sobrevivente oncológico são uma necessidade que não pode ser ignorada.

Estes resultados serviram de base à elaboração do meu guião de observação (Apêndice IV). Nele, registei as necessidades dos sobreviventes oncológicos neste contexto e as intervenções de Enfermagem desenvolvidas para promover uma adaptação deste grupo ao período que se segue aos tratamentos. A realização deste estágio exigiu a pesquisa contínua de documentos sobre esta população, nomeadamente sobre o grupo de transplantados de medula óssea.

A leitura dos documentos do serviço permitiu-me integrar e compreender quer a missão quer a filosofia deste serviço. Esta documentação remete para a prestação de cuidados centrada na pessoa, não só durante o transplante mas também nos períodos que o antecedem e sucedem. A prestação destes cuidados requer competências técnico-científicas, experiência profissional, sensibilidade e compaixão para garantir qualidade de vida e bem-estar após este tratamento que, embora seja essencial, tem frequentemente muitos efeitos secundários que interferem na

qualidade de vida das pessoas. Os cuidados de Enfermagem, independentemente do diagnóstico médico, são centrados na promoção da adaptação da pessoa às necessidades criadas pela doença e/ou pelo tratamento: “Cancer and its associated treatment may negatively impact the survivors’ physical well-being, and these effects can be debilitating and severe” (Mullen & Mistry, 2018, p.337).

O serviço A é composto por um internamento e por um Hospital de Dia (HD). Este serviço presta cuidados pré, peri e pós transplante de medula óssea, sendo que o HD é mais direcionado para os períodos de pré e pós transplante e o internamento para o peri-transplante.

O HD funciona todos os dias das 8h às 23h e, no período das 23h às 8h, caso haja necessidade de cuidados, as pessoas são encaminhadas para o serviço de atendimento não programado.

O HD é composto por duas alas, uma sala de convívio e um refeitório para os doentes. Numa das alas, estão localizados os gabinetes médicos de consulta, o gabinete administrativo, o gabinete da enfermeira-chefe e a sala da pediatria, equipada com jogos, brinquedos e atividades lúdicas dedicadas à população mais jovem. Esta sala também é utilizada por algumas crianças para terem aulas. A sala de convívio está equipada com cadeirões, sofás e televisão, onde as pessoas podem aguardar pelas consultas e/ou cumprir o tratamento prescrito. A outra ala do HD é constituída por um posto de trabalho para dois administrativos, uma sala de exames, uma sala de hospital de dia onde se realizam as citaféreses e fotoféreses extracorporais, uma sala de colheitas, uma sala de Enfermagem e três quartos.

A equipa envolvida no transplante de medula óssea é multidisciplinar e diversificada: assistentes administrativos, assistentes operacionais, assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos, entre outros.

Após o transplante são os enfermeiros e os médicos que mantêm o contacto mais próximo com o sobrevivente oncológico. A equipa de Enfermagem no HD é constituída por nove enfermeiros e é distinta da equipa do internamento, apesar de ter a mesma chefia.

Numa fase pré transplante são efetuadas avaliações dos dadores encaminhados pelo Centro Nacional de Dadores de Células de Medula Óssea, Estaminais ou de Sangue do Cordão (CEDACE).

Na consulta de Enfermagem de admissão e preparação para o transplante, os doentes e os doadores são preparados para a colheita de células periféricas precursoras da hematopoiese (CPPH). Na fase posterior ao transplante, os

sobreviventes são encaminhados para o HD para a colheita de sangue para análises e para uma consulta médica. O acompanhamento destas pessoas, depois da intervenção, depende do tipo de transplante a que o doente foi sujeito, sendo que, para a população sobrevivente do transplante autólogo de progenitores hematopoiéticos (TAPH), o acompanhamento pode prolongar-se por tempo indeterminado, nunca inferior a 5 anos.

O acompanhamento multidisciplinar destes doentes é realizado desde que é efetuado o diagnóstico. Os enfermeiros têm a seu cargo a gestão de complicações gastrointestinais e o controlo da sintomatologia, bem como a administração de transfusões, de soroterapia, de antibióticos e de antivirais. O serviço estruturou linhas orientadoras de acompanhamento de Enfermagem ao sobrevivente de transplante; no entanto, estas não estão a ser postas em prática por falta de recursos.

Para a prestação de cuidados centrados na pessoa, os enfermeiros têm de se dotar de conhecimentos e competências técnico-científicas que lhes permitam criar um ambiente de confiança no qual a pessoa se sinta à vontade para partilhar as suas preocupações.

O guião de observação (Apêndice IV) foi aplicado durante a prestação de cuidados a sobreviventes. Os dados colhidos foram registados nos guiões e posteriormente analisados. Dessa análise (Apêndice VII) verifica-se que:

- Caracterização: a média de idades das pessoas é de 39 anos, existem tantas mulheres como homens, na maioria são casadas e têm atividades de lazer diversas.
- Na prestação de cuidados foram referenciados alguns sintomas que eram frequentes durante a realização de tratamentos, tais como: a fadiga (100%), o medo e/ou ansiedade (100%), seguidos das infeções (83%) e das náuseas e vômitos (67%).
- Após os tratamentos, os sinais e os sintomas mais prevalentes são a dor e as infeções (83%) seguidos das alterações da imagem corporal, a fadiga e o medo e/ou ansiedade (67%). As infeções surgem, neste contexto, como um sinal e/ou sintoma muito frequente, devido à especificidade dos transplantes de medula óssea, que debilitam o sistema imunitário.
- Além das necessidades físicas, também os aspetos emocionais e sociais se alteram na fase de sobrevivência (Apêndice VII).
- As alterações nas relações familiares, as dificuldades em regressar ao trabalho, o medo de uma recaída, a incerteza e o isolamento social foram os

aspectos mais verbalizados durante a interação com os sobreviventes oncológicos (Apêndice VII). No que respeita ao emprego, a lei portuguesa prevê que, ao fim de três anos de atestado por doença, as pessoas sejam reformadas compulsivamente (Lei nº 35/2014). Os tratamentos oncológicos e os transplantes de medula podem prolongar-se durante muitos meses ou mesmo anos. Uma das sobreviventes a quem prestei cuidados tinha 41 anos e estava reformada contra a sua vontade. A evolução da doença exigiu a realização de dois transplantes e vários tratamentos durante mais de três anos (Apêndice VII). Neste contexto, os efeitos secundários do cancro e dos tratamentos que lhe estão inerentes conduziriam a um reajustamento da sua atividade profissional, se a lei o permitisse. Contudo, teve de deixar a atividade profissional, porque o período de atestado médico foi superior a 3 anos: *“The side effects of cancer treatments, such as those mentioned previously, can interfere with survivors’ ability to perform certain types of work, which may force them to make adjustments on their workload or hours of work”* (Mullen & Mistry, 2018).

- A população sobrevivente refere que o medo de uma recaída provoca um aumento dos níveis de stress e de ansiedade, quando se aproximam os exames complementares de diagnóstico e de reavaliação (Apêndice VII): *“Similarly, a fear of cancer recurrence was the most reported unmet need, further supporting previous literature”* (Pongthavornkamol et al., 2019, p. 370).

Perante esta situação, os Enfermeiros desenvolvem intervenções de Enfermagem no sentido de facilitar a adaptação à nova realidade, melhorar o bem-estar e, consequentemente, a qualidade de vida.

No contexto de hospital de dia é estabelecido um plano de cuidados personalizado de adaptação à sobrevivência: *“Patients are also concerned about the symptoms of cancer, cancer treatment side effects, and the social and psychologic problems associated with cancer, particularly after undergoing chemotherapy. In order to support these patients, nurses need to use a holistic approach”* (Bahrami et al., 2012, p.338). As intervenções de Enfermagem visam não só a gestão dos efeitos secundários, a curto e a longo prazo, mas também os cuidados psicossociais específicos para população sobrevivente de doença oncológica (Pongthavornkamol et al., 2019).

Os enfermeiros têm uma intervenção fundamental na vigilância/gestão de sintomas/efeitos secundários dos tratamentos, na minimização da ansiedade, na escuta ativa e na demonstração de disponibilidade (100%) (Apêndice VII).

Algumas das intervenções de Enfermagem mais frequentes são: a promoção da esperança, a adesão à terapêutica, a informação sobre os cuidados a ter na prevenção de infeções, a gestão de expectativas (83%), a promoção de estratégias de adaptação às alterações corporais, o recurso a uma alimentação adequada, a manutenção dos papéis (familiares, sociais, laborais, etc.) e a promoção da autoestima (67%) (Apêndice VII).

A este propósito convém notar que cada vez mais autores referem a necessidade de uma mudança paradigmática na função dos enfermeiros no cuidado ao sobrevivente oncológico: *“The role of the oncology nurse traditionally has been to coordinate care during treatment; that role needs to expand to include a focus beyond treatment to the needs of cancer survivors”* (Grant et al., 2010, p.715)

Ao longo do estágio, elaborei um estudo de caso (Apêndice VIII) de uma doente que tinha sido tratada no hospital de dia onde trabalho. Durante este estágio, tive a oportunidade de lhe prestar cuidados e de elaborar um plano personalizado de cuidados.

A Enfermagem utiliza o estudo de caso como um dos métodos de aprendizagem/reflexão mais antigos e eficientes: “um estudo de caso clínico, [tem como finalidade] (...) guiar o profissional de enfermagem, incentivar a reflexão acerca dos resultados encontrados e fornecer uma ‘sequência’ para a apresentação do estudo de caso e elaboração do relatório” (Galdeano, Rossi, & Zago, 2005 p.371). No referido estudo de caso, fiz uma colheita de dados pormenorizada, com base na teoria de adaptação de Callista Roy, que me permitiu identificar necessidades e desenvolver intervenções de Enfermagem direcionadas para a promoção da adaptação da sobrevivente à “nova realidade” (Tomey & Alligood, 2004).

A formação especializada é essencial para a aquisição de um conjunto de saberes e competências que contribuem para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e, conseqüentemente, do bem-estar das pessoas. Às recomendações internacionais, à matéria de reflexão e ao debate durante o período de especialização (Sun, RN, PhD et al., 2015), somam-se o treino individual e a formação contínua.

Neste sentido, durante a realização deste estágio, participei no *Congresso de Oncosexologia Portugal, 2019* – prevenção, investigação e clínica. As comunicações

apresentadas contribuíram para o aprofundamento dos conhecimentos fundamentais para a abordagem e para intervenção direcionada da temática (Apêndice IX).

Durante este estágio tive a oportunidade de participar, como palestrante, no *CUF UPDATE IN ONCOLOGY: Learning, Researching and Caring for Cancer Patients*. Apresentei uma comunicação sobre a importância das intervenções de Enfermagem durante o período de sobrevivência oncológica (Apêndice X). Também estive presente no *Ovarian Cancer Summit*, no qual adquiri conhecimentos sobre a fisiopatologia do cancro do ovário, os novos tratamentos e os efeitos secundários a que a população sobrevivente está sujeita (Apêndice IX).

3.2. Consulta de Enfermagem de Hemato-oncologia – Serviço B

Na consulta de Enfermagem de Hemato-oncologia de um centro especializado, foram desenvolvidas competências técnicas e científicas na prestação de cuidados de Enfermagem ao sobrevivente oncológico.

Os objetivos específicos estabelecidos para este local de estágio foram:

- compreender a dinâmica organizacional, estrutural e multidisciplinar do serviço;
- prestar cuidados de Enfermagem ao sobrevivente oncológico, mobilizando o conhecimento científico para promover a adaptação à nova condição de vida;
- identificar os problemas mais comuns da população sobrevivente de doença oncológica e as consequentes intervenções de Enfermagem;
- observar a estruturação do acompanhamento do sobrevivente oncológico em consulta de Enfermagem.

Selecionei este local para a realização do estágio, por ser um centro de referência no diagnóstico e tratamento do cancro. Este centro oncológico está organizado e estruturado em unidades direcionadas para pessoas com patologias específicas. Estas unidades são responsáveis pelo acompanhamento dos doentes e das suas famílias.

Desenvolvi o meu estágio na consulta de hemato-oncologia. Esta consulta é constituída por uma equipa de três enfermeiras com experiência profissional, maioritariamente em hemato-oncologia, e funciona de segunda a sexta, das 8h às 20h. Tem como finalidade acompanhar a pessoa com doença hemato-oncológica desde o diagnóstico até ao fim de vida.

As consultas de Enfermagem mantêm-se a cada ciclo de tratamento para a monitorização de efeitos secundários. Após a consulta médica e a consulta de Enfermagem, a pessoa dirige-se ao hospital de dia para lhe ser administrado o tratamento. Entretanto, o médico prescreve o tratamento, os enfermeiros do hospital de dia validam-no e os farmacêuticos confirmam-no e preparam-no. Quando chega ao hospital de dia, o tratamento é validado por dois enfermeiros e é administrado.

Observei um turno no hospital de dia, de modo a entender o seu funcionamento e o percurso da pessoa durante o tratamento. A equipa do hospital de dia tem doze enfermeiros. O serviço está apetrechado com 32 cadeirões separados por biombos de madeira. Cada espaço tem um televisor e uma cadeira para um acompanhante.

À saída das consultas, é agendada uma nova colheita de sangue para análises, que é realizada no laboratório, uma consulta de enfermagem, uma consulta médica, bem como o respetivo tratamento. Estas consultas mantêm-se durante as diferentes linhas terapêuticas.

Ao contrário das consultas médicas de acompanhamento, as consultas de Enfermagem não são agendadas para o período posterior ao fim dos tratamentos. Tendo em conta a estrutura do local de estágio, tomei como sobrevivente oncológico todos os doentes que tinham terminado a primeira linha terapêutica prescrita. Só assim foi possível acompanhar e monitorizar os efeitos secundários a longo prazo e tardios dos tratamentos.

Este serviço oferece uma linha de atendimento telefónico. Os doentes devem entrar em contacto com a unidade sempre que tenham dificuldade em gerir sinais e/ou sintomas. Esta linha de atendimento telefónico está disponível 24h, sendo que, após as 20h, são os colegas do internamento que atendem os doentes. Esta linha permite a realização de *follow-up* e gestão de sintomas.

O hospital não tem serviço de urgência, pelo que a consulta também dá apoio às pessoas que tenham necessidade de atendimento não programado durante o horário de funcionamento da unidade. À noite, de modo a assegurar uma continuidade efetiva dos cuidados prestados, a equipa do internamento, quando atende chamadas de doentes, envia um e-mail para a unidade de hemato-oncologia a relatar o sucedido. As situações de urgência/emergência, durante a noite, são encaminhadas para um hospital que disponha de atendimento permanente. Esta unidade também dá apoio à realização dos mielogramas e biopsias ósseas.

Tive a oportunidade de assistir a três turnos na unidade da mama deste centro. Esta unidade é certificada pela *Breast Centres Certification* e dá apoio a mulheres com

cancro de mama nas várias fases de diagnóstico, tratamento e sobrevivência. Estes turnos revelaram-se bastante proveitosos. Observei a tatuagem dos mamilos, que é um cuidado de grande importância para a autoestima, autoconfiança e intimidade da população sobrevivente. Quem realiza a técnica é uma enfermeira que realizou formação específica em tatuagem de mamilos e desenvolve a técnica de modo muito competente. Durante a realização da tatuagem, a enfermeira dá apoio emocional, gere a ansiedade e consequentemente também promove uma sexualidade saudável.

Durante o estágio realizei consultas de Enfermagem com os sobreviventes oncológicos. Identifiquei necessidades que prevalecem após o término da primeira linha terapêutica e desenvolvi intervenções de adaptação à nova realidade.

Foram preenchidos sete guiões de observação e, de acordo com a informação recolhida:

- Caracterização: a média de idades é de 70 anos, são maioritariamente mulheres, têm formação académica superior (licenciatura em diferentes áreas) e referem, como atividades de lazer, as caminhadas, a ginástica, entre outras (Apêndice VII).
- Durante a primeira linha terapêutica, os sintomas mais prevalentes foram a fadiga (100%), seguida das alterações intestinais (71%) e da neuropatia periférica (71%).
- Depois do fim da primeira linha terapêutica, a fadiga, anteriormente sentida por 100% dos entrevistados, passa a ser sentida apenas por 43% dos doentes. Nota-se um aumento significativo do medo e da ansiedade (86%). A percentagem de doentes que sofre de neuropatia periférica mantém-se elevada (57%).
- No que respeita aos aspetos emocionais e sociais, apenas uma pessoa referiu alterações nas relações familiares (n=1); contudo, três pessoas mencionam alterações ou dificuldades em regressar ao trabalho (n=3); o medo de uma recaída e de viver na incerteza é mencionado por cinco pessoas (n=5); o isolamento social foi referenciado por quatro pessoas (n=4).

Quanto às intervenções de Enfermagem desenvolvidas para promover a adaptação à sobrevivência, os enfermeiros demonstram uma disponibilidade total (100%) para a escuta ativa da população sobrevivente. Os enfermeiros realizam a gestão de ansiedade (86%), vigiam e gerem os sintomas/efeitos secundários tardios dos tratamentos (86%), incentivam a participação e/ou retoma de atividades sociais e também promovem a realização de exercício físico adequado (71%) (Apêndice VII).

Todos os planos de cuidados são individualizados e as intervenções são adequadas às necessidades de cada sobrevivente. Segundo Callista Roy & Andrews (2001), as respostas adaptáveis “são aquelas que promovem a integridade da pessoa em termos de objetivos de adaptação: sobrevivência” (p. 25).

Durante a realização deste estágio, elaborei um questionário (Apêndice V) sobre as necessidades que os enfermeiros identificam na população sobrevivente de doença oncológica e as intervenções que desenvolvem para as colmatar. Este questionário foi ancorado na pesquisa científica realizada sobre a temática e foi validado por peritos, enfermeiros com mais de 10 anos de experiência em oncologia, bem como pela minha orientadora da ESEL. O questionário está dividido em quatro partes: (1) caracterização dos participantes, (2) acompanhamento de Enfermagem ao sobrevivente oncológico, (3) reconhecimento das necessidades da população sobrevivente de doença oncológica pelos enfermeiros nos diferentes domínios e, por último, (4) os cuidados de Enfermagem dirigidos ao sobrevivente oncológico.

Neste questionário, foi utilizada a escala de Likert e questões de resposta abertas. Este questionário (Apêndice V) foi aplicado aos enfermeiros da equipa multidisciplinar, das diferentes patologias, bem como às enfermeiras da unidade da mama e do hospital de dia. Os enfermeiros que preencheram o questionário foram maioritariamente do sexo feminino (n=20), com uma média de idades de 33 anos. A média de anos de profissão foi de 10,4, sendo que 7,2 anos é a média de anos de experiência profissional em oncologia e 6,8 a média de anos de cuidados prestados a doentes oncológicos submetidos a terapêuticas antineoplásicas. No que concerne à formação académica, os vinte e dois enfermeiros têm licenciatura, destes nove concluíram a especialidade, cinco têm mestrado e outros cinco pós-graduações em oncologia.

Da análise de conteúdo efetuada (Apêndice VII), verifico que, no acompanhamento de Enfermagem ao sobrevivente oncológico, 77% dos Enfermeiros consideram que o sobrevivente oncológico necessita sempre de acompanhamento estruturado da equipa de Enfermagem. Porém, a inexistência de protocolos de orientação para o acompanhamento de população sobrevivente dificulta este acompanhamento de modo eficaz e com base na evidencia científica, pois *“Survivorship care is essential to the health and wellness of patients with cancer and is continually being refined. As oncology care evolves to meet the survivorship needs of patients, a nursing model is feasible and provides quality supportive survivorship care”* (O'Brien et al., 2014, p. 13).

Os enfermeiros (73%) referem que neste centro existe sempre um contacto telefónico disponível 24h por dia, sendo o atendimento realizado pela equipa de Enfermagem oncológica para apoiar e gerir os sintomas dos sobreviventes. Todavia, o *follow-up* telefónico depois do fim da primeira linha terapêutica é realizado algumas vezes, de acordo com 18% enfermeiros, muitas vezes, segundo 5% dos enfermeiros, e, para 14% dos enfermeiros, este acompanhamento é feito sempre. Quanto ao *follow-up* realizado depois do fim da primeira linha terapêutica, 27% enfermeiros responderam nunca, outros 27% afirmaram que é realizado poucas vezes. Apesar da frequência diminuta, 36% dos enfermeiros dizem que a consulta é realizada muitas vezes num gabinete, respeitando a privacidade necessária para os cuidados de Enfermagem.

Quando o sobrevivente oncológico vem à consulta médica agendada, 36% dos enfermeiros afirmam que o contacto com esta população se dá muitas vezes ou, de acordo com 18% dos enfermeiros, sempre. Ocorre algumas vezes para 27% dos enfermeiros, quando os doentes vêm colher sangue para análises e/ou ser puncionados para exames complementares de diagnóstico. Também acontece quando a população sobrevivente recorre ao enfermeiro por descontrolo sintomático. Neste caso 59% dos enfermeiros dizem que o contacto ocorre sempre. Segundo 23% dos Enfermeiros o contacto com os sobreviventes oncológicos em consulta de Enfermagem planeada ocorre muitas vezes. A mesma percentagem de enfermeiros indica que este contacto ocorre sempre; no entanto uma percentagem maior (27%) nunca contacta com a população sobrevivente em consulta de Enfermagem planeada.

A consulta de Enfermagem, devidamente estruturada e conduzida pelo enfermeiro, tem um potencial que não pode ser ignorado, uma vez que “oferece inúmeras vantagens na assistência ao doente e família, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoces, além da prevenção de situações evitáveis” (Paz de Oliveira, Oliveira Queiroz, de Melo Matos, Falconieri de Moura, & Teixeira Lima, 2012, p. 156).

Concluída a caracterização dos profissionais e o acompanhamento dos sobreviventes oncológicos neste centro de referência, analisei as necessidades de cuidados que os enfermeiros identificaram no quotidiano da sua prática profissional nos vários domínios.

No que diz respeito ao domínio físico, os enfermeiros reconhecem nos sobreviventes oncológicos os seguintes efeitos secundários: a fadiga (68% muitas vezes), as alterações do sono (55% muitas vezes), a anorexia (59% muitas vezes), a

anemia (59% algumas vezes), a osteoporose (41% algumas vezes), a dor (59% muitas vezes), as alterações cutâneas (41% algumas vezes, 32% muitas vezes), as alterações do peso (55% muitas vezes), as alterações intestinais (50 % muitas vezes), os problemas urinários (50% algumas vezes), os problemas digestivos (77% algumas vezes), os problemas circulatórios (55% algumas vezes), a neuropatia periférica (59% muitas vezes), as alterações da sexualidade (45% algumas vezes), as alterações da cavidade e mucosa oral (41% algumas vezes, 41% muitas vezes), as alterações dos dentes, deglutição e mastigação (45% algumas vezes), as alterações da memória (50% muitas vezes) e as alterações da concentração (45% muitas vezes).

Estes sintomas estão amplamente evidenciados na literatura da especialidade: *“the presence of frequently reported symptoms (e.g., fatigue, pain, sleep disturbances, and numbness in the hands/feet) and their influence on diminishing QoL among different types of cancer survivors after the completion of first-line treatment”* (Pongthavornkamol et al., 2019, p. 370).

Prosseguindo a análise dos questionários, relativamente ao domínio emocional, os enfermeiros questionados identificaram muitas vezes as seguintes manifestações: a incerteza em relação ao futuro e a ansiedade (73%); as alterações da imagem corporal (64%); o medo da recaída (55%); a tristeza (50%); as alterações de humor (50%) e a redefinição do conceito de normalidade (50%).

Mais uma vez, as conclusões deste questionário são análogas às encontradas na evidência científica: “cancer survivors often have psychological problems, loneliness, anxiety, and depression, all of which are emotional reactions after a cancer diagnosis and after experience with the side effects of treatment” (Pongthavornkamol et al., 2019, p. 364).

No domínio económico-social, os enfermeiros identificaram muitas vezes dificuldades em regressar ao trabalho (41%) e alterações na gestão das tarefas domésticas (50%). No regresso ao trabalho, esta preocupação encerra amiúde angústias mais profundas

the primary interest is probably to secure your (family's) living expenses. From a psychosocial point of view, work can provide the opportunity to reconnect with and to regain relationships with friends and colleagues and is a source of self-worth and purpose for many people (Mitsimpon & Rauh, 2017, p.17).

São ainda referidos os problemas financeiros (36% algumas vezes e 27% muitas vezes) e do isolamento social (32% algumas vezes e 23% muitas vezes). É interessante notar que 45% dos enfermeiros referem que o isolamento social acontece poucas vezes: *“The effect of cancer and its treatments affects people's ability to be*

intimate or have personal relationships, and the effect can persist beyond diagnosis and the treatment period” (Mullen & Mistry, 2018, p. 342).

No domínio espiritual (45%) dos Enfermeiros dizem que a população sobrevivente demonstra muitas vezes preocupações com o fim da vida. No que diz respeito ao apoio religioso e espiritual, 55% dos enfermeiros afirmam que estas preocupações só acontecem algumas vezes. Quanto ao *distress* religioso ou espiritual, 45% dos enfermeiros referem que ocorre algumas vezes. Ainda 55% dos enfermeiros identificam poucas vezes a perda de fé.

No domínio do bem-estar e qualidade de vida, os enfermeiros (45%) identificam muitas vezes a preocupação com os efeitos secundários a longo prazo. Os enfermeiros referem algumas vezes (32%) a necessidade de o sobrevivente manter uma ligação com a instituição e profissionais de saúde. Também alegam muitas vezes (45%) que os sobreviventes têm a quem ligar quando têm problemas de saúde e, de acordo com estes profissionais mantêm algumas vezes (41%) o médico de família ou assistente informado das suas necessidades. Metade dos enfermeiros (50%) reconhecem que as pessoas recorrem a terapias alternativas e/ou complementares.

Quanto aos cuidados, apesar de não haver nem uma consulta de Enfermagem nem um plano estruturado de cuidados ao sobrevivente, os Enfermeiros referem que conseguem realizar algumas intervenções isoladas que contribuem para a adaptação desta população à sobrevivência:

- incentivam a população sobrevivente a adquirir uma alimentação adequada (36% muitas vezes; 50% sempre);
- promovem o autocuidado de higiene e conforto (32% muitas vezes; 45% sempre);
- diligenciam uma higiene oral adequada (50% muitas vezes; 36% sempre);
- incentivam a hidratação cutânea adequada (45% muitas vezes);
- incentivam a hidratação oral adequada (45% sempre);
- aconselham hábitos de sono saudáveis (50 % muitas vezes);
- impulsionam a realização de exercício físico adequado (55% muitas vezes);
- promovem uma sexualidade saudável (45% muitas vezes);
- gerem sintomas/efeitos secundários tardios dos tratamentos (45% sempre);
- esclarecem os cuidados a ter na prevenção de infeções (45% sempre);
- previnem quedas (ex: na neuropatia periférica) (50% muitas vezes);
- propõem estratégias de adaptação às alterações corporais (50% muitas vezes);

- sugerem exercícios que melhorem a memória e a concentração (32% muitas vezes);
- incentivam a adoção de estratégias de gestão do tempo (45% muitas vezes);
- motivam para a manutenção de papéis (41% muitas vezes);
- estimulam a participação ou retoma das atividades sociais (50% sempre);
- promovem a assunção dos cuidadores (50% muitas vezes);
- gerem a terapêutica (55% muitas vezes);
- demonstram disponibilidade para a relação interpessoal (73% sempre);
- promovem a esperança (50% sempre);
- estimulam a autoestima (50% sempre);
- gerem expectativas (50% sempre).

Todas as intervenções identificadas e desenvolvidas com população sobrevivente não estão planeadas em conformidade com o processo de Enfermagem descrito por Callista Roy (2001), pois não respeitam as diferentes etapas, a saber: a avaliação dos comportamentos e estímulos, o diagnóstico de Enfermagem, o estabelecimento do objetivo, a intervenção e a avaliação. Para que este processo seja colocado em prática é necessário criar um ambiente propício à realização da consulta de Enfermagem. Esta estratégia de intervenção do enfermeiro durante o atendimento ao doente é estrutural e facilita a identificação de problemas e a tomada de decisão (Paz de Oliveira, Oliveira Queiroz, de Melo Matos, Falconieri de Moura, & Teixeira Lima, 2012).

A integração desta consulta de Enfermagem na equipa multidisciplinar é fundamental para uma abordagem holística do sobrevivente, visto que as suas necessidades são de vários domínios específicos de intervenção. Daí que os Enfermeiros deste centro também promovam o encaminhamento da população sobrevivente de doença oncológica para outro tipo de profissionais de saúde. Conseguiu-se apurar que os enfermeiros: (36%) fazem sempre encaminhamento para o médico; (50%) para o dietista/ nutricionista algumas vezes; (36%) para o assistente social algumas vezes; (27%) para o fisioterapeuta muitas vezes; (36%) para o psicólogo muitas vezes; (27%) para o psiquiatra algumas vezes e (27%) muitas vezes.

A abordagem multidisciplinar e a integração do sobrevivente oncológico são fundamentais para a prestação de cuidados de referência: “*Successful oncology care incorporates the knowledge and experience of a multidisciplinary team of healthcare providers*” (O’Brien et al., 2014, p. 13).

De modo a organizar a consulta de Enfermagem para o sobrevivente oncológico, decidi elaborar um fluxograma (Apêndice XI) que me permitisse estruturar o acompanhamento do sobrevivente oncológico.

Por fim, procurei sensibilizar a equipa para a necessidade de manter o acompanhamento das pessoas após terem terminado a primeira linha terapêutica. É necessário estabelecer um plano de cuidados personalizado que inclua as avaliações necessárias e estabeleça novos objetivos que respondam às necessidades identificadas.

3.3. Hospital de Dia de Hemato-Oncologia – Serviço C

O hospital de dia faz parte de uma rede hospitalar que visa a prestação de cuidados integrados e especializados, centrados na pessoa e na sua família, durante todo o percurso de saúde/doença. As diferentes unidades desta rede de cuidados estão interligadas entre si, garantindo uma assistência integrada, completa e multidisciplinar da pessoa e da sua família.

Esta instituição pretende disponibilizar uma oferta completa e multidisciplinar na prevenção, diagnóstico e tratamento do cancro, investindo na inovação, investigação e formação, sem descurar a humanização dos cuidados. Este investimento tem como objetivo contribuir para o bem-estar físico, mental e social do doente durante o seu percurso na instituição.

O hospital de dia de hemato-oncologia presta cuidados a todos os doentes oncológicos e às suas famílias. Está apetrechado com seis cadeirões e quatro camas e funciona de segunda a sexta das 8h às 18h e, ao sábado, das 9h às 13h. A Equipa de Enfermagem é constituída por sete profissionais. Diariamente, são realizados tratamentos antineoplásicos e são feitas colheitas de sangue para análises. A equipa dá apoio aos doentes que vêm em situação de urgência e realiza outros procedimentos como, por exemplo, a manutenção de cateteres venosos centrais.

O contacto com a equipa de Enfermagem pode ser feito presencialmente ou por telefone. A equipa está disponível 24 horas por dia para o acompanhamento da pessoa e da sua família. A articulação com a equipa multidisciplinar é operacionalizada sempre que se justifique. Assim sendo, posso afirmar que o acompanhamento dos doentes é iniciado a partir do diagnóstico. No entanto, após o tratamento, o acompanhamento dos sobreviventes é destruturado e carece de uma norma/protocolo orientador, pelo que se tornou pertinente a realização e implementação deste projeto.

De modo a dar continuidade à implementação do projeto, estabeleci os seguintes **objetivos gerais**:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista na prestação de cuidados de Enfermagem oncológica;
- Conceber linhas orientadoras/protocolos de intervenção de Enfermagem que promovam uma boa adaptação do sobrevivente oncológico às alterações provocadas pelo cancro e pelo seu tratamento;
- Planear a CESO.

Os **objetivos específicos** são os seguintes:

- Dar a conhecer à equipa multidisciplinar o projeto;
- Elencar os problemas mais comuns da população sobrevivente de doença oncológica e as intervenções de Enfermagem desenvolvidas para a sua resolução;
- Discutir com a equipa de Enfermagem o planeado para a CESO;
- Organizar a CESO;
- Prestar cuidados de Enfermagem ao sobrevivente oncológico, mobilizando o conhecimento científico obtido, promovendo a adaptação à sobrevivência.

Para envolver a equipa multidisciplinar no meu projeto, fiz uma apresentação, com oportunidade de discussão, à equipa de enfermagem. Estavam presentes mais de metade dos enfermeiros que constituem a equipa. Realizei outra apresentação do projeto numa reunião de equipa multidisciplinar do serviço, que se realiza todas as terças-feiras às 8h, que inclui um enfermeiro do hospital de dia (habitualmente o enfermeiro chefe), um enfermeiro do piso de internamento de oncologia, médicos, nutricionista e psicólogo.

Para atingir os objetivos propostos, apliquei os questionários aos enfermeiros com as quais trabalho diariamente, incluindo a enfermeira chefe. Após a análise de conteúdo (Apêndice VII) destes questionários, verifiquei que: a média de idades dos participantes é de 44 anos; em média os enfermeiros têm 20 anos de experiência como enfermeiros, dos quais 17 anos a trabalhar em oncologia com doentes submetidos a tratamentos antineoplásicos. Dos oito participantes, sete têm licenciatura e apenas um tem bacharelato. Como formação adicional, dois dos participantes têm especialidade, um tem mestrado e outro uma pós-graduação.

No que respeita ao acompanhamento de Enfermagem ao sobrevivente oncológico: 63% dos enfermeiros consideram que é sempre necessário um acompanhamento estruturado pela equipa de Enfermagem; os restantes (38%)

consideram que só algumas vezes é necessária esta intervenção; a maioria (88%) dos Enfermeiros refere que não existem protocolos de orientação de acompanhamento do sobrevivente oncológico; quanto ao contacto telefónico com atendimento permanente pela equipa de Enfermagem oncológica, 88% dos enfermeiros consideram que este serviço está sempre disponível e 13% consideram que está muitas vezes disponível. Relativamente à realização de *follow-up* telefónico depois do fim da primeira linha terapêutica, 50 % dos enfermeiros afirmam que nunca o realizam e 38% destes profissionais referem que se realizam poucas vezes; no que concerne à privacidade do sobrevivente durante a prestação de cuidados, 50% dos enfermeiros referem que é garantida muitas vezes e 25% afirmam que a privacidade é sempre assegurada. Contudo, 63 % dos enfermeiros afirmam que muitas vezes estão outras pessoas no espaço onde são prestados esses cuidados; 63% dos enfermeiros têm contacto muitas vezes com os sobreviventes quando estes vêm à consulta médica; 88% têm contacto muitas vezes quando vêm colher sangue para análises e /ou ser puncionados para exames complementares de diagnóstico; quando existe descontrolo sintomático, 50% dos enfermeiros contactam muitas vezes com a população sobrevivente.

Quanto ao local onde são realizados estes contactos: 38% dos enfermeiros nunca contactam com os doentes no corredor, mas 25% referem que algumas vezes o realizam neste espaço de transição; também 25% dos enfermeiros referem que muitas vezes prestam cuidados no corredor.

No que diz respeito à prestação de cuidados: 63% dos profissionais de Enfermagem nunca o fazem na sala de espera; 88 % dos enfermeiros prestam muitas vezes cuidados à população sobrevivente na sala onde se realizam as colheitas de sangue para análises e as punções necessárias para outros exames complementares de diagnóstico; 38 % nunca prestam cuidados ao sobrevivente no gabinete, enquanto 38 % o fazem algumas vezes. A prestação de cuidados na sala de trabalho de Enfermagem: é feita muitas vezes por 50% dos Enfermeiros; sendo que 38% referem prestar cuidados no quarto algumas vezes. Não foram identificados outros locais de prestação de cuidados ao sobrevivente.

No quotidiano da prática profissional, os Enfermeiros identificam as seguintes necessidades na população sobrevivente de doença oncológica, no domínio físico: a fadiga (88% muitas vezes), as alterações no sono (50 % algumas vezes e 50% muitas vezes), as náuseas (75% poucas vezes e 25% algumas vezes), os vómitos (88% poucas vezes), a anorexia (50% poucas vezes e 38% algumas vezes), as alterações

cardíacas (75% poucas vezes), a anemia (63% poucas vezes), as alterações respiratórias (88% poucas vezes), a osteoporose (50% algumas vezes), a dor (63% algumas vezes), as alterações cutâneas (38% poucas vezes e 38% muitas vezes), as alterações do peso (50% algumas vezes e 38% muitas vezes), as alterações intestinais (63% algumas vezes), as alterações urinárias (50 % algumas vezes e 38% poucas vezes), os afrontamentos (88% muitas vezes), as infeções (50 % algumas vezes e 25% muitas vezes), os problemas digestivos (50 % algumas vezes e 25% muitas vezes), a linfedema (50% muitas vezes), os problemas circulatórios (63% algumas vezes), a neuropatia periférica (75 % muitas vezes), as alterações da sexualidade (38 % algumas vezes e 38% muitas vezes), a leucopenia (63% poucas vezes), as alterações da cavidade e mucosa orais (disgeusia, xerostomia, mucosite) (50% algumas vezes, 25% muitas vezes e 25% poucas vezes), trombocitopenia (63% poucas vezes e 25% algumas vezes), as alterações dentárias, da deglutição e mastigação (50% algumas vezes e 38% poucas vezes), as alterações da memória (63% muitas vezes), as alterações da concentração (63% muitas vezes). É de notar que um Enfermeiro refere a “ansiedade dificilmente controlada que acentua sintomas físicos”, ou seja, a influência de outros domínios descontrolados que podem acentuar as manifestações físicas.

No que respeita ao domínio emocional: 63 % dos Enfermeiros identificam, muitas vezes, a necessidade de o sobrevivente redefinir o conceito de normalidade; 50 % referem que, muitas vezes, a ansiedade se mantém durante o período de sobrevivência; todos os enfermeiros reconhecem que população sobrevivente de doença oncológica sofrem de alterações da imagem corporal; 50% dos enfermeiros afirmam que as referidas alterações acontecem muitas vezes e 50% só as identificam algumas vezes; os enfermeiros identificam, 88% muitas vezes e 13% sempre, a incerteza relativamente ao futuro, 63% muitas vezes e 38% sempre o medo de recaída. Reconhecem também alterações de humor (38% algumas vezes e 50 % muitas vezes), depressão (63% algumas vezes), tristeza (63% algumas vezes), dificuldades/alterações na gestão de stress (38% algumas vezes), alterações na sexualidade (50% algumas vezes e 50% muitas vezes) e alterações nas relações familiares (50% algumas vezes e 50% muitas vezes).

No domínio económico-social, os enfermeiros têm opiniões diversas: em relação às alterações ou dificuldades em regressar ao trabalho, 50% dos enfermeiros consideram que estas surgem muitas vezes; no que respeita ao isolamento social, 50 % dos profissionais de Enfermagem consideram que acontece poucas vezes e 38 %

algumas vezes; quanto aos problemas financeiros, 50% dos enfermeiros reconhecem que estes existem algumas vezes; relativamente às alterações na gestão de tarefas domésticas, 63% dos enfermeiros identificam-nas algumas vezes na sua prática de cuidados.

No domínio espiritual: 50 % dos enfermeiros identificam preocupações com o fim de vida algumas vezes e 50 % muitas vezes; 63% dos enfermeiros reconhecem que existem, algumas vezes, modificações no apoio religioso ou espiritual; 75% dos profissionais de Enfermagem reconhecem, algumas vezes, *distress* religioso ou espiritual. Contudo, 63 % identificam, poucas vezes, perda de fé.

No domínio do bem-estar/qualidade de vida: 50% dos enfermeiros identificam, muitas vezes, que as populações sobreviventes têm necessidade de manter a ligação com a instituição e com os profissionais de saúde. Contudo, 38% algumas vezes e 50% muitas vezes, os enfermeiros identificam que as pessoas têm a quem ligar, quando têm problemas de saúde; os enfermeiros consideram, muitas vezes (50%) e sempre (50%), que o médico de família ou assistente é informado das necessidades da população sobrevivente. No recurso a terapias alternativas, 63% dos enfermeiros referem que a população sobrevivente recorre a estas terapêuticas complementares muitas vezes.

No que respeita aos cuidados de Enfermagem desenvolvidos para colmatar estas necessidades, estes tendem a ser intervenções isoladas, sem um plano de cuidados estruturado passível de reavaliação. No entanto, estes cuidados contribuem, de algum modo, para a adaptação à sobrevivência:

- incentivam a população sobrevivente a adquirir uma alimentação adequada (63% muitas vezes);
- incitam o autocuidado de higiene e conforto (63% muitas vezes);
- estimulam uma higiene oral adequada (50% muitas vezes);
- promovem a hidratação cutânea adequada (88% muitas vezes);
- incentivam uma hidratação oral adequada (75% muitas vezes);
- estimulam hábitos de sono saudáveis (38% muitas vezes e 38% algumas vezes);
- incitam a realização de exercício físico adequado (50% muitas vezes e 25% sempre);
- promovem uma sexualidade saudável (38% muitas vezes);
- gerem sintomas/efeitos secundários tardios dos tratamentos (50% muitas vezes e 25% sempre);

- esclarecem os cuidados a ter na prevenção de infeções (38% muitas vezes e 38% algumas vezes);
- previnem quedas (ex: na neuropatia periférica) (63% algumas vezes);
- desenvolvem estratégias de adaptação às alterações corporais (50% muitas vezes);
- instigam exercícios que melhorem a memória e a concentração (38% muitas vezes e 25% sempre);
- incentivam a adoção de estratégias de gestão do tempo (38% algumas vezes e 38% muitas vezes);
- estimulam a manutenção de papéis (50% algumas vezes);
- incentivam a participação ou retoma das atividades sociais (50% muitas vezes);
- incentivam a assunção dos cuidadores (50% algumas vezes);
- gerem a terapêutica (63% muitas vezes);
- demonstram disponibilidade para a relação interpessoal (50% muitas vezes e 50% sempre);
- promovem a esperança (50% muitas vezes);
- promovem a autoestima (50% muitas vezes);
- gerem expectativas (50% muitas vezes e 50% sempre).

Apesar da inexistência de uma consulta para o sobrevivente, os enfermeiros referenciam a população sobrevivente: para o médico (50 % muitas vezes e 50 % algumas vezes), para o nutricionista (63% muitas vezes), para o assistente social (50% nunca), para o fisioterapeuta (38% poucas vezes e 38% algumas vezes), para o psicólogo (50% muitas vezes) e para o psiquiatra (50% algumas vezes). Para além destes encaminhamentos, os enfermeiros reconheceram que também encaminhavam população sobrevivente para “serviços da comunidade”, para o “enfermeiro especialista e diferenciado em determinado cuidado” e para “gestora oncológica - assuntos relacionados com incapacidades e estatutos do doente oncológico - pela falta de assistente social”. A inexistência de um assistente social neste serviço faz com que as pessoas sejam encaminhadas para a gestora oncológica, que, para além de verificar as condições do seguro de saúde, informa a população sobrevivente sobre benefícios, subsídios, estatutos e outros assuntos relacionados com o doente oncológico.

Durante a realização deste estágio, foi elaborada a norma da CESO (Apêndice XII), na qual foram estabelecidos o objetivo, o âmbito, a finalidade, o espaço físico, o

horário, a descrição do processo e a estrutura da consulta. Para que a consulta não se tornasse um conjunto avulso de cuidados, foi criado um guião da CESO (Apêndice XIII), tendo por base o modelo de adaptação de Callista Roy e o processo de Enfermagem.

4. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

A realização dos estágios proporcionou a aquisição e desenvolvimento de competências para uma prática avançada de cuidados ao sobrevivente oncológico, desde o término da primeira linha terapêutica até ao fim de vida.

O modelo de competências de Patrícia Benner (2001) compreende cinco estádios de desenvolvimento profissional: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Os estágios que realizei foram fundamentais para alcançar as competências e saberes necessários para atingir o estágio de enfermeiro perito. Embora conheça muito bem as regras, as diretivas e os protocolos, o perito distingue-se do enfermeiro proficiente, porque “tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 58).

4.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

De acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019), o Enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p.4744). Neste regulamento são definidos os quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: o domínio de responsabilidade profissional, ética e legal; o domínio da melhoria contínua da qualidade; o domínio da gestão dos cuidados; e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que respeita ao **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**, os estágios foram realizados tendo por base uma prestação de cuidados ao sobrevivente oncológico assente nas “normas legais, [nos] princípios éticos e [na] deontologia profissional” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p.4744). No decorrer dos estágios, em parceria com população sobrevivente de doença oncológica e as diferentes equipas de Enfermagem em que estive inserida, procurei desenvolver estratégias para a resolução dos problemas/necessidades da referida população. Todas as intervenções de Enfermagem foram fundamentadas no conhecimento científico, na experiência e na deontologia profissional. Neste sentido, na colaboração e prestação de cuidados especializados ao sobrevivente oncológico, promovi a proteção dos direitos humanos, garantindo o direito à informação e à confidencialidade da informação. A privacidade, as escolhas e a autodeterminação da pessoa foram

garantidas. Os valores, os costumes e as crenças foram respeitadas durante os cuidados de Enfermagem.

Refleti criticamente não só sobre prática de cuidados observados e desenvolvidos mas também sobre os resultados obtidos em cada atividade realizada. Todos estes conhecimentos foram mobilizados nas atividades desenvolvidas nos estágios e partilhados com a equipa multidisciplinar, de forma a contribuir para uma adaptação mais saudável da pessoa ao período de sobrevivência oncológica.

No **domínio da melhoria contínua da qualidade**, tive a oportunidade de adquirir e mobilizar conhecimentos e habilidades sobre a prestação de cuidados de qualidade aos sobreviventes oncológicos.

Os saberes e as competências obtidas revelaram-se fundamentais para liderar e gerir este projeto de adaptação saudável e contínua ao período de sobrevivência oncológica. Os cuidados prestados ao sobrevivente, a seleção e o estabelecimento de estratégias, assim como a elaboração do fluxograma (Apêndice XI), da norma (Apêndice XII) e do guião da CESO (Apêndice XIII) são os requisitos essenciais para a implementação desta consulta.

A utilização da metodologia de projeto permitiu a aquisição e o aprofundamento de competências específicas de enfermeiro especialista, a saber: competências avançadas de diagnóstico, identificação de oportunidades de melhoria dos cuidados prestados à população sobrevivente de doença oncológica, planeamento e identificação de estratégias de implementação de projetos.

Assim sendo, a observação das necessidades e dos cuidados de Enfermagem prestados ao sobrevivente durante os estágios, em conjunto com a pesquisa bibliográfica realizada, a revisão *Scoping* (Apêndice I) e a análise de dados contribuíram para o desenvolvimento de práticas de qualidade. A implementação deste projeto contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados ao sobrevivente oncológico.

No **domínio da gestão dos cuidados**, desenvolvi competências de enfermeira especialista, estruturando os cuidados de Enfermagem e participando na definição de metas para a melhoria dos cuidados ao sobrevivente oncológico no serviço C. Os cuidados prestados ao sobrevivente foram otimizados através da divulgação deste projeto. O seu cariz científico foi fortalecido pela partilha de experiências durante os estágios. As reflexões e as discussões com as várias equipas dos diferentes locais de estágios contribuíram para a robustez científica da CESO.

No serviço C, procurei adotar uma posição de liderança relativamente a esta temática gerindo o trabalho em equipa, adequando-o às necessidades da população sobrevivente e aos recursos existentes a nível organizacional.

A CESO é um projeto arrojado a nível nacional, pois não identifiquei a existência de outra consulta de Enfermagem para o sobrevivente oncológico adulto no Serviço Nacional de Saúde, o que exigiu o recurso a estratégias de motivação dirigidas à equipa de Enfermagem.

No que diz respeito ao **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, os estágios foram experiências fundamentais para aprofundar o conhecimento que tenho de mim, das minhas idiossincrasias, e dos meus limites profissionais e pessoais. Sem estas competências, a prestação de cuidados ao sobrevivente oncológico teria sido uma experiência sem reflexo profissional, uma vez que estes cuidados não estavam organizados em nenhum dos locais de estágio. Assim, para tirar partido das potencialidades dos recursos existentes, adotei uma postura profissional, flexível, adaptável e assertiva face à necessidade de cuidados da população sobrevivente.

Sinto-me capaz, depois destes estágios, de identificar as necessidades de cuidados de saúde manifestadas pelos sobreviventes oncológicos. Embora descritas na evidência científica da literatura especializada, não encontram eco nos cuidados médicos e de Enfermagem nos serviços hospitalares especializados, logo é necessário estruturar uma consulta no sentido de colmatar as necessidades desta população.

A estruturação e implementação deste projeto requereram o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. Este profissional alicerça “os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Depois de aferir as necessidades da população sobrevivente e de ter esclarecido as minhas dúvidas e interrogações na evidência científica mais atual, desenvolvi este projeto para ser implementado no serviço C. Para atingir este intuito, programei e executei momentos de informação e esclarecimento com equipa de Enfermagem, que participou com entusiasmo. Esta reação é consentânea com a função que a Ordem dos Enfermeiros atribui aos enfermeiros especialistas, ou seja, o de agentes para “o desenvolvimento da prática clínica especializada” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

A revisão *Scoping* (Apêndice I) e a pesquisa bibliográfica foram fundamentais para a estruturação da consulta de Enfermagem para o sobrevivente oncológico. Esta técnica de mapeamento do conhecimento científico mais recente foi essencial para atuar como um agente “dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento da prática de cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749). No entanto, percebi que não bastava ser dinamizadora do conhecimento adquirido, pelo que decidi participar em estudos de investigação, debatendo as suas implicações na construção de novo conhecimento que foi imprescindível para justificar a CESO.

Para evitar a cristalização do conhecimento e, por consequência, da prestação de cuidados, foi necessário recorrer à prática reflexiva e autocrítica, elaborando reflexões críticas, em formato de documento escrito, ao longo dos estágios, tendo como modelo o ciclo reflexivo de Gibbs (Jasper, 2003).

4.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

É fundamental que os cuidados de Enfermagem promovam a melhoria da qualidade de vida da pessoa durante o período de sobrevivência oncológica, pois, apesar da evolução da ciência no que diz respeito à cura da doença, as doenças crónicas, nomeadamente as oncológicas, “produzem incapacidades ou deficiências residuais e implicam a necessidade de adaptação a diversos níveis (físico, mental, social, psicológico, emocional e espiritual)” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19368).

O Modelo de Adaptação de Callista Roy, juntamente com a informação recolhida durante os estágios, foi estrutural na dinamização da Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico, visto que esta consulta pretende fornecer ao sobrevivente oncológico “respostas estruturadas, educativas e orientadas, para a necessidade em cuidados de enfermagem especializados face a problemas decorrentes de alterações anatomofisiológicas de órgãos e de sistemas de órgãos e de sistemas de órgãos de natureza aguda ou crónica” (Regulamento n.º 429/2018, 2018,p.19360).

A análise dos dados recolhidos no decurso do estágio permitiu ainda a identificação não só das necessidades específicas da população sobrevivente de doença oncológica mas também das intervenções de Enfermagem promotoras da adaptação à sobrevivência oncológica.

Para maximizar a resposta às intervenções de Enfermagem e fortalecer a adaptação, estruturei um acompanhamento organizado, contínuo e individualizado do sobrevivente oncológico. Os cuidados de Enfermagem individuais potenciam o processo de adaptação decorrente da doença.

4.3. Competências Específicas do Cancer Nursing Education Framework da European Oncology Nursing Society e do 2.º Ciclo de Estudos para a aquisição do grau de Mestre

O modelo teórico de educação em Enfermagem apresentado pela EONS (2018) é constituído por oito módulos, nos quais são identificados os conhecimentos e as habilidades específicas necessários à prestação de cuidados de Enfermagem especializada em oncologia em toda a Europa.

Os primeiros cinco módulos têm como âmbito os principais conhecimentos, habilidades e competências que os enfermeiros de oncologia têm de desenvolver, desde a prevenção do cancro até aos cuidados em fim de vida. Os últimos três módulos referem-se à comunicação, liderança, gestão e investigação, competências que devem apoiar os primeiros cinco módulos. Na evolução deste projeto, desenvolvi competências transversais a todos os módulos, ainda que a temática do projeto seja especificamente sobre a prestação de cuidados durante o período de sobrevivência oncológica.

Para implementar este projeto, identifiquei o impacto do cancro a nível físico, psicológico, emocional, social, espiritual e do bem-estar. Em conformidade com as alterações identificadas, foram planeados os respetivos cuidados, com base na evidência científica e na prática clínica, para promover o conforto e a adaptação da pessoa sobrevivente. Aquando da avaliação das necessidades do sobrevivente, o trabalho em equipa multidisciplinar é imprescindível (EONS, 2018).

Para a obtenção do grau de mestre é necessário, por um lado, fortalecer e aprofundar conhecimentos, por outro, saber aplicá-los. Também é necessário desenvolver capacidades de tomada de decisão e de resolução de problemas em situações complexas em diferentes contextos multidisciplinares. A aquisição de competências de investigação, imprescindíveis à evolução do conhecimento e à melhoria da qualidade de cuidados, é inerente ao grau de mestre (Direção Geral do Ensino Superior, DGES, 2013). Durante os estágios foram desenvolvidas as seguintes competências: integrar novos conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver soluções.

A revisão da literatura e a comunicação realizada num evento científico trouxeram, à minha prática clínica, fundamentos sólidos, padrões de conhecimento válidos e a evidência científica mais atual. Tudo isto contribuiu para a implementação do projeto de estágio apresentado sobre a prestação de cuidados de Enfermagem especializados ao sobrevivente oncológico.

5. AVALIAÇÃO

A realização deste percurso, implementação do projeto e a elaboração deste relatório permitiram e exigiram uma constante reflexão sobre as múltiplas aprendizagens realizadas ao longo deste processo. Procurei durante estas experiências fundamentar as minhas intervenções em evidência científica atual e pertinente, tendo sempre por base a dimensão ética e deontológica da profissão. Este percurso foi fundamental para o desenvolvimento das competências técnicas, científicas e relacionais necessárias a um enfermeiro especialista. A realização dos estágios e a pesquisa bibliográfica foram essenciais para a aquisição e apropriação de conhecimentos e competências específicas.

A observação de cuidados direcionados ao sobrevivente oncológico por peritos na área, bem como a participação, ainda que supervisionada, nos cuidados de saúde foram indispensáveis para a minha formação e crescimento profissional e pessoal. Sinto-me afortunada porque estes estágios foram, acima de tudo, oportunidades de partilha de conhecimento e de reflexão crítica valiosa.

Aquando da elaboração do projeto de estágio, foram estabelecidas forças favoráveis, fraquezas internas, oportunidades e ameaças inerentes ao desenvolvimento do projeto. Assim sendo, como elementos facilitadores ou forças favoráveis, identifiquei o apoio e a motivação da chefia, da equipa de Enfermagem e da equipa multidisciplinar do serviço onde trabalho (Apêndice II).

Além disso, sentia interesse pela temática, os estágios e o relatório foram a oportunidade perfeita para levar a cabo uma reflexão crítica, sem a qual não poderia organizar a CESO. Durante os vários estágios desenvolvi competências e adquiri conhecimentos fundamentais para a implementação da CESO, estrutura que considero imprescindível para a prestação de cuidados de qualidade ao sobrevivente oncológico. Estes cuidados devem promover a adaptação à sobrevivência, contribuindo para a promoção da qualidade de vida e do bem-estar do sobrevivente.

A implementação da CESO terá consequências muito positivas para população sobrevivente de doença oncológica, pelo que destaco as oportunidades que decorrem desta consulta: a melhoria da qualidade de vida; a gestão mais profícua dos efeitos secundários a longo prazo e tardios; a prevenção e deteção precoce de recidiva; a prevenção e deteção precoce de uma nova neoplasia; a gestão de comorbilidades; a criação e implementação de um plano de cuidados de saúde personalizado; e a visibilidade dos cuidados de Enfermagem. Este projeto contribuirá para

consciencializar os profissionais de saúde para a necessidade de continuar a prestar cuidados de qualidade à população sobrevivente de doença oncológica. Ainda tive oportunidade de instituir linhas de orientação para os cuidados de Enfermagem dirigidos ao sobrevivente oncológico.

Em Portugal, a falta de consultas de Enfermagem para o sobrevivente oncológico adulto poderá constituir uma ameaça à continuidade desta consulta. Contudo, dirigir a consulta do sobrevivente minimizou o referido risco, uma vez que os doentes voltam necessariamente ao contexto hospitalar.

A ausência de uma estrutura de cuidados semelhante em Portugal faz com que não existam nem linhas orientadoras, nem guiões de consulta. Tentei ultrapassar esta fraqueza interna, investindo na pesquisa científica e na reflexão crítica da prática de cuidados, tendo por base teórica o modelo de adaptação de Callista Roy, de acordo com o qual elaborei a norma da CESO (Apêndice XII), o guião da consulta e o fluxograma (Apêndice XI) da mesma.

Baseei-me para a consecução do projeto em guias orientadores da prestação de cuidados de qualidade da profissão, a saber: os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros (2012) e os *Nursing Outcomes* definidos por Doran (2011), dos quais destaco: *Function status*, *Self-Care*, *Symptom Management*, *Patient Satisfaction as a Nurse Sensitive Outcome*. Foram também tidos em conta os enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros (2012): a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar, o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de Enfermagem.

A obtenção do grau de mestre vai ao encontro dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem definidos pela OE, nomeadamente “a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2012, p.18) e “a existência de uma política de formação contínua dos enfermeiros, promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade” (OE, 2012, p.18). As competências e os conhecimentos adquiridos durante este ciclo de estudos são absolutamente necessários para melhorar os “processos de readaptação” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p.11) do sobrevivente oncológico às limitações que a doença e/ou o tratamento provocam.

Durante a realização dos três estágios, desenvolvi as atividades necessárias para cumprir os objetivos específicos que foram estabelecidos para cada local. Estas atividades permitiram-me ultrapassar os desafios que surgem durante o percurso de

investigação. A reflexão com os enfermeiros orientadores dos locais de estágio e com a enfermeira orientadora da ESEL sobre estas experiências foi essencial para a classificação de Excelente que obtive em todos os estágios.

6. CONCLUSÃO E TRABALHO FUTURO

Em Portugal, os cuidados de Enfermagem durante o período de sobrevivência oncológica são muitas vezes descurados pela inexistência de recursos humanos, financeiros e organizacionais. Contudo, como foi evidenciado ao longo da realização deste relatório, a população sobrevivente de doença oncológica, mesmo depois de terminar os tratamentos, não deixa de sofrer vários efeitos secundários a longo-prazo e/ou tardios. Os sinais e sintomas, quando não devidamente identificados e intervencionados, têm repercussões na qualidade de vida, no bem-estar e na saúde do sobrevivente e da sua família.

A elaboração deste projeto surge de uma necessidade que identifiquei através do contacto com a população sobrevivente oncológica na colheita de sangue para análises e/ou na punção para exames complementares de diagnóstico necessários para a consulta de *follow-up* médico. A consciencialização destas necessidades fez-me debruçar sobre a temática e verifiquei que internacionalmente existem planos de cuidados de Enfermagem bem estruturados e delineados.

Os conhecimentos obtidos através da revisão bibliográfica, da incorporação do Modelo de Adaptação de Callista Roy (2001) na prática de cuidados e da análise e reflexão crítica das experiências vivenciadas nos diferentes locais de estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista, de mestre e, conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados à população sobrevivente.

Do ponto de vista pessoal, o desenvolvimento da autoanálise e autocrítica contribuiu para a identificação precoce das necessidades do sobrevivente oncológico. Como não existia, em nenhum dos locais de estágio, uma consulta de Enfermagem para o sobrevivente oncológico, maximizei as minhas intervenções, personalizando-as. Todas as decisões tomadas foram devidamente fundamentadas.

Do ponto de vista profissional, os enfermeiros reconhecem que a população sobrevivente de doença oncológica vivencia efeitos secundários a longo prazo e/ou tardios. Os enfermeiros desenvolvem intervenções com intuito de as colmatar, no entanto, fazem-no sem um plano de cuidados previamente definido.

A partilha de conhecimentos com a equipa de Enfermagem do meu serviço despertou o interesse e chamou a atenção para a necessidade de avaliar as necessidades da população sobrevivente, encaminhando-a para a CESO.

Embora a implementação da CESO não tivesse sido possível por constrangimentos organizacionais, ficou clara a necessidade desta consulta. Deste modo, será submetido à Direção de Enfermagem uma carta de justificação da importância e benefícios desta consulta, bem como a norma e o guião da mesma. Posteriormente, a parametrização informática, na qual pretendo colaborar, permitirá não só uma auditoria dos registos mas também evidenciar os ganhos em saúde que a população sobrevivente vai sentir ao usufruir destes cuidados.

Consegui atingir os objetivos e tirei o máximo partido do que cada local de estágio proporcionava.

Perante a análise dos dados colhidos, existem muitos sintomas físicos que permanecem; porém, os mais evidentes são os aspetos emocionais e sociais, por vezes mais difíceis de verbalizar e avaliar, como por exemplo o medo da recaída, a ansiedade, a redefinição de uma nova normalidade e o regresso ao trabalho. Foram de igual modo identificadas as intervenções de Enfermagem que permitem o alívio de sinais e sintomas.

Futuramente, espero continuar a trabalhar nesta temática, realizar a divulgação da importância da mesma em eventos científicos e, logo que tenha dados concretos e trabalhados da minha consulta, pretendo divulgá-los para tornar evidentes os ganhos em saúde e a melhoria da qualidade de vida dos sobreviventes oncológicos.

O percurso de realização deste projeto, apesar de laborioso, foi estimulante, pois proporcionou o desenvolvimento de competências quer a nível pessoal, quer profissional e contribuiu para a melhoria do exercício da profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (2012). *Manual de publicação APA* (6.^a edição). Porto Alegre: Penso Editora.
- Bahrami, M., Parnian, R., & Samimi, M. A. (2012). The effect of nursing consultation involving cancer survivors on newly diagnosed cancer patients' quality of life. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. Vol.17 (5), 338–342. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23853645> .
- Bardin, L. (2014). *Análises de conteúdo*. Edições 70. Lda: Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora: Coimbra.
- Corcoran, S., Dunne, M., & McCabe, M. S. (2015). The Role of Advanced Practice Nurses in Cancer Survivorship Care. *Seminars in Oncology Nursing*. Vol. 31 (4), 338–347. Acedido em: <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2015.08.009> .
- Decreto-lei 107/2008. (2008). *Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Diário da República, 1.º série (N.º 121 - 25 de Junho de 2008), 3835 – 3853. Acedido em: <https://dre.pt/application/file/a/456148> .
- Direção Geral de Saúde (2017). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Acedido a 8/03/2019. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programas-de-rastreio-oncologico-aumentam.aspx> .
- Direção Geral do Ensino Superior (2013). *Quadro Nacional de Qualificações. Relatório de referenciação do quadro nacional de qualificações ao quadro europeu de qualificações*. Acedido a 3/10/2020. Disponível em: https://www.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_qnq_qeq.pdf .
- Doran, D.M. (2011). *Nursing Outcomes: The State of the Science (second edition)*. United States of America: Jones & Bartlett Learning.
- EONS - European Oncology Nursing Society. (2018). *Cancer Nursing Education Framework Contents*. © European Oncology Nursing Society.
- Feuerstein, M. (2007). Defining cancer survivorship. *Journal of Cancer Survivorship*, Vol. 1(1), 5–7. Acedido em: <https://doi.org/10.1007/s11764-006-0002-x> .
- Fortin, M., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2005). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de*

- Enfermagem*, Vol. 11 (3), 371–375. Acedido em: <https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000300016> .
- Godinho, N., (2020). *Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referencias Bibliográficas e Citações Norma APA*. ESEL: Lisboa
- Grant, M., Economou, D., & Ferrell, B. R. (2010). Oncology nurse participation in survivorship care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Vol. 14 (6), 709–715. Acedido em: <https://doi.org/10.1188/10.CJON.709-715> .
- Hewitt, M., & Ganz, P. A. (2005). *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition: An American Society of Clinical Oncology and Institute of Medicine Symposium*. Washington, D.C.: THE NATIONAL ACADEMIES PRESS.
- Jasper, M. (2003). *Beginning reflective practice. Foundations in nursing and health*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Lei n.º 35/2014 (2014). Lei Geral do Trabalho em Funções Públicas. Assembleia da República. *Diário da República*, 1ª Série (N.º 117 – 20 de junho de 2014), 3220-3304. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/25676932> .
- Macmillan Cancer Support. (2014). *A Competence Framework for Nurses: Caring for patients Living with and Beyond Cancer*. Acedido em: http://www.macmillan.org.uk/Documents/AboutUs/Health_professionals/competence-framework-for-nurses.pdf
- Martins, J. (2008). Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar em Enfermagem*. Vol. 12 N.º 2, 2º Semestre de 2008, 62-65.
- Mitsimponas, N., Rauh, S. (2017). *What does survivorship mean? Let us explain it to you*. European Society for Medical Oncology (ESMO): Switzerland. Acedido em: <https://www.esmo.org/content/download/117593/2061518/1/ESMO-Patient-Guide-Survivorship.pdf> .
- Mullen, E., & Mistry, H. (2018). Managing Cancer Survivorship Issues. *The Journal of Nurse Practitioners - JNP*, Vol.14 (4), 337–343.
- National Cancer Institute. (2018). *Facing Forward: Life after cancer treatment*. Acedido em: <http://cancercontrol.cancer.gov/ocs/>.
- National Cancer Institute. (2019). NCI dictionary of Cancer Terms: malignancy. *NCI Dictionaries*. Acedido em: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer> .
- National Comprehensive Cancer Network. (2018) *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Survivorship Version 3.2017*. NCCN Guidelines®.

- Nekhlyudov, L., Ganz, P. A., Arora, N. K., & Rowland, J. H. (2017). Going beyond being lost in transition: A decade of progress in cancer survivorship. *Journal of Clinical Oncology*, Vol. 35 (18), 1978–1981. Acedido em: <https://doi.org/10.1200/JCO.2016.72.1373>.
- Ness, S., Kokal, J., & Fee-schroeder, K. (2013). Concerns Across the Survivorship Trajectory: Results from a Survey of Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*. Vol. 40 (1), 35–42.
- O'Brien, M., Stricker, C. T., Foster, J. D., Ness, K., Arlen, A. G., & Schwartz, R. N. (2014). Navigating the seasons of survivorship in community oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, Vol.18, 9 -14. Acedido em: <https://doi.org/10.1188/14.CJON.S1.9-14>.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 972-99646-0-2.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*. (2ª edição). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
- Panek-Hudson, Y. (2013). Survivorship care - time for innovation?. *Cancer Nurses Society of Australia*. Vol. 14 (1), 7- 12.
- Paz de Oliveira, S. K., Oliveira Queiroz, A. P., de Melo Matos, D. P., Falconieri de Moura, A., & Teixeira Lima, F. E. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 65 (1), 155–161. Acedido em: <https://doi.org/10.1590/s0034-71672012000100023>.
- Pongthavornkamol, K., Lekdamrongkul, P., Pinsuntorn, P., & Molassiotis, A. (2019). Physical Symptoms, Unmet Needs, and Quality of Life in Thai Cancer Survivors after the Completion of Primary Treatment. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, Vol.6(4), 363–371. Acedido em: <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon>.
- Registo Oncológico Regional do Sul (ROR), & IPOLFG-EPE. (2017). *Incidência, Sobrevivência e Mortalidade de todos os tumores na população residente na região sul de Portugal em 2010/2011*. Lisboa.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª Série

(N.º 26 de 6 de fevereiro de 2019), 4744 - 4750. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia da República. *Diário da República*, 2. Série (N.º 135 de 16 de julho de 2018), 19359 – 19370. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>.

Roy, C., & Andrews, H. (2001). Teoria da Enfermagem: Modelo de Adaptação de Roy. Bobadela LRS: Instituto Piaget.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15, 1–38. Disponível em: <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>.

Sun, RN, PhD, V., Olausson, RN, MSN, CDE, J. M., Fujinami, RN, CCM, OCN®, R., Chong, RN, MN, NP, C., Dunham, RN, MSN, NP, R., Tittlefitz, RN, MSN, NP-C, T., ... Grant, RN, PhD, FAAN, M. (2015). The Role of the Advanced Practice Nurse in Survivorship Care Planning. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, Vol. 6 (1), 64-70. Acedido em: <https://doi.org/10.6004/jadpro.2015.6.1.7>.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Austrália: The Joanna Briggs Institute.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 9789728383749.

Vilelas, J. (2017). Investigação: o processo de construção do conhecimento (2ª edição). Lisboa: Edições Silabo. ISBN: 9789726189015.

APÊNDICES

Apêndice I– Revisão *Scoping*

Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico: adaptação à sobrevivência

Revisão *Scoping* da Literatura

Sumário

Segundo a Direção Geral de Saúde, em Portugal, à semelhança do que acontece nos outros países da Europa, a incidência de cancro tem aumentado cerca de 3% ao ano (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, 2017). Contudo, devido à evolução do conhecimento científico nas diferentes especialidades médicas bem como ao desenvolvimento de estratégias de promoção para saúde e programas de rastreio existe uma diminuição da mortalidade associada à doença, surgindo assim o conceito de sobrevivente de cancro (Ness et al., 2013; O'Brien et al., 2014).

A *National Coalition for Cancer Survivorship* (1996) foi a primeira instituição a introduzir o termo sobrevivente de cancro, considerando o sobrevivente desde o diagnóstico até ao fim de vida. A *American Society of Clinical Oncology* (2010) também defende a sobrevivência desde o diagnóstico até ao fim de vida e divide-a em três fases: sobrevivência aguda - desde o diagnóstico ao fim do tratamento- sobrevivência prolongada - meses após o fim do tratamento - e sobrevivência a longo prazo ou permanente - anos após terminar o tratamento. De forma distinta, o *National Cancer Institute* define que a sobrevivência de cancro está centrada na saúde e na vida da pessoa desde o fim do tratamento até ao fim de vida. Esta última definição, que será estruturante neste trabalho, abrange não só as possíveis alterações físicas, psicossociais e económicas mas também os efeitos secundários tardios e as alterações na qualidade de vida (National Cancer Institute, 2019).

Tendo em conta os desafios e os sintomas que os sobreviventes continuam a enfrentar depois do tratamento, é fundamental acompanhá-los adequadamente (Ness et al., 2013). As necessidades do sobrevivente de cancro são tão complexas que exigem dos profissionais o desenvolvimento de competências adequadas. Os enfermeiros especialistas em oncologia são os profissionais indicados para prestar cuidados específicos aos sobreviventes, utilizando modelos inovadores em construção (Corcoran, Dunne, & McCabe,

2015). O enfermeiro especialista desenvolve “competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Os cuidados do enfermeiro de oncologia devem expandir-se para além do tratamento, de modo a satisfazer as necessidades do sobrevivente. Os cuidados devem ser organizados em quatro áreas de intervenção: Prevenção, Vigilância, Intervenção e Coordenação de Cuidados (Grant, Economou, & Ferrell, 2010).

Utilizo o Modelo de Adaptação de Callista Roy como referencial teórico. Este modelo presta particular atenção ao papel que as intervenções de Enfermagem desempenham na adaptação dos pacientes a situações de saúde e de doença. Os efeitos secundários dos tratamentos oncológicos, que podem ser de longo prazo e/ou tardios, requerem respostas, ou seja, adaptações contínuas e/ou continuadas que só as intervenções de Enfermagem podem orientar devidamente.

Objetivo:

Esta revisão *Scoping* tem como objetivo identificar as necessidades dos sobreviventes oncológicos e quais as intervenções de Enfermagem que promovem a adaptação à sobrevivência.

Palavras-Chave: Sobrevivente Oncológico, efeitos secundários do tratamento oncológico, intervenções de enfermagem, consulta de enfermagem.

Background

A incidência de cancro em Portugal, como no resto da Europa, tem vindo a aumentar, devido ao envelhecimento da população e à adoção de hábitos de vida menos saudáveis. Todavia, a prevalência, ou seja, o número de pessoas vivas com cancro, tem vindo a aumentar, uma vez que os tratamentos são cada vez mais eficazes e os diagnósticos precoces mais frequentes (Programa Nacional para as Doenças Oncológicas, 2017; Registo Oncológico Regional do Sul (ROR) & IPOLFG-EPE, 2017).

O número de sobreviventes tem aumentado globalmente, pelo que se torna fundamental o desenvolvimento e a implementação de planos de cuidados

adequados que apoiem os sobreviventes de cancro a gerir os efeitos secundários imediatos e que, a longo prazo, promovam a saúde, o bem-estar e uma adaptação saudável à vida após o cancro e o respetivo tratamento (Nekhlyudov, Ganz, Arora, & Rowland, 2017). O conceito de sobrevivente de cancro é relativamente recente. Em 1985, Edhast Mullan, médico e sobrevivente oncológico, escreveu um artigo, no *New England Journal of Medicine*, que viria a mudar a perspetiva dos profissionais de saúde relativamente aos pacientes oncológicos. De acordo com Mullan, estes, depois de tratados, ou estavam curados ou continuavam a sofrer de cancro. Ora, para este autor, esta dicotomia era simplista e não traduzia a complexidade da experiência oncológica. Por conseguinte, Mullan introduziu o termo sobrevivência para abranger e aproximar as experiências daqueles que estavam curados e dos que continuavam, apesar do fim do tratamento, a viver com a doença. Para este médico, o cancro e o seu tratamento são experiências muito mais complexas do que as de qualquer outra doença crónica. Sabendo à partida que as neoplasias não são todas iguais e que nem todas as pessoas experienciam o mesmo tipo de problemas, existem, ainda assim, muitas semelhanças (Feuerstein, 2007). Em 1986, a *National Coalition for Cancer Survivorship* (NCCS) cunhou na literatura científica da especialidade a categoria de sobrevivente oncológico e reconheceu os sobreviventes como uma população com necessidades específicas que carecem de um plano ajustado de cuidados (Ness et al., 2013).

Os sobreviventes de cancro lidam com efeitos secundários agudos, a longo prazo e/ou tardios. Estes podem provir não só do cancro mas também do tratamento. Além de sintomas físicos, os membros deste grupo também vivenciam problemas psicológicos, sociais, espirituais, emocionais e económicos, daí ser necessário dar especial atenção às necessidades complexas dos sobreviventes (Mullen & Mistry, 2018; Ness et al., 2013; Pongthavornkamol, Lekdamrongkul, Pinsuntorn, & Molassiotis, 2019).

Este conjunto de efeitos secundários da neoplasia e do tratamento oncológico podem ser divididos em dois tipos: os que se prolongam por alguns meses ou anos - efeitos secundários a longo prazo – e os outros que podem surgir meses ou anos depois do fim do tratamento, os efeitos secundários tardios. Todos eles provocam alterações na saúde e na qualidade de vida dos sobreviventes e requerem intervenção especializada. (Feuerstein, 2007). O

medo de uma recidiva, a fadiga, a neuropatia periférica, as alterações da memória e a dificuldade de concentração são os efeitos secundários mais comuns, após o tratamento com terapêuticas antineoplásicas; todavia, a osteoporose, os problemas cardíacos e as segundas neoplasias, entre outras, são patologias que estas pessoas estão mais propensas a desenvolver tardiamente (National Comprehensive Cancer Network, 2018; National Cancer Institute, 2018; Ness et al., 2013).

De modo a dar respostas adequadas às necessidades dos sobreviventes de cancro, foi elaborado o relatório *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition* (2005). Nele, recomendava-se a implementação de planos de cuidados para a sobrevivência. Estes deveriam assentar na comunicação e na coordenação de cuidados entre os sobreviventes e os profissionais de saúde. Porém, apesar destas recomendações, continuam a existir lacunas na continuidade dos cuidados prestados, o que faz com que os sobreviventes se sintam perdidos durante o período de transição e adaptação que se segue ao fim do tratamento. As dificuldades sentidas por muitos sobreviventes refletem-se negativamente na sua qualidade de vida e no seu bem-estar (Hewitt & Ganz, 2005). Neste relatório, a sobrevivência oncológica foi identificada como uma fase *per se*, distinta dos cuidados oncológicos. Ao mesmo tempo, este período tem sido o mais negligenciado pelos profissionais de saúde, daí a importância de cuidados especializados durante o período de sobrevivência oncológica. Os profissionais de saúde devem desenvolver competências e conhecimentos que lhes permitam aumentar a qualidade de vida dos sobreviventes (Hewitt & Ganz, 2005).

Perante o aumento significativo do número de sobreviventes oncológicos nos últimos anos, esta patologia passou a ser considerada crónica. Esta evolução exige que os enfermeiros em oncologia se envolvam profundamente nos cuidados prestados ao sobrevivente de cancro após o tratamento, elaborando planos de cuidados especializados e individualizados. No fundo, espera-se que os enfermeiros especialistas em oncologia compreendam que as fases de tratamento e de sobrevivência são igualmente importantes e carecem de cuidados distintos, mas igualmente especializados e personalizados. (Macmillan Cancer Support, 2014; Panek-Hudson, 2013).

Segundo Callista Roy, o paciente tem a capacidade de se adaptar a novas situações. O papel dos cuidados de Enfermagem é acompanhar o paciente e desenvolver estratégias para uma adaptação de qualidade a um estágio que pode causar constrangimentos no convívio diário com novas limitações. Os sobreviventes oncológicos são disto o exemplo perfeito, porque vivenciam uma série de efeitos secundários e/ou tardios após o tratamento, ou seja, necessitam de se adaptar progressivamente a uma nova realidade, a novos desafios. Estes efeitos secundários e/ou tardios podem afetar, simultaneamente ou não, qualquer um dos quatro modos adaptativos que Callista Roy apresenta na sua teoria: o Modo Fisiológico, o Modo de Autoconceito, o Modo de Interdependência e o Modo de Função na Vida Real. Posto isto, o enfermeiro especialista em oncologia deve intervir de modo a facilitar a adaptação do sobrevivente oncológico, promovendo respostas adaptáveis e contribuindo para a sua qualidade de vida e bem-estar (Tomey & Alligood, 2004).

A estruturação e implementação de uma consulta de Enfermagem para o sobrevivente oncológico torna-se essencial, pois as consultas de Enfermagem são um espaço privilegiado para a expressão dos sentimentos, das dúvidas e das necessidades do sobrevivente. A estruturação deste espaço permite ao enfermeiro não só identificar problemas mas também e sobretudo desenvolver estratégias e intervenções personalizadas, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida do paciente que sobreviveu ao cancro e aos tratamentos (Paz de Oliveira, Oliveira Queiroz, de Melo Matos, Falconieri de Moura, & Teixeira Lima, 2012).

Questão

O presente trabalho teve como ponto de partida uma questão que foi elaborada de acordo com a mnemónica **PCC**, de *Joanna Briggs Institute* (2015), em que o **P** se refere à **População**, o **C** a **Conceito** e o último **C**, a **Contexto**. O objetivo do uso desta mnemónica é conceber um quadro de referência para explorar e conduzir a revisão de forma sistemática e completa (JBI, 2015).

População	Adulto, Sobrevivente Oncológico com efeitos secundários da terapêutica antineoplásica Enfermeiros
Conceito	Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à sobrevivência
Contexto	Ambulatório

Tabela 1 – Esquematização da questão de pesquisa

Assim sendo, a questão da revisão *Scoping* elaborada é a seguinte:

- Quais as intervenções de Enfermagem que promovem a adaptação da pessoa à sobrevivência oncológica?

E o título:

- Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico: adaptação à sobrevivência

Critérios de seleção

De forma a adquirir toda a evidência científica disponível sobre a temática em estudo e para obter resposta à questão colocada, foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão, descritos na tabela 2, que otimizaram a pesquisa realizada.

	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Participantes ou população	Adultos (idade superior ou igual a 18 anos), que tenham terminado a primeira linha terapêutica antineoplásica, independentemente de estarem ou não neste momento a realizar terapêuticas e do diagnóstico oncológico.	Pessoas que só tenham sido submetidas a radioterapia, cirurgia e terapêutica oral.

Conceito	Intervenções de Enfermagem promotoras de uma adaptação saudável à sobrevivência da doença oncológica.	Documentos sem referência a intervenções de enfermagem na adaptação à sobrevivência oncológica
Contexto	Ambulatório	Outros serviços
Tipos de Fontes de Informação	Estudos qualitativos e quantitativos. Revisões da literatura. Literatura cinzenta.	Textos de opinião.
Data de Publicação	2009-2019.	
Idioma de Publicação	Português e inglês	Documentos com outro idioma
Disponibilidade dos textos	Full Text	Ausência de full Text

Tabela 2 – Critérios de seleção para a pesquisa

Metodologia de revisão

Estratégias de pesquisa

Esta pesquisa será elaborada de acordo com as normas estabelecidas pelo *Joanna Briggs Institute* (2018). Este guia metodológico permitirá mapear todos os estudos publicados na plataforma EBSCOhost, em inglês e português.

Numa primeira fase, será realizada uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, utilizando conceitos e palavras-chave pertinentes para o desenvolvimento deste estudo. Esta pesquisa permitir-me-á, num primeiro momento, analisar e inteirar-me dos títulos, dos resumos dos artigos bem como das palavras-chave e dos termos de indexação utilizados nos mesmos, o que, num momento posterior, contribuirá para a diversificação e enriquecimento das palavras-chave deste estudo. De forma a aumentar a sensibilidade na pesquisa,

decidi incluir todas as fontes de evidência, nomeadamente, estudo primários e artigos, simultaneamente com a minha estratégia de pesquisa definida.

Numa segunda fase, será realizada a correspondência das palavras-chave em linguagem natural com os termos de indexação que serão operacionalizados em descritores de pesquisa nas bases de dados. Na terceira e última fase, será realizada uma análise das referências bibliográficas dos artigos selecionados, de modo a identificar outros artigos com relevância para o tema em estudo.

Em todas as bases de dados os descritores são operacionalizados pelas expressões booleanas AND e OR, que se constituem códigos de pesquisa.

Todos os termos indexados foram precedidos de “MM” (Major concept).

- Base de dados MEDLINE

Pesquisa	Termos de Pesquisa	Resultados
S1 – S43	(MH "Cancer Survivors")	4835
S2 S44	(MH "Survivorship")	662
S3	"side effects of cancer treatment"	179
S4	"long-term side effects of chemotherapy"	16
S5	"late side effects of chemotherapy"	5
S6	"survivorship care plan"	274
S7	(MH "Nursing Care")	30,081
S8	(MH "Oncology Nursing")	8022
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	5422
S10	S6 OR S7 OR S8	38293
S11	S9 AND S10	132
S12	All adult	93
S13	2009-2019	73
S14	Texto integral	53

Base de dados CINAHL

Pesquisa	Termos de Pesquisa	Resultados
S1	(MH "Cancer Survivor")	11,426
S2	(MH "Survivorship")	551
S3	"side effects of cancer treatment"	98
S4	"long-term side effects of chemotherapy"	3
S5	"late side effects of chemotherapy"	3
S6	"survivorship care plan"	198
S7	(MH "Nursing Care")	25,017
S8	(MH "Oncologic Nursing")	16,125
S9	(MH "Nursing Interventions")	8.872
S10	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5	11,836
S11	S6 OR S7 OR S8 OR S9	49,150
S12	S10 AND S11	739
S13	All adult	212
S14	Texto integral	129
S15	English	124
S16	2009- 20192	95

Resultados

Seleção de resultados

Da pesquisa efetuada nas bases de dados surgiram 148 artigos potencialmente relevantes para o tema. Contudo, após a leitura de dos títulos e resumos dos artigos apenas 15 cumpriam os critérios de inclusão. Após a leitura integral dos artigos, apenas 3 respondiam à questão de investigação.

Assim sendo, a presente revisão tem como objetivo mapear quais as estratégias, descritas na literatura, que os enfermeiros adotam para promover a adaptação à sobrevivência oncológica. O resultado da análise dos alguns artigos é apresentado sob a forma de tabela.

Título (Autores e Ano)	Objetivo Metodologia	Resultados	Conclusões Implicações para a Enfermagem
- Concerns Across the survivorship trajectory: Results from a survey of cancer survivors (Sheryl Ness, RN, MA, OCN®, Janine Kokal, RN, MS, OCN®, Kelliann Fee-Schroeder, RN, BSN, OCN®, Paul Novotny, MS, Daniel Satele, BS, and Debra Barton, RN, PhD, AOCN®, FAAN, 2013)	- Avaliar os aspectos físicos mais prevalentes, preocupações sociais, emocionais e espirituais dos sobreviventes do câncer. - Estudo descritivo, transversal. Numa amostra de 337 sobreviventes de câncer. Métodos: os participantes responderam a uma pesquisa destinada a avaliar as preocupações auto-relatadas dos sobreviventes do câncer. Informações demográficas e perguntas usando escalas Likert foram usadas para medir preocupações e qualidade de vida.	No geral, a qualidade de vida foi relatada numa média de 8,44 em uma escala de 0–10. As cinco principais preocupações identificadas foram o medo de recorrência, a fadiga, viver com incertezas, a gestão do stress e distúrbios do sono. A prevalência e a gravidade das preocupações difere de acordo com o diagnóstico de câncer e o tempo desde o diagnóstico. Pessoas que relataram preocupações extremas relacionadas com a fadiga foram associados a menores scores de qualidade de vida.	- A pesquisa indicou que fadiga e o medo de recorrência são preocupações duradouras em toda a trajetória da sobrevivência. Além disto, a idade, diagnóstico de câncer e tempo desde o diagnóstico altera a experiência do sobrevivente. - Os enfermeiros devem tomar uma atitude proativa na avaliação das necessidades físicas, sociais, emocionais e espirituais de todos os sobreviventes do câncer, independentemente do tipo de câncer e do tempo desde o diagnóstico. - Esta pesquisa confirmou a importância de criar programas para apoiar os sobreviventes do câncer de uma forma integrativa desde o início diagnóstico até ao período de sobrevivência a longo prazo. Deve ser dada especial atenção às preocupações relacionadas ao medo de recorrência, fadiga, encargo financeiro e a longo prazo os efeitos do tratamento do câncer.

Título (Autores e Ano)	Objetivo Metodologia	Resultados	Conclusões Implicações para a Enfermagem
- Navigating the Seasons of Survivorship in Community Oncology (Michele O'Brien, RN, MSN, ACNS-BC, BA, Carrie Tompkins Stricker, PhD, RN, AOCN®, Jacqueline D. Foster, MPH, RN, OCN®, Kimberly Ness, MSN, RN, ACNS-BC, AOCN®, Aimee Ginsburg Arlen, PharmD, BCPS, and Rowena N. Schwartz, PharmD, BCOP, 2014)	Este artigo analisa a base e a estrutura do programa de sobreviventes e descreve a implementação do programa usando estudos de caso. Descreve o processo de avaliação do programa e resultados Os autores colheram dados de 344 pacientes em 421 visitas de 1º de janeiro a 31 de dezembro, 2012, que foram analisados para avaliar a implementação do programa e satisfação do paciente		O cuidado de sobrevivência é essencial para a saúde e o bem-estar das pessoas com câncer e está cada vez mais exigente. À medida que o atendimento oncológico evolui para atender às necessidades de sobrevivência dos pacientes, um modelo de enfermagem é viável e fornece suporte de qualidade cuidados de sobrevivência. O atendimento oncológico de sucesso incorpora o conhecimento e experiência de uma equipe multidisciplinar de prestadores de cuidados de saúde.

Título (Autores e Ano)	Objetivo Metodologia	Resultados	Conclusões Implicações para a Enfermagem
Physical Symptoms, Unmet Needs, and Quality of Life in Thai Cancer Survivors after the Completion of Primary Treatment (Kanaungnit Pongthavornkamol , Pichitra Lekdamrongkul , Pimchan Pinsuntorn , Alex Molassiotis, 2019)	Este estudo investigou sintomas físicos, necessidades de cuidados de suporte não atendidas e a percepção da qualidade de vida (QV) entre diferentes tipos de sobreviventes de cancro dos tailandeses após terminarem a primeira linha de tratamento. Estudo descritivo, exploratórios de natureza quantitativa.	Os sobreviventes do cancro geralmente manifestam uma boa qualidade de vida (QV), com QV significativamente mais baixa para sobreviventes de cancro de pulmão ($P < 0,001$). Não houve diferenças nas experiências de sintomas entre os cinco grupos de câncer, exceto para dor, que foi significativamente maior em sobreviventes de cancro de pulmão do que nos outros quatro grupos. Os sintomas relatados com mais frequência em todos os grupos foram a dormência nas mãos / pés, distúrbios do sono, fadiga e dor. A principal necessidade não atendida de cuidados de suporte entre todos os participantes foi relacionado com as preocupações com a recorrência do cancro (44,5%). Os sobreviventes de cancro de cabeça e pescoço relataram o maior número de necessidades entre os cinco grupos de câncer.	Este estudo mapeou as necessidades de cuidados de suporte não atendidas em pacientes tailandeses com cancro e mostrou que as pessoas com cancro de cabeça e pescoço e pulmão foram fortemente afetados. Um plano de cuidados de sobrevivência com foco sobre como lidar com os sintomas físicos, fornecer cuidados de suporte e psicossociais, deve ser desenvolvido para atender às necessidades de cada grupo de sobreviventes de cancro e para melhorar a qualidade de vida após a conclusão do tratamento.

Análise e discussão dos resultados

De acordo com os artigos selecionados, é evidente que os sobreviventes podem vivenciar efeitos secundários do tratamento e/ou do cancro, quer de ordem física, emocional, social, espiritual ou outros. A complexidade da sobrevivência exige uma avaliação e acompanhamento cuidadoso destas pessoas.

A equipa de enfermagem tem um papel preponderante no acompanhamento do sobrevivente, devida à sua proximidade com o mesmo. Para tal, os enfermeiros têm que ter conhecimento que os sobreviventes após terminarem os tratamentos, podem ter efeito secundário a longo prazo ou tardios, para que os possam reconhecer, intervir e encaminhar adequadamente.

Em Portugal desconheço uma consulta de enfermagem estruturada e inserida numa equipa multidisciplinar, que dê resposta às necessidades dos enfermeiros. Contudo, internacionalmente, foram criados centros de cuidados multidisciplinares, que pretendem dar resposta à complexidade das necessidades dos sobreviventes.

Conclusões

Esta revisão *Scoping* permite-me afirmar que os sobreviventes têm necessidades muito complexas que necessitam de ser identificadas e que a intervenção de enfermagem para uma adaptação saudável à sobrevivência é fundamental. É importante criar programas de intervenção multidisciplinar que suportem os sobreviventes de cancro de forma integrativa desde o diagnóstico até ao período de sobrevivência.

Tendo em conta que apenas três artigos foram encontrados, decidi alargar a minha pesquisa a outras bases de dados da plataforma EBSCO, bem como em livros, teses de mestrados e seleccionar bibliografia mencionada nos referidos artigos no âmbito da temática.

Apêndice II - Análise *SWOT*

S (Strengths) Forças Favoráveis	1. Motivação da equipa de Enfermagem na implementação do projeto; 2. Apoio da equipa multidisciplinar 3. O meu interesse e motivação pessoal
W (Weaknesses) Fraquezas Internas	1. Pouco tempo para a criação e implementação da consulta 2. Inexistências de documentos orientadores, normas e guiões de consultas de Enfermagem para população sobrevivente
O (Opportunities) Oportunidades	1. Gestão de comorbilidades 2. Gestão dos efeitos secundários 3. Prevenção e Detecção precoce de recidiva e/ou nova neoplasia 4. Plano de Cuidados de Saúde personalizado ao sobrevivente oncológico
T (Threats) Ameaças	1. Desconhecimento de uma consulta de Enfermagem para o sobrevivente Oncológico em Portugal

Apêndice III – Cronograma de estágio

Mês 2018/19	Setembro	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro		
Semanas	23 29	30 6	7 13	14 20	21 27	28 3	4 10	11 17	18 24	25 1	2 8	9 15	16 22	23 29	30 5	6 12	13 19	20 26	27 2	3 9	
Instituições																					
Serviço A	A1	A5	A5	A5	A5	A5								Férias de Natal							
	A2; A3; A4	A8	A8	A8	A8	A8															
	A5; A6; A8	A10	A10	A10	A9 A 10	A10 A14															
	A7	A7 A12	A7	A7	A7 A11	A7 A13															
Serviço B							A10 A15	A10 A15	A10 A15	A10 A16	A10 A16	A10 A16									
							A2 A8	A5	A5	A5 A17	A5 A17	A5 A17									
							A3 A7	A7	A7	A7	A7	A7									
							A4 A5	A8	A8	A8	A8	A8									
Serviço C													A2 A10			A5 A10	A5 A10	A5 A10	A5 A10	A5 A10	A5 A10
													A5			A16	A16	A16	A18 A19	A19 A20	A19 A20
	Elaboração do Relatório de Estágio																				

Legenda: A 1 – Realização da revisão *Scoping*; A 2 - Apresentação do projeto à equipa de enfermagem e multidisciplinar; A3 – Reconhecimento do serviço e o circuito do doente; A4 - Consulta os documentos e normas de funcionamento do serviço; A5 - Colaboração na prestação de cuidados ao sobrevivente oncológico; A6 - Elaboração do guião de observação; A7 - Aplicação do guião de observação; A8 - Observação dos peritos da equipa na prestação de cuidados ao sobrevivente; A9 - Composição de uma reflexão escrita de uma interação significativa; A10 - Análise e interpretação dos dados colhidos; A11 - Apresentação de uma comunicação sobre sobreviventes oncológicos; A12 - Participação nos workshops de treino de comunicação em Oncologia e problemas sexuais no homem com cancro no decorrer do congresso de oncosexologia; A 13 - Participação no Ovarian Cancer Summit; A14 - Elaboração de uma composição reflexiva da importância da participação nestes eventos; A15 – Elaboração e validação do questionário; A 16 – Aplicação do questionário aos enfermeiros; A17 - Elaboração de um fluxograma sobre o acompanhamento do sobrevivente oncológico em consulta de Enfermagem; A18 - Realização de uma ação de formação à equipa de Enfermagem sobre a consulta para o Sobrevivente Oncológico (CESO); A19 - Elaboração a norma da consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO); A20 - Elaboração o guião da consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO).

Apêndice IV – Guião de observação

Guião de Observação

Dados pessoais			
Interação nº		Profissão	
Idade		Estado civil	
Género		Agregado familiar (ascendentes ou descendentes dependentes)	
Hábitos alcoólicos		Atividades de Lazer	
Hábitos tabágicos		Pessoa de Referência	

História Clínica			
Antecedentes pessoais			
Antecedentes familiares			
Alergias			
Diagnóstico Médico			
Cirurgia (Tipo de abordagem)	/ /		
Tratamento Médico:	☐ Quimioterapia	☐ Hormonoterapia	☐ Imunoterapia
	☐ Terapêutica Targeted	☐ Radioterapia Zona irradiada	☐ Transplante de Medula Óssea
Identificação do(s) tratamento(s):			
Data de início		Data de fim	

Sintomas e efeitos secundários durante o tratamento antineoplásico		
☐ Fadiga	☐ Dor _____	☐ Medo e/ou Ansiedade
☐ Alterações no sono _____	☐ Alterações cutâneas _____	☐ Alterações da memória _____
☐ Náuseas	☐ Alterações peso _____	☐ Alterações da concentração _____
☐ Vómitos	☐ Alterações intestinais _____	☐ Neuropatia periférica
☐ Anorexia	☐ Alterações urinárias _____	☐ Alterações de humor _____
☐ Alterações cardíacas _____	☐ Afrontamentos	☐ Depressão
☐ Anemia	☐ Infecções	☐ Alterações da Sexualidade _____
☐ Alterações respiratórias _____	☐ Problemas digestivos _____	☐ Leucopenia
☐ Osteoporose	☐ Linfedema _____	☐ Xerostomia e ou disguesia
☐ Alterações da Imagem Corporal _____	☐ Problemas circulatórios _____	☐ Trombocitopenia
☐ Outro		

Sintomas e sinais que permaneceram após terminar os tratamentos antineoplásicos (quanto tempo após? _____)		
☐ Fadiga	☐ Dor _____	☐ Medo e/ou Ansiedade
☐ Alterações no sono _____	☐ Alterações cutâneas _____	☐ Alterações da memória _____
☐ Náuseas	☐ Alterações peso _____	☐ Alterações da concentração _____
☐ Vómitos	☐ Alterações intestinais _____	☐ Neuropatia periférica

☐ Anorexia	☐ Alterações urinárias _____	☐ Alterações de humor _____
☐ Alterações cardíacas _____	☐ Afrontamentos	☐ Depressão
☐ Anemia	☐ Infecções	☐ Alterações da Sexualidade _____
☐ Alterações respiratórias _____	☐ Problemas digestivos _____	☐ Leucopenia
☐ Osteoporose	☐ Linfedema _____	☐ Xerostomia e ou disguesia
☐ Alterações da Imagem Corporal _____	☐ Problemas circulatórios _____	☐ Trombocitopenia
☐ Outro		

Aspetos emocionais e sociais após tratamento antineoplásico	
Alterações nas relações familiares	
Alterações ou dificuldades em regressar ao trabalho	
Medo de recaída	
Viver com incerteza	
Isolamento	
Perda de fé e/ou espiritualidade	
Outro	

Intervenções de Enfermagem	
	Incentivar a adquirir uma alimentação adequada
	Promover a adesão à terapêutica
	Vigiar/Gerir de sintomas/efeitos secundários tardios dos tratamentos
	Gerir ansiedade
	Escuta ativa
	Demonstrar disponibilidade
	Encaminhar para com outros profissionais (médico, dietista, assistente social, etc)
	Ensinar sobre os cuidados a ter na prevenção de infeções
	Promover a esperança
	Promover o autocuidado de higiene e conforto
	Promover a realização de exercício físico adequado
	Promover uma hidratação oral adequada
	Promover a realização de exercícios que melhorem a memória e concentração
	Promover de hábitos de sono saudáveis
	Promover uma hidratação cutânea adequada
	Prevenção de quedas (ex: na neuropatia periférica)
	Promover de uma higiene oral adequada
	Promover estratégias de adaptação às alterações corporais
	Promover uma sexualidade saudável
	Incentivar a participar/retomar a atividade sociais
	Incentivar a participação dos cuidadores nos cuidados
	Incentivar a adoção de estratégias de gestão do tempo (conciliar horários de tratamento e consultas com a vida social/familiar)
	Incentivar a manutenção dos papéis (familiares, sociais, emprego, etc)
	Promover a autoestima
	Gestão de expectativas
	Outra:
Observações	

Apêndice V – Questionário

Caro(a) Enfermeiro(a),

Eu, Telma Sofia Ribeiro Henriques Grãos, enfermeira, estudante de mestrado, a desenvolver um projeto de estágio no âmbito do 10º curso de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, intitulado **Implementação da Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO): Intervenções de Enfermagem**, necessita de colher informação pertinente para a consecução do referido projeto.

Tendo como foco a consulta de Enfermagem consideram-se os enfermeiros os participantes alvo deste estudo. Neste contexto solicita-se contributo de cada um dos enfermeiros, que queiram participar, dada a sua experiência pessoal e profissional nesta área de cuidados de saúde.

Com este projeto pretende-se a melhoria dos cuidados de Enfermagem aos sobreviventes oncológicos através da identificação das suas necessidades de cuidados de saúde e das intervenções, específicas, que contribuam para uma vida mais confortável, com maior qualidade. As definições de sobreviventes oncológicos são diferenciadas, mas tendo em conta a realidade portuguesa e o intuito do meu projeto, ao longo deste questionário deverá considerar **sobrevivente oncológico toda a pessoa após ter terminado a primeira linha terapêutica proposta, independentemente do tempo, evolução da doença e das terapêuticas realizadas nesse seguimento.**

Este questionário permitir-me-á fazer um levantamento, minucioso, das necessidades dos sobreviventes oncológicos submetidos a terapêutica antineoplásica, identificadas pelos Enfermeiros no quotidiano da sua prática de cuidados e, ainda, as intervenções direcionadas para minimização/resolução do impacto da doença oncológica e dos tratamentos que lhe estão inerentes.

As respostas a este questionário subentendem a aceitação livre e informada, sendo assegurada a confidencialidade dos dados.

Deverá assinalar as respostas que considerar mais corretas e/ou próximas da sua realidade de cuidados. com o símbolo X.

Caso tenha interesse, os resultados do estudo ser-lhe-ão apresentados.

Atenciosamente,

Telma Henriques Grãos

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Este questionário garante o anonimato dos participantes, contudo com intuito de caracterizar os profissionais a que foi aplicado, importa saber:

Idade: _____ Sexo: M____ F____ Experiência profissional: _____ anos

Experiência profissional em Oncologia _____ anos

Experiência profissional com doentes oncológicos submetidos a tratamento antineoplásico _____ anos

Formação académica:

Licenciatura () Especialidade () Mestrado () Doutoramento () Outro ()

Qual? _____

1. Acompanhamento de Enfermagem do sobrevivente Oncológico	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1.1. O sobrevivente oncológico necessita de um acompanhamento estruturado da equipa de enfermagem.					
1.2. No seu serviço existem protocolos de orientação de acompanhamento do sobrevivente oncológico?					
1.3. Existe contacto telefónico disponível 24h, com atendimento da equipa de Enfermagem oncológica, para sobreviventes oncológicos?					
1.4. Realiza follow-up telefónico após terminar tratamento antineoplásico previsto como 1ª linha?					

1.5. Na sua intervenção de Enfermagem ao sobrevivente oncológico garante a sua privacidade?					
1.6. Estão outras pessoas no espaço onde está a prestar cuidados ao sobrevivente oncológico					
1.7. Contacta com sobreviventes oncológicos quando vêm à consulta médica					
1.8. Contacta com Sobreviventes oncológicos quando estes vêm colher sangue para análises e/ou punccionar para exames complementares de diagnóstico					
1.9. Contacta com Sobreviventes Oncológicos em consulta de Enfermagem planeada					
1.10. Contacta com Sobreviventes Oncológicos quando a pessoa recorre ao enfermeiro por descontrolo sintomatologia					
1.11. Presta cuidados ao sobrevivente oncológico no corredor					
1.12. Presta cuidados ao sobrevivente oncológico na sala de espera					
1.13. Presta cuidados ao sobrevivente oncológico na sala de colheita de sangue para análises e/ou punção para exames complementares de diagnóstico					
1.14. Presta cuidados ao sobrevivente oncológico no gabinete de consulta					
1.15. Presta cuidados ao sobrevivente oncológico na sala de trabalho de Enfermagem					
1.16. Presta cuidados ao sobrevivente oncológico no quarto					
1.17. Presta cuidados ao sobrevivente oncológico em outro local?					

2. Necessidades dos sobreviventes oncológicos	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Que necessidades de cuidados que, comumente, identifica, no quotidiano da sua prática profissional, no doente oncológico, sobrevivente, após ter sido submetido a tratamentos antineoplásicos.					
<i>2.1. Domínio Físico</i>					
Fadiga					
Alterações no sono					
Náuseas					
Vómitos					
Anorexia					
Alterações Cardíacas					
Anemia					
Alterações Respiratórias					
Osteoporose					
Dor					
Alterações cutâneas					
Alterações peso					
Alterações Intestinais					
Alterações urinárias					
Afrontamentos					
Infeções					
Problemas digestivos					

Linfedema					
Problemas circulatórios					
Neuropatia periférica					
Alterações da sexualidade					
Leucopenia					
Alterações da cavidade e mucosa oral (disgeusia, xerostomia, mucosite)					
Trombocitopenia					
Alterações dos dentes, deglutição e mastigação					
Alterações da memória					
Alterações da concentração					
Outro _____ _____					
 <i>2.2. Domínio Emocional</i> 					
Redefinição do conceito de “normalidade”					
Ansiedade					
Alterações da imagem corporal					
Viver com incerteza					
Medo de recaída					
Alterações de humor					
Depressão					
Tristeza					
Dificuldade/alterações na gestão de stress					

Alterações na sexualidade					
Alterações nas relações familiares					
Outro _____ _____					
2.3. <i>Domínio económico-social</i>					
Alterações ou dificuldades em regressar ao trabalho					
Isolamento social					
Problemas financeiros					
Alterações na gestão das tarefas domésticas					
Outro _____ _____					
2.4. <i>Domínio Espiritual</i>					
Preocupações com o Fim de Vida					
Suporte religioso ou espiritual					
<i>Distress</i> religioso ou espiritual					
Perda de fé					
Outro _____ _____					

<i>2.5. Domínio do bem-estar/qualidade de vida</i>					
Preocupação com os efeitos secundários a longo prazo					
Necessidade de manter ligação com a instituição e profissionais de saúde					
Tem a quem ligar em situação de problemas de saúde					
Mantem o médico de família ou médico assistente informado das suas necessidades					
Recurso a terapias alternativas e/ou complementares					

3. Cuidados de Enfermagem ao Sobrevivente					
Oncológico	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
Que importância as intervenções que, usualmente, recorre para satisfazer as necessidades de cuidados manifestadas pelo doente oncológico, sobrevivente, contribuem para o seu conforto/qualidade de vida e adaptação à nova realidade					
Incentivo a adquirir uma alimentação adequada					
Promoção o autocuidado de higiene e conforto					
Promoção de uma higiene oral adequada					
Promoção uma hidratação cutânea adequada					
Promoção uma hidratação oral adequada					
Promoção de hábitos de sono saudáveis					
Promoção de realização de exercício físico adequado					
Promoção de uma sexualidade saudável					
Gestão sintomática dos sintomas/efeitos secundários tardios dos tratamentos					

Esclarecimento dos cuidados a ter na prevenção de infeções					
Prevenção de quedas (ex: na neuropatia periférica)					
Promoção de estratégias de adaptação às alterações corporais					
Promoção de exercícios que melhorem a memória e concentração					
Incentivo a adoção de estratégias de gestão do tempo					
Incentivo a manutenção dos papéis (familiares, sociais, profissional, etc)					
Incentivo a participar/retomar a atividade sociais					
Incentivo a assunção dos cuidadores					
Gestão de terapêutica					
Demonstro disponibilidade para a relação interpessoal					
Promoção da esperança					
Promoção da autoestima					
Gestão de expectativas					
Outra _____ _____					
Promove o encaminhamento do sobrevivente oncológico para o médico					
Promove o encaminhamento do sobrevivente oncológico para o dietista/nutricionista					
Promove o encaminhamento do sobrevivente oncológico para assistente social					

Promove o encaminhamento do sobrevivente oncológico para fisioterapeuta					
Promove o encaminhamento do sobrevivente oncológico para psicólogo					
Promove o encaminhamento do sobrevivente oncológico para psiquiatra					
Promove o encaminhamento do sobrevivente oncológico para outro profissional? 					

Muita obrigada pela sua colaboração

Apêndice VI – Plano de atividades de estágio

Unidade de transplante de medula – Serviço A

Domínio de competências	Objetivo específico	Atividades	Meios e recursos
D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Integrar a equipa multidisciplinar do serviço	1. Apresentação o projeto 2. Realização uma visita ao serviço 3. Consulta os documentos e normas de funcionamento do serviço 4. Observação do circuito do doente	• Equipa de Enfermagem • Enfermeira orientadora • Enfermeira Chefe • Equipa multidisciplinar • Documentos do serviço • Docente orientador
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica. EONS 8 – Prática baseada na evidência aplicada aos cuidados prestados ao doente oncológico	Identificar as necessidades do sobrevivente oncológico, bem como as intervenções de Enfermagem para as colmatar, mencionadas na evidência científica	5. Realização da revisão <i>Scoping</i>	• Bases de dados • Protocolo de revisão <i>Scoping</i> • Docente orientador

EONS 4 – Apoiar a pessoa com doença oncológica ao longo de todo o seu percurso de doença e sobrevivência. B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro	Prestar cuidados de enfermagem ao sobrevivente oncológico, mobilizando conhecimento científico obtido, de modo a promover a adaptação à sobrevivência. Observar e identificar os problemas mais comuns da população sobrevivente de doença oncológica, submetidos a terapêutica antineoplásica, e as respetivas intervenções de Enfermagem desenvolvidas	6. Colaboração na prestação de cuidados ao sobrevivente oncológico 7. Elaboração e aplicação do guião de observação 8. Observação dos peritos da equipa na prestação de cuidados ao sobrevivente 9. Análise e interpretação dos dados colhidos	• Equipa de Enfermagem • Enfermeira orientadora • Enfermeira Chefe • Docente orientador
D 1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Refletir sobre uma interação enfermeiro – cliente no âmbito do tema do projeto	10. Composição de uma reflexão escrita de uma interação significativa: Estudo de caso	• Evidência científica pertinente • Ciclo de Gibbs • Enfermeiro orientador • Docente orientador
D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica EONS 6 – Comunicação inerente aos cuidados de	Participar no CUF UPDATE IN ONCOLOGY: Learning, Researching and Caring for Cancer Patients; Participar no congresso de Oncosexologia do IPO Lisboa;	12. Apresentação de uma comunicação sobre população sobrevivente oncológicos; 13. Participação nos workshops de treino de comunicação em Oncologia e problemas sexuais no homem com	• Docente orientador

Enfermagem aos doentes oncológicos EONS 8 – Prática baseada na evidencia aplicada nos cuidados ao doente oncológico	Participar no Ovarian Cancer Summit,	cancro no decorrer do congresso de oncosexologia; 14. Elaboração de uma composição reflexiva da importância da participação nestes eventos.	
---	---	---	--

Consulta de hemato-oncologia – Serviço B

Domínio de competências	Objetivo específico	Atividades	Meios e recursos
D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade	Integrar a equipa multidisciplinar do serviço	1. Apresentação o projeto 2. Realização uma visita ao serviço 3. Consulta os documentos e normas de funcionamento do serviço 4. Observação do circuito do doente	• Equipa de Enfermagem • Enfermeira orientadora • Enfermeira Chefe • Equipa multidisciplinar • Documentos do serviço • Docente orientador

EONS 4 – Apoiar a pessoa com doença oncológica ao longo de todo o seu percurso de doença e sobrevivência. B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro	Prestar cuidados de enfermagem ao sobrevivente oncológico, mobilizando conhecimento científico obtido, de modo a promover a adaptação à sobrevivência. Observar e identificar os problemas mais comuns da população sobrevivente de doença oncológica, após terminarem a primeira linha terapêutica, e as respectivas intervenções de Enfermagem desenvolvidas	6. Colaboração na prestação de cuidados ao sobrevivente oncológico 7. Observação dos peritos da equipa na prestação de cuidados ao sobrevivente 8. Elaboração do questionário 9. Submeter o questionário à apreciação de peritos 10. Aplicação dos questionários 11. Análise e interpretação dos dados colhidos	• Equipa de Enfermagem • Enfermeira orientadora • Enfermeira Chefe • Docente orientador
B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; EONS 4 – Apoiar a pessoa com doença oncológica ao longo de todo o seu percurso de doença e sobrevivência	Observar como é estruturado o acompanhamento do sobrevivente oncológico em consulta de Enfermagem	12. Elaboração de um fluxograma sobre o acompanhamento do sobrevivente oncológico em consulta de Enfermagem.	• Equipa de Enfermagem • Enfermeira orientadora • Enfermeira Chefe • Equipa multidisciplinar • Documentos do serviço • Docente orientador

Hospital de dia de Hemato-oncologia – Serviço C

Domínio de competências	Objetivo específico	Atividades	Meios e recursos
B1 — Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.	Dar a conhecer à equipa multidisciplinar o projeto	1. Apresentação o projeto à equipa de Enfermagem e à equipa multidisciplinar	• Equipa de Enfermagem • Enfermeira orientadora • Enfermeira Chefe • Equipa multidisciplinar • Documentos do serviço • Docente orientador

EONS 4 – Apoiar a pessoa com doença oncológica ao longo de todo o seu percurso de doença e sobrevivência. B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro	Identificar os problemas mais comuns da população sobrevivente de doença oncológica e as respetivas intervenções de Enfermagem desenvolvidas.	2. Aplicação de questionários a peritos; 3. Análise e interpretação dos dados colhidos	• Equipa de Enfermagem • Enfermeira Orientadora • Enfermeira Chefe • Docente orientador
B 1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica C 1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde. M3 - Tem capacidade de integrar os conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver situações ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções.	Dar a conhecer à equipa de Enfermagem a estrutura da consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO).	4. Realização de uma ação de formação à equipa de Enfermagem sobre a consulta para o Sobrevivente Oncológico (CESO).	• Equipa de Enfermagem • Enfermeira orientadora • Enfermeira Chefe • Equipa multidisciplinar • Documentos do serviço • Docente orientador

B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica M1 - Possui conhecimentos e capacidade de compreensão, desenvolvendo e aprofundando conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, e que permitam e constituam uma base de desenvolvimentos e aplicações originais, por exemplo em contexto de investigação M2 -Sabe aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em novas situações, em contextos alargados e multidisciplinares, dentro da sua área de estudo	Implementar a consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO); Prestar cuidados de enfermagem ao sobrevivente oncológico, mobilizando conhecimento científico obtido, de modo a promover a adaptação à sobrevivência.	5. Elaboração a norma da consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO); 6. Elaboração o guião da consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO); 7. Colaboração nos cuidados de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico (CESO);	• Equipa de Enfermagem • Enfermeira orientadora • Enfermeira Chefe • Equipa multidisciplinar • Documentos do serviço • Docente orientador
---	--	---	--

Apêndice VII – Análise de conteúdo

Análise de Conteúdo

1. Análise dos guiões de Observação UTM – Serviço A

	Serviço A					
Interação	1	2	3	4	5	6
Idade	47	29	33	41	48	38
Género	M	M	M	F	F	F
Hábitos alcoólicos	0	S	S	S	N	S
Hábitos tabágicos	N	N	S	N	N	N
Profissão	Fiscal Municipal	Vendedor	Músico	Prof. Biologia	Higienista oral	Inspetora tributária
Estado civil	Casado	Solteiro	Solteiro	Casado	Casado	Casado
Agregado familiar	Esposa e filha	Filho e mãe	Pais	Marido e filho	Marido e filho	Marido e filho
Actividades de lazer	Artes marciais /andar de barco/pesca de barco	0	Dar aulas de música e tocar	Estar na praia enquanto o marido praticava surf	Ler, cinema e ponto cruz	Correr - treinava para maratonas
Pessoa de referência	Esposa, sogros, irmã e pais	Mãe	Mãe	Marido e filho	Marido	Marido

Tabela 1: Dados pessoais

Serviço A		Total	%Total
Fadiga	6	6	100%
Alterações do sono	2	6	33%
Náuseas	4	6	67%
Vômitos	4	6	67%
Anorexia	3	6	50%
Alterações Cardíacas	0	6	0%
Anemia	0	6	0%
Alterações respiratórias	1	6	17%
Osteoporose	0	6	0%
Alterações da Imagem corporal	1	6	17%
Dor	0	6	0%
Alterações cutâneas	2	6	33%
Alterações de peso	1	6	17%
Alterações intestinais	2	6	33%
Alterações urinárias	0	6	0%
Afrontamentos	0	6	0%
Infeções	5	6	83%
Problemas digestivos	1	6	17%
Linfedema	0	6	0%
Problemas circulatórios	0	6	0%
Medo e /ou ansiedade	6	6	100%
Alterações da memória	1	6	17%
Alterações da concentração	1	6	17%
Neuropatia periférica	2	6	33%
Alterações de humor	3	6	50%
Depressão	2	6	33%
Alterações da sexualidade	2	6	33%
Leucopenia	0	6	0%
Xerostomia e/ou disgeusia	1	6	17%
Trombocitopenia	2	6	33%
Outro	"Pensava que não ia sobreviver"		
	"Isolamento social"		
	"Tremor fino das mãos"		
	"Mucosite"		

Tabela 2: Sintomas e efeitos secundários durante o tratamento

	Serviço A	%Total	Total
Fadiga	4	67%	6
Alterações do sono	1	17%	6
Náuseas	0	0%	6
Vômitos	0	0%	6
Anorexia	1	17%	6
Alterações Cardíacas	0	0%	6
Anemia	1	17%	6
Alterações respiratórias	1	17%	6
Osteoporose	3	50%	6
Alterações da Imagem corporal	4	67%	6
Dor	5	83%	6
Alterações cutâneas	3	50%	6
Alterações de peso	0	0%	6
Alterações intestinais	2	33%	6
Alterações urinárias	0	0%	6
Afrontamentos	0	0%	6
Infeções	5	83%	6
Problemas digestivos	0	0%	6
Linfedema	1	17%	6
Problemas circulatórios	0	0%	6
Medo e /ou ansiedade	4	67%	6
Alterações da memória	3	50%	6
Alterações da concentração	2	33%	6
Neuropatia periférica	1	17%	6
Alterações de humor	3	50%	6
Depressão	3	50%	6
Alterações da sexualidade	2	33%	6
Leucopenia	1	17%	6
Xerostomia e/ou disgeusia	2	33%	6
Trombocitopenia	3	50%	6
Outro	"Dependência do hospital" (2x)		
	"alterações da mobilidade"		
	"Vivo tudo intensamente"		
	"Secura ocular"		

Tabela 3: Sintomas e sinais após tratamento

	Serviço A					
Interação	1	2	3	4	5	6
Alterações nas relações familiares	"Adorava ir de férias para a praia, mas agora vai a minha esposa e a minha filha e eu fico em casa"	"A minha esposa deixou-me "	"O meu pai teve um AVC e neste momento está a viver num lar. Vivo só com a minha mãe"	"A minha família lá de casa tem todo o mérito de eu conseguir fazer e ultrapassar isto tudo" ;"Eu descobri o gosto pela fotografia porque não conseguia acompanhar a«o meu marido e a minha filha nas caminhadas, então ficava a tirar fotografias"		"Não consigo acompanhar o meu filho nas brincadeiras, fico logo cansada"
Alterações ou dificuldade em regressar ao trabalho	"Voltei a trabalhar apesar de o médico achar que era cedo e, correu mal. Apanhei gripe A, tive que voltar ao isolamento. Achei que já não saia de lá"			"Tive de me reformar porque a lei não prevê mais de três anos baixa. Para puder voltar a trabalhar tinha que ir trabalhar um mês e depois continuar de baixa, mas nesse momento estava a entrar para o segundo transplante e não podia ir trabalhar"		"Continuo de baixa e sem capacidade de pensar em voltar"
Medo da recaída	"A Dra já me disse que a minha doença é das que recai muito"		"Tenho medo da recaída, mas se tiver que ser será"; "uns dias antes de vir fazer os exames começo a stressar"	"Sempre com medo da recaída, mas o meu lema sempre foi um dia de cada vez"		

Viver na incerteza	"Vivo sempre com medo"; "Muitas pessoas que fizeram transplante comigo já morreram"	"Quero muito voltar para cabo verde. Apesar de a Dra me dizer que não posso voltar, eu gostava muito de voltar e ver a minha filha"	"Vivo sempre na incerteza do futuro"	"Está-se a aproximar a data dos exames de follow-up de 3 anos após segundo transplante e comecei a pensar nisso inconscientemente"	"Ainda nem sei se o transplante fez efeito, tem que se esperar tanto"
Isolamento	"Deixei de ir à pesca, que eu adorava"; "Passo o dia no computador como os adolescentes"				"Deixei de falar com as minhas amigas porque não tenho paciência para lhes explicar tudo, a toda a hora"
Perda de fé e/ou espiritualidade					
Outro				"Sinto-me segura aqui no IPO"; Tivemos que fazer reajustes, porque me reformaram e vivemos com menos 600 euros por mês"	"É um vazio. Não sei quem sou, nem o que quero. Pelo menos estou cá"

Tabela 4: Aspetos emocionais e sociais após tratamento antineoplásico

Intervenções de Enfermagem		%Total	Total
Incentivar a adquirir uma alimentação adequada	4	67%	6
Promover a adesão à terapêutica	5	83%	6
Vigiar/Gerir de sintomas/efeitos secundários tardios dos tratamentos	6	100%	6
Gerir ansiedade	6	100%	6
Escuta ativa	6	100%	6
Demonstrar disponibilidade	6	100%	6
Encaminhar para com outros profissionais (médico, dietista, assistente social, etc)	2	33%	6
Ensinar sobre os cuidados a ter na prevenção de infeções	5	83%	6
Promover a esperança	5	83%	6
Promover o autocuidado de higiene e conforto	1	17%	6
Promover a realização de exercício físico adequado	3	50%	6
Promover uma hidratação oral adequada	3	50%	6
Promover a realização de exercícios que melhorem a memória e concentração	2	33%	6
Promover de hábitos de sono saudáveis	0	0%	6
Promover uma hidratação cutânea adequada	1	17%	6
Prevenção de quedas (ex: na neuropatia periférica)	1	17%	6
Promover de uma higiene oral adequada	0	0%	6
Promover estratégias de adaptação às alterações corporais	4	67%	6
Promover uma sexualidade saudável	2	33%	6
Incentivar a participar/retomar a atividade sociais	3	50%	6
Incentivar a participação dos cuidadores nos cuidados	1	17%	6
Incentivar a adoção de estratégias de gestão do tempo (conciliar horários de tratamento e consultas com a vida social/familiar)	2	33%	6
Incentivar a manutenção dos papéis (familiares, sociais, emprego, etc)	4	67%	6
Promover a autoestima	4	67%	6
Gestão de expectativas	5	83%	6
Outra:	"Ensinaram-me a falar português"		
	"Cuidados com o sol"		

Tabela 5: Intervenções de Enfermagem

2. Análise dos guiões de observação da consulta de hemato-oncologia –
Serviço B

	Serviço B						
Interação	1	2	3	4	5	6	7
Idade	62	76	61	58	86	72	74
Género	M	F	F	F	M	F	M
Hábitos alcoólicos	N	N	S	N	N	S	S
Hábitos tabágicos	N	N	S	S	N	N	N
Profissão	Motorista de transportes públicos ligeiros (reformado)	Assistente dentária	Advogada	Prof. Belas Artes	Sargento Mor do Exército	Prof de português/Francês - reformada	Fuzileiro
Estado civil	Casado	Viúva	Divorciada	Divorciada	Casado	Divorciada	Casado
Agregado familiar	Esposa e dois netos	Vive sozinha	Filha e neto	Filho	esposa	Filha	Esposa
Atividades de lazer	Caminhadas	Croché	0	Ginástica de postura e alongamentos + caminhadas	caminhadas	Trabalhos manuais/ passear	Caminhadas / PC
Pessoa de referência	Esposa	Filhas	Filha	Filho	Esposa	Filha	Esposa

Tabela 5: Dados pessoais

Serviço B		%Total	Total
Fadiga	7	100%	7
Alterações do sono	1	14%	7
Náuseas	2	29%	7
Vômitos	1	14%	7
Anorexia	2	29%	7
Alterações Cardíacas	0	0%	7
Anemia	2	29%	7
Alterações respiratórias	3	43%	7
Osteoporose	0	0%	7
Alterações da Imagem corporal	0	0%	7
Dor	4	57%	7
Alterações cutâneas	3	43%	7
Alterações de peso	2	29%	7
Alterações intestinais	5	71%	7
Alterações urinárias	1	14%	7
Afrontamentos	0	0%	7
Infeções	3	43%	7
Problemas digestivos	1	14%	7
Linfedema	0	0%	7
Problemas circulatórios	1	14%	7
Medo e /ou ansiedade	2	29%	7
Alterações da memória	0	0%	7
Alterações da concentração	0	0%	7
Neuropatia periférica	5	71%	7
Alterações de humor	1	14%	7
Depressão	1	14%	7
Alterações da sexualidade	0	0%	7
Leucopenia	1	14%	7
Xerostomia e/ou disgeusia	1	14%	7
Trombocitopenia	2	29%	7
Outro	"Mucosite e impotência funcional dos membros superiores"		
	Mucosite (3x)		
	Gengivorragias		

Tabela 6: Sintomas e efeitos secundários durante o tratamento

Serviço B		%Total	Total
Fadiga	3	43%	7
Alterações do sono	2	29%	7
Náuseas	0	0%	7
Vômitos	0	0%	7
Anorexia	1	14%	7
Alterações Cardíacas	0	0%	7
Anemia	1	14%	7
Alterações respiratórias	0	0%	7
Osteoporose	1	14%	7
Alterações da Imagem corporal	1	14%	7
Dor	2	29%	7
Alterações cutâneas	2	29%	7
Alterações de peso	0	0%	7
Alterações intestinais	1	14%	7
Alterações urinárias	0	0%	7
Afrontamentos	0	0%	7
Infeções	1	14%	7
Problemas digestivos	0	0%	7
Linfedema	0	0%	7
Problemas circulatórios	0	0%	7
Medo e /ou ansiedade	6	86%	7
Alterações da memória	2	29%	7
Alterações da concentração	1	14%	7
Neuropatia periférica	4	57%	7
Alterações de humor	1	14%	7
Depressão	0	0%	7
Alterações da sexualidade	0	0%	7
Leucopenia	0	0%	7
Xerostomia e/ou disgeusia	0	0%	7
Trombocitopenia	0	0%	7
Outro	Necrose da mandíbula		
	Edema dos membros inferiores		

Tabela 7: Sintomas e sinais após tratamento

Serviço B	1	2	3	4	5	6	7
Alterações nas relações familiares			"Só falo com os amigos por mail, porque não tenho paciência para o coitadinha"				
Alterações ou dificuldade em regressar ao trabalho		"tenho que fazer as minhas coisas e descansar, mas vou fazendo"	" Não quero fazer quimioterapia porque o meu seguro de saúde é da empresa e isso implicaria continuar a trabalhar ali		Está reformado		
Medo da recaída/Viver na incerteza		"Estou sempre com medo do valor das análises. Sinto-me bem, mas de um momento para o outro pode piorar tudo e pronto"	"Sei que não vou ficar curado mas tenho que aprender a lidar com isso"	Sim	"Vivo a cuidar da minha saúde, pois tenho tido muitas intercorrências"	Sim	
Isolamento		"Quase nunca saio de casa, a não ser quando a minha cunhada me convida para ir beber café"	"Quando recaí tive muito mal psicologicamente, mas depois tive uma discussão comigo mesma e passou"		"Eu, ficar ao pé de outras pessoas, nem pensar!"		"Não saio de casa, nem caminhadas tenho ido fazer"
Perda de fé e/ou espiritualidade							
Outro							

Tabela 8: Aspetos emocionais e sociais após tratamento antineoplásico

Intervenções de Enfermagem		Total %	Total
Incentivar a adquirir uma alimentação adequada	2	29%	7
Promover a adesão à terapêutica	1	14%	7
Vigiar/Gerir de sintomas/efeitos secundários tardios dos tratamentos	6	86%	7
Gerir ansiedade	6	86%	7
Escuta ativa	7	100%	7
Demonstrar disponibilidade	7	100%	7
Encaminhar para com outros profissionais (médico, dietista, assistente social, etc)	2	29%	7
Ensinar sobre os cuidados a ter na prevenção de infeções	4	57%	7
Promover a esperança	4	57%	7
Promover o autocuidado de higiene e conforto	1	14%	7
Promover a realização de exercício físico adequado	5	71%	7
Promover uma hidratação oral adequada	3	43%	7
Promover a realização de exercícios que melhorem a memória e concentração	1	14%	7
Promover de hábitos de sono saudáveis	3	43%	7
Promover uma hidratação cutânea adequada	4	57%	7
Prevenção de quedas (ex: na neuropatia periférica)	4	57%	7
Promover de uma higiene oral adequada	2	29%	7
Promover estratégias de adaptação às alterações corporais	0	0%	7
Promover uma sexualidade saudável	0	0%	7
Incentivar a participar/retomar a atividade sociais	5	71%	7
Incentivar a participação dos cuidadores nos cuidados	0	0%	7
Incentivar a adoção de estratégias de gestão do tempo (conciliar horários de tratamento e consultas com a vida social/familiar)	0	0%	7
Incentivar a manutenção dos papéis (familiares, sociais, emprego, etc)	1	14%	7
Promover a autoestima	1	14%	7
Gestão de expectativas	1	14%	7
Outra:	0	0%	7

Tabela 9: Intervenções de Enfermagem

3. Análise dos questionários aplicados aos enfermeiros no serviço B

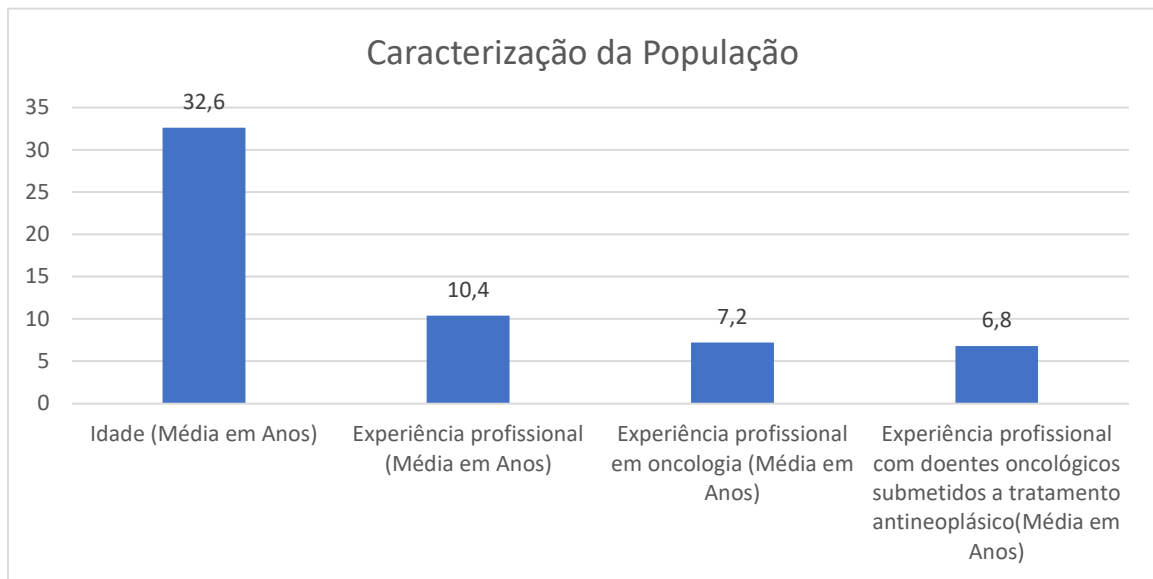


Gráfico 1: Caracterização da população do serviço B

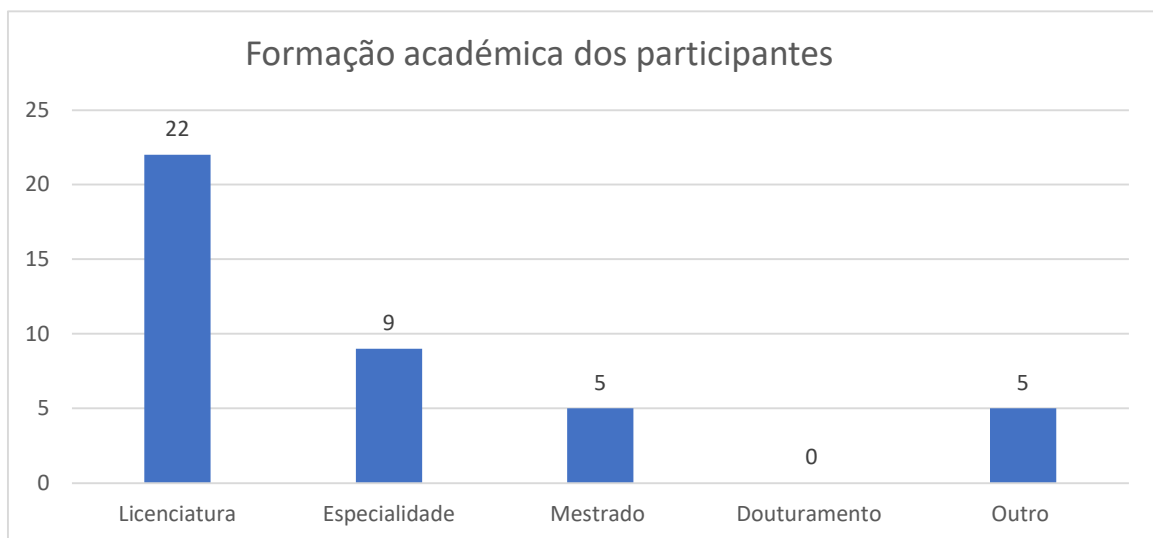


Gráfico 2: Formação académica da população do serviço B

Serviço B		A		B		C		D		E		0	
		Nunca	%	Poucas Vezez	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	%	Nulos	%
1.1.	O sobrevivente oncológico necessita de um acompanhamento estruturado da equipa de enfermagem.	0	0%	0	0%	2	9%	3	14%	17	77%	0	0%
1.2.	No seu serviço existem protocolos de orientação de acompanhamento do sobrevivente oncológico?	10	45%	4	18%	1	5%	2	9%	3	14%	2	9%
1.3.	Existe contacto telefónico disponível 24h, com atendimento da equipa de Enfermagem oncológica, para sobreviventes oncológicos?	1	5%	2	9%	1	5%	2	9%	16	73%	0	0%
1.4.	Realiza follow-up telefónico após terminar tratamento antineoplásico previsto como 1ª linha?	6	27%	6	27%	4	18%	1	5%	3	14%	2	9%
1.5	Na sua intervenção de Enfermagem ao sobrevivente oncológico garante a sua privacidade?	0	0%	0	0%	0	0%	4	18%	18	82%	0	0%
1.6	Estão outras pessoas no espaço onde está a prestar cuidados ao sobrevivente oncológico	4	18%	6	27%	5	23%	4	18%	3	14%	0	0%
1.7	Contacta com sobreviventes oncológicos quando vêm à consulta médica	2	9%	3	14%	5	23%	8	36%	4	18%	0	0%
1.8.	Contacta com Sobreviventes oncológicos quando estes vêm colher sangue para análises e/ou puncionar para exames complementares de diagnóstico	5	23%	6	27%	6	27%	3	14%	2	9%	0	0%
1.9.	Contacta com Sobreviventes Oncológicos em consulta de Enfermagem planeada	6	27%	1	5%	4	18%	5	23%	5	23%	1	5%
1.10.	Contacta com Sobreviventes Oncológicos quando a pessoa recorre ao enfermeiro por descontrolo sintomatologia	0	0%	0	0%	2	9%	7	32%	13	59%	0	0%
1.11.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico no corredor	15	68%	2	9%	4	18%	0	0%	1	5%	0	0%
1.12.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico na sala de espera	15	68%	4	18%	2	9%	1	5%	0	0%	0	0%

1.13.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico na sala de colheita de sangue para análises e/ou punção para exames complementares de diagnóstico	9	41%	3	14%	5	23%	4	18%	0	0%	1	5%
1.14.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico no gabinete de consulta	3	14%	2	9%	3	14%	8	36%	5	23%	1	5%
1.15.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico na sala de trabalho de Enfermagem	4	18%	1	5%	3	14%	7	32%	5	23%	2	9%
1.16.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico no quarto	6	27%	3	14%	5	23%	4	18%	2	9%	2	9%
1.17.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico em outro local?	HD				Domicílio							

Tabela 10: Acompanhamento de Enfermagem do Sobrevivente Oncológico

Serviço B	A		B		C		D		E	
	Nunca	%	Poucas Vezes	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	%
Fadiga	0	0%	0	0	1	5%	15	68%	6	27%
Alterações no sono	0	0%	0	0%	10	45%	12	55%	0	0%
Náuseas	0	0%	5	23%	8	36%	9	41%	0	0%
Vômitos	1	5%	11	50%	7	32%	3	14%	0	0%
Anorexia	0	0%	1	5%	8	36%	13	59%	0	0%
Alterações Cardíacas	2	9%	12	55%	8	36%	0	0%	0	0%
Anemia	0	0%	4	18%	13	59%	3	14%	2	9%
Alterações Respiratórias	0	0%	12	55%	7	32%	2	9%	1	5%
Osteoporose	3	14%	5	23%	9	41%	5	23%	0	0%
Dor	0	0%	4	18%	5	23%	13	59%	0	0%
Alterações cutâneas	0	0%	6	27%	9	41%	7	32%	0	0%
Alterações peso	0	0%	2	9%	8	36%	12	55%	0	0%
Alterações Intestinais	0	0%	5	23%	6	27%	11	50%	0	0%
Alterações urinárias	0	0%	7	32%	11	50%	4	18%	0	0%
Afrontamentos	1	5%	9	41%	4	18%	8	36%	0	0%
Infeções	0	0%	10	45%	7	32%	4	18%	1	5%
Problemas digestivos	0	0%	2	9%	17	77%	3	14%	0	0%
Linfedema	3	14%	8	36%	8	36%	3	14%	0	0%
Problemas circulatórios	0	0%	9	41%	12	55%	0	0%	0	0%
Neuropatia periférica	0	0%	5	23%	4	18%	13	59%	0	0%
Alterações da sexualidade	0	0%	5	23%	10	45%	7	32%	0	0%

Leucopenia	0	0%	7	32%	9	41%	5	23%	1	5%
Alterações da cavidade e mucosa oral (disgeusia, xerostomia, mucosite)	0	0%	4	18%	9	41%	9	41%	0	0%
Trombocitopenia	0	0%	10	45%	6	27%	5	23%	1	5%
Alterações dos dentes, deglutição e mastigação	0	0%	9	41%	10	45%	3	14%	0	0%
Alterações da memória	0	0%	7	32%	4	18%	11	50%	0	0%
Alterações da concentração	0	0%	7	32%	5	23%	10	45%	0	0%
Outro										

Tabela 11: Necessidades dos Sobreviventes Oncológicos – Domínio físico

Serviço B	A Nunca	%	B Poucas Vezez	%	C Algumas vezes	%	D Muitas vezes	%	E Sempre	%
Redefinição do conceito de “normalidade”	0	0%	2	9%	6	27%	11	50%	3	14%
Ansiedade	0	0%	0	0%	7	32%	15	68%	0	0%
Alterações da imagem corporal	0	0%	2	9%	5	23%	14	64%	1	5%
Viver com incerteza	0	0%	0	0%	5	23%	16	73%	1	5%
Medo de recaída	0	0%	1	5%	3	14%	12	55%	6	27%
Alterações de humor	0	0%	1	5%	9	41%	11	50%	1	5%
Depressão	0	0%	4	18%	9	41%	9	41%	0	0%
Tristeza	0	0%	2	9%	8	36%	11	50%	1	5%
Dificuldade/ alterações na gestão de stress	0	0%	4	18%	8	36%	10	45%	0	0%
Alterações na sexualidade	0	0%	5	23%	10	45%	6	27%	1	5%
Alterações nas relações familiares	0	0%	4	18%	11	50%	7	32%	0	0%

Tabela 12: Necessidades dos Sobreviventes Oncológicos – Domínio Emocional

Serviço B	A		B		C		D		E	
	Nunca	%	Poucas Vezes	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	%
Alterações ou dificuldades em regressar ao trabalho	1	5%	1	5%	10	45%	9	41%	1	5%
Isolamento social	0	0%	10	45%	7	32%	5	23%	0	0%
Problemas financeiros	0	0%	8	36%	8	36%	6	27%	0	0%
Alterações na gestão das tarefas domésticas	0	0%	5	23%	6	27%	11	50%	0	0%

Tabela 13: Necessidades dos Sobreviventes Oncológicos - Domínio económico-social

Serviço B	A		B		C		D		E	
	Nunca	%	Poucas Vezes	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	%
Preocupações com o Fim de Vida	0	0%	4	18%	5	23%	10	45%	3	14%
Suporte religioso ou espiritual	0	0%	5	23%	12	55%	5	23%	0	0%
Distress religioso ou espiritual	0	0%	9	41%	10	45%	3	14%	0	0%
Perda de fé	0	0%	12	55%	8	36%	2	9%	0	0%

Tabela 14: Necessidades dos Sobreviventes Oncológicos -Domínio Espiritual

Serviço B	A		B		C		D		E	
	Nunca	%	Poucas Vezes	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	%
Preocupação com os efeitos secundários a longo prazo	1	5%	2	9%	8	36%	10	45%	1	5%
Necessidade de manter ligação com a instituição e profissionais de saúde	0	0%	3	14%	7	32%	5	23%	7	32%
Tem a quem ligar em situação de problemas de saúde	0	0%	1	5%	8	36%	10	45%	3	14%
Mantem o médico de família ou médico assistente informado das suas necessidades	0	0%	2	9%	9	41%	8	36%	3	14%
Recurso a terapias alternativas e/ou complementares	0	0%	7	32%	11	50%	3	14%	1	5%

Tabela 15: Necessidades dos Sobreviventes Oncológicos – Domínio do bem-estar/qualidade de vida

Serviço B	A		B		C		D		E	
	Nunca	%	Poucas Vezes	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	%
Incentivo a adquirir uma alimentação adequada	0	0%	1	5%	2	9%	8	36%	11	50%
Promoção o autocuidado de higiene e conforto	0	0%	2	9%	3	14%	7	32%	10	45%
Promoção de uma higiene oral adequada	0	0%	1	5%	2	9%	11	50%	8	36%
Promoção uma hidratação cutânea adequada	0	0%	0	0%	3	14%	10	45%	9	41%
Promoção uma hidratação oral adequada	0	0%	0	0%	3	14%	9	41%	10	45%
Promoção de hábitos de sono saudáveis	0	0%	1	5%	4	18%	11	50%	6	27%
Promoção de realização de exercício físico adequado	1	5%	0	0%	2	9%	12	55%	7	32%
Promoção de uma sexualidade saudável	1	5%	2	9%	6	27%	10	45%	3	14%
Gestão sintomática dos sintomas/efeitos secundários tardios dos tratamentos	2	9%	0	0%	1	5%	9	41%	10	45%
Esclarecimento dos cuidados a ter na prevenção de infeções	1	5%	0	0%	2	9%	9	41%	10	45%
Prevenção de quedas (ex: na neuropatia periférica)	1	5%	0	0%	5	23%	11	50%	5	23%
Promoção de estratégias de adaptação às alterações corporais	1	5%	0	0%	3	14%	11	50%	7	32%
Promoção de exercícios que melhorem a memória e concentração	1	5%	3	14%	7	32%	7	32%	4	18%
Incentivo a adoção de estratégias de gestão do tempo	0	0%	3	14%	6	27%	10	45%	3	14%

Incentivo a manutenção dos papéis (familiares, sociais, profissional, etc)	0	0%	0	0%	6	27%	9	41%	7	32%
Incentivo a participar/retomar a atividade sociais	0	0%	1	5%	2	9%	8	36%	11	50%
Incentivo a assunção dos cuidadores	0	0%	1	5%	4	18%	11	50%	5	23%
Gestão de terapêutica	0	0%	0	0%	2	9%	12	55%	8	36%
Demonstro disponibilidade para a relação interpessoal	0	0%	1	5%	1	5%	4	18%	16	73%
Promoção da esperança	0	0%	1	5%	2	9%	8	36%	11	50%
Promoção da autoestima	0	0%	2	9%	1	5%	8	36%	11	50%
Gestão de expectativas	0	0%	0	0%	1	5%	10	45%	11	50%
Outra	0		0		0	0%	0		0	

Tabela 16: Cuidados de Enfermagem ao Sobrevivente Oncológico

Serviço B	A Nunca	%	B Poucas Vezes	%	C Algumas vezes	%	D Muitas vezes	%	E Sempre	%
Promove o encaminhamento para o médico	1	5%	0	0%	5	23%	7	32%	8	36%
Promove o encaminhamento para o dietista/nutricionista	1	5%	0	0%	11	50%	4	18%	6	27%
Promove o encaminhamento para assistente social	1	5%	3	14%	8	36%	5	23%	5	23%
Promove o encaminhamento para fisioterapeuta	2	9%	5	23%	4	18%	6	27%	5	23%
Promove o encaminhamento para psicólogo	1	5%	0	0%	7	32%	8	36%	6	27%
Promove o encaminhamento para psiquiatra	3	14%	2	9%	6	27%	6	27%	5	23%
Promove o encaminhamento para outro profissional?	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabela 17: Encaminhamento dos Sobreviventes Oncológicos para outros profissionais

4. Análises dos questionários aplicados aos enfermeiros no serviço C

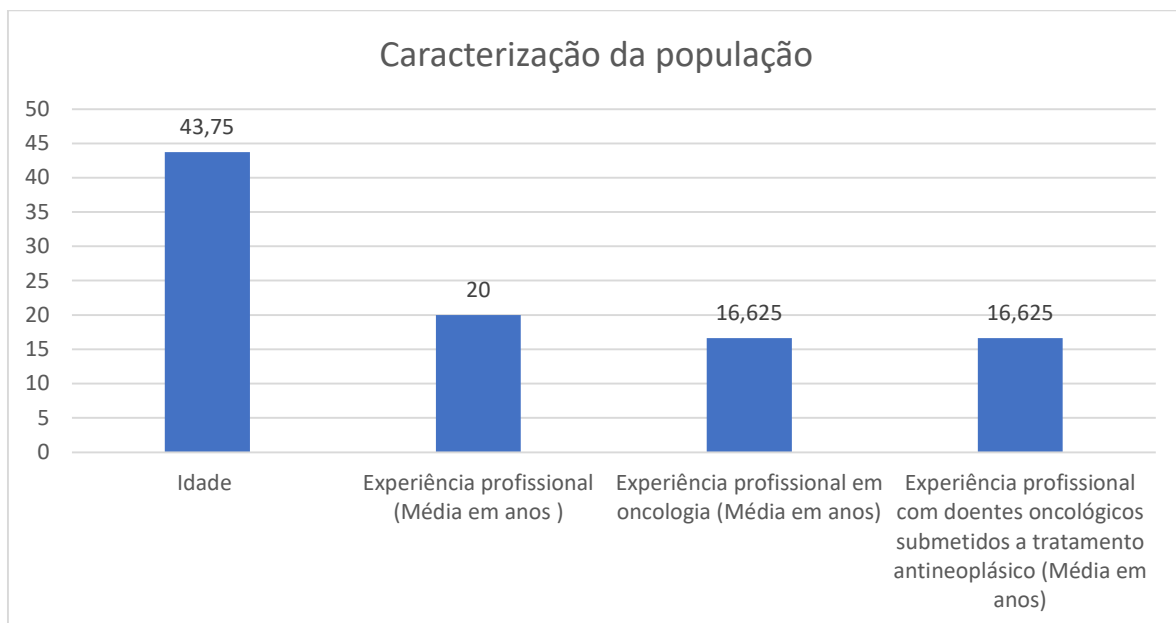


Gráfico 3: Caracterização da população do serviço C

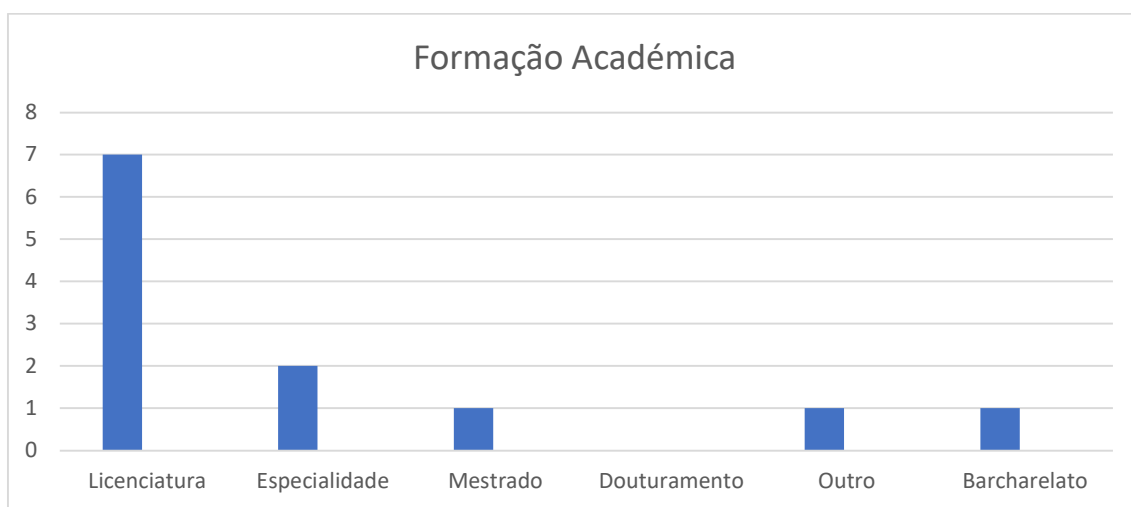


Gráfico 4: Formação académica da população do serviço C

Serviço C		A		B		C		D		E	
		Nunca	%	Poucas Vezes	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	%
1.1.	O sobrevivente oncológico necessita de um acompanhamento estruturado da equipa de enfermagem.	0	0%	0	0%	3	38%	0	0%	5	63%
1.2.	No seu serviço existem protocolos de orientação de acompanhamento do sobrevivente oncológico?	7	88%	1	13%	0	0%	0	0%	0	0%
1.3.	Existe contacto telefónico disponível 24h, com atendimento da equipa de Enfermagem oncológica, para sobreviventes oncológicos?	0	0%	0	0%	0	0%	1	13%	7	88%
1.4.	Realiza follow-up telefónico após terminar tratamento antineoplásico previsto como 1ª linha?	4	50%	3	38%	0	0%	0	0%	1	13%
1.5	Na sua intervenção de Enfermagem ao sobrevivente oncológico garante a sua privacidade?	0	0%	1	13%	1	13%	4	50%	2	25%
1.6	Estão outras pessoas no espaço onde está a prestar cuidados ao sobrevivente oncológico	0	0%	0	0%	2	25%	5	63%	1	13%
1.7	Contacta com sobreviventes oncológicos quando vêm à consulta médica	0	0%	0	0%	2	25%	5	63%	1	13%
1.8.	Contacta com Sobreviventes oncológicos quando estes vêm colher sangue para análises e/ou puncionar para exames complementares de diagnóstico	0	0%	0	0%	0	0%	7	88%	1	13%
1.9.	Contacta com Sobreviventes Oncológicos em consulta de Enfermagem planeada	8	100%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

1.10.	Contacta com Sobreviventes Oncológicos quando a pessoa recorre ao enfermeiro por descontrolo sintomatologia	0	0%	0	0%	2	25%	4	50%	2	25%
1.11.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico no corredor	3	38%	1	13%	2	25%	2	25%	0	0%
1.12.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico na sala de espera	5	63%	3	38%	0	0%	0	0%	0	0%
1.13.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico na sala de colheita de sangue para análises e/ou punção para exames complementares de diagnóstico	0	0%	0	0%	3	38%	5	63%	0	0%
1.14.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico no gabinete de consulta	3	38%	0	0%	3	38%	2	25%	0	0%
1.15.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico na sala de trabalho de Enfermagem	0	0%	1	13%	2	25%	4	50%	1	13%
1.16.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico no quarto	0	0%	2	25%	3	38%	2	25%	1	13%
1.17.	Presta cuidados ao sobrevivente oncológico em outro local?	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabela18: Acompanhamento de Enfermagem do Sobrevivente Oncológico no serviço C

Serviço C	A		B		C		D		E	%
	Nunca	%	Poucas Vezes	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	
Fadiga	0	0%	0	0%	1	13%	7	88%	0	0%
Alterações no sono	0	0%	0	0%	4	50%	4	50%	0	0%
Náuseas	0	0%	6	75%	2	25%	0	0%	0	0%
Vômitos	0	0%	7	88%	1	13%	0	0%	0	0%
Anorexia	0	0%	4	50%	3	38%	1	13%	0	0%
Alterações Cardíacas	0	0%	6	75%	1	13%	1	13%	0	0%
Anemia	0	0%	5	63%	3	38%	0	0%	0	0%
Alterações Respiratórias	0	0%	7	88%	1	13%	0	0%	0	0%
Osteoporose	0	0%	3	38%	4	50%	1	13%	0	0%
Dor	0	0%	0	0%	5	63%	3	38%	0	0%
Alterações cutâneas	0	0%	3	38%	2	25%	3	38%	0	0%
Alterações peso	0	0%	1	13%	4	50%	3	38%	0	0%
Alterações Intestinais	0	0%	1	13%	5	63%	2	25%	0	0%
Alterações urinárias	0	0%	3	38%	4	50%	1	13%	0	0%
Afrontamentos	0	0%	0	0%	1	13%	7	88%	0	0%
Infeções	1	13%	1	13%	4	50%	2	25%	0	0%
Problemas digestivos	0	0%	2	25%	4	50%	2	25%	0	0%
Linfedema	0	0%	2	25%	2	25%	4	50%	0	0%
Problemas circulatórios	0	0%	3	38%	5	63%	0	0%	0	0%
Neuropatia periférica	0	0%	1	13%	1	13%	6	75%	0	0%
Alterações da sexualidade	0	0%	2	25%	3	38%	3	38%	0	0%

Leucopenia	1	13%	5	63%	1	13%	1	13%	0	0%
Alterações da cavidade e mucosa oral (disgeusia, xerostomia, mucosite)	0	0%	2	25%	4	50%	2	25%	0	0%
Trombocitopenia	1	13%	5	63%	2	25%	0	0%	0	0%
Alterações dos dentes, deglutição e mastigação	0	0%	3	38%	4	50%	1	13%	0	0%
Alterações da memória	0	0%	1	13%	1	13%	5	63%	1	13%
Alterações da concentração	0	0%	1	13%	1	13%	5	63%	1	13%
Outro							ansiedade difícilmente controlada que acentua sintomas físicos			

Tabela 19: Necessidades dos Sobreviventes Oncológicos – Domínio físico

Serviço C	A		B		C		D		E	
	Nunca	%	Poucas Vezez		Algumas vezes		Muitas vezes		Sempre	%
Redefinição do conceito de “normalidade”	0	0%	0	0	1	13%	5	63%	2	25%
Ansiedade	0	0%	0	0%	3	38%	4	50%	1	13%
Alterações da imagem corporal	0	0%	0	0%	4	50%	4	50%	0	0%
Viver com incerteza	0	0%	0	0%	0	0%	7	88%	1	13%
Medo de recaída	0	0%	0	0%	0	0%	5	63%	3	38%
Alterações de humor	0	0%	1	13%	3	38%	4	50%	0	0%
Depressão	0	0%	0	0%	5	63%	3	38%	0	0%
Tristeza	0	0%	1	13%	5	63%	2	25%	0	0%
Dificuldade/alterações na gestão de stress	0	0%	1	13%	3	38%	3	38%	1	13%
Alterações na sexualidade	0	0%	0	0%	4	50%	4	50%	0	0%
Alterações nas relações familiares	0	0%	0	0%	4	50%	4	50%	0	0%

Tabela 20: Necessidades dos Sobreviventes Oncológicos – Domínio Emocional

Serviço C	A		B		C		D		E	
	Nunca	%	Poucas Vezes	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	%
Alterações ou dificuldades em regressar ao trabalho	0	0	2	25%	1	13%	4	50%	1	13%
Isolamento social	0	0	4	50%	3	38%	1	13%	0	0%
Problemas financeiros	0	0	3	38%	4	50%	1	13%	0	0%
Alterações na gestão das tarefas domésticas	0	0	2	25%	5	63%	1	13%	0	0%
Outro							Alteração do papel desempenhado na família e equipa de trabalho			

Tabela 21: Necessidades dos Sobreviventes Oncológicos – Domínio Económico-social

Serviço C	A		B		C		D		E	
	Nunca	%	Poucas Vezes	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	%
Preocupações com o Fim de Vida	0	0	0	0%	4	50%	4	50%	0	0
Suporte religioso ou espiritual	1	13%	2	25%	5	63%	0	0%	0	0
Distress religioso ou espiritual	0	0%	2	25%	6	75%	0	0%	0	0
Perda de fé	0	0%	5	63%	2	25%	1	13%	0	0

Tabela 22: Necessidades dos Sobreviventes Oncológicos - Domínio Espiritual

Serviço C	A		B		C		D		E	
	Nunca	%	Poucas Vezes	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	%
Necessidade de manter ligação com a instituição e profissionais de saúde	0	0%	1	13%	1	13%	4	50%	2	25%
Tem a quem ligar em situação de problemas de saúde	0	0%	0	0%	3	38%	4	50%	1	13%
Mantem o médico de família ou médico assistente informado das suas necessidades	0	0%	0	0%	0	0%	4	50%	4	50%
Recurso a terapias alternativas e/ou complementares	0	0%	1	13%	2	25%	5	63%	0	0%

Tabela 23: Necessidades dos Sobreviventes Oncológicos – Domínio do bem-estar/qualidade de vida

Serviço C	A		B		C		D		E	
	Nunca	%	Poucas Vezes	%	Algumas vezes	%	Muitas vezes	%	Sempre	%
Incentivo a adquirir uma alimentação adequada	0	0%	0	0%	2	25%	5	63%	1	13%
Promoção o autocuidado de higiene e conforto	0	0%	0	0%	3	38%	5	63%	0	0%
Promoção de uma higiene oral adequada	0	0%	0	0%	3	38%	4	50%	1	13%
Promoção uma hidratação cutânea adequada	0	0%	0	0%	1	13%	7	88%	0	0%
Promoção uma hidratação oral adequada	0	0%	0	0%	2	25%	6	75%	0	0%
Promoção de hábitos de sono saudáveis	0	0%	0	0%	3	38%	3	38%	2	25%
Promoção de realização de exercício físico adequado	0	0%	0	0%	2	25%	4	50%	2	25%
Promoção de uma sexualidade saudável	0	0%	2	25%	2	25%	3	38%	1	13%
Gestão sintomática dos sintomas/efeitos secundários tardios dos tratamentos	0	0%	1	13%	1	13%	4	50%	2	25%
Esclarecimento dos cuidados a ter na prevenção de infeções	0	0%	1	13%	3	38%	3	38%	1	13%
Prevenção de quedas (ex: na neuropatia periférica)	0	0%	0	0%	5	63%	3	38%	0	0%
Promoção de estratégias de adaptação às alterações corporais	0	0%	0	0%	2	25%	4	50%	2	25%
Promoção de exercícios que melhorem a memória e concentração	0	0%	1	13%	2	25%	3	38%	2	25%
Incentivo a adoção de estratégias de gestão do tempo	0	0%	2	25%	3	38%	3	38%	0	0%
Incentivo a manutenção dos papéis (familiares, sociais, profissional, etc)	0	0%	0	0%	4	50%	3	38%	1	13%

Incentivo a participar/retomar a atividade sociais	0	0%	0	0%	3	38%	4	50%	1	13%
Incentivo a assunção dos cuidadores	0	0%	1	13%	4	50%	2	25%	1	13%
Gestão de terapêutica	0	0%	0	0%	3	38%	5	63%	0	0%
Demonstro disponibilidade para a relação interpessoal	0	0%	0	0%	0	0%	4	50%	4	50%
Promoção da esperança	0	0%	0	0%	1	13%	4	50%	3	38%
Promoção da autoestima	0	0%	0	0%	1	13%	4	50%	3	38%
Gestão de expectativas	0	0%	0	0%	0	0%	4	50%	4	50%

Tabela 24: Cuidados de Enfermagem ao Sobrevivente Oncológico

Serviço C	A Nunca	%	B Poucas Vezez	%	C Algumas vezes	%	D Muitas vezes	%	E Sempr e	%
Promove o encaminhamento para o médico	0	0%	0	0%	4	50%	4	50%	0	0%
Promove o encaminhamento para o dietista/nutricionista	0	0%	0	0%	3	38%	5	63%	0	0%
Promove o encaminhamento para assistente social	4	50%	2	25%	2	25%	0	0%	0	0%
Promove o encaminhamento para fisioterapeuta	0	0%	3	38%	3	38%	2	25%	0	0%
Promove o encaminhamento para psicólogo	0	0%	0	0%	3	38%	4	50%	1	13%
Promove o encaminhamento para psiquiatra	0	0%	1	13%	4	50%	3	38%	0	0%
Promove o encaminhamento do sobrevivente oncológico para outro profissional?	Serviços da comunidade		Enfermeiro especialista e diferenciado nos cuidados		Gestora oncológica - assuntos relacionados com incapacidades e estatutos do doente oncológico - pela falta de assistente social					

Tabela 25: Encaminhamento dos Sobreviventes Oncológicos

Apêndice VIII – Estudo de caso



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura
de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
vertente Oncológica

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Sobrevivente Oncológico

Estudo de Caso

Telma Henriques Grãos nº 364

Lisboa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

10º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura
de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
vertente Oncológica

Unidade Curricular: Estágio com Relatório

Sobrevivente Oncológico

Estudo de Caso

Telma Henriques Grãos nº 364

Orientadora: Professora Doutora Deolinda da Luz

Lisboa

Outubro 2019

1.INTRODUÇÃO

O estudo de caso que aqui desenvolvo surge como parte constituinte da unidade curricular Estágio com Relatório, que faz parte do plano de estudos do 10º Curso de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Oncológica. Este estudo de caso foi desenvolvido durante o estágio que decorreu no Hospital de Dia da Unidade de Transplante de Medula (UTM), num hospital de referência da capital.

A Enfermagem utiliza o estudo de caso como um dos métodos de aprendizagem/ reflexão mais antigos e eficientes: “um estudo de caso clínico, [tem como finalidade] (...) guiar o profissional de enfermagem, incentivar a reflexão acerca dos resultados encontrados e fornecer uma ‘sequência’ para a apresentação do estudo de caso e elaboração do relatório” (Galdeano, Rossi, & Zago, 2005). Este método permite uma colheita de dados pormenorizada que facilita a identificação das necessidades dos sobreviventes oncológicos e consequentes intervenções de Enfermagem que vão ao encontro da satisfação das necessidades dos sobreviventes. Os sobreviventes oncológicos apresentam necessidades e problemas específicos que se mantêm depois do tratamento ou que surgem mesmo algum tempo depois dos mesmo(Ness, Kokal, & Fee-schroeder, 2012).

Os Enfermeiros especialistas, inseridos ou não numa equipa multidisciplinar, embora possuam formação para prestar cuidados individualizados ao sobrevivente de cancro e à sua família durante o período de sobrevivência, não têm oportunidade para realizar esta valência da sua missão. A formação especializada permite a aquisição de um conjunto de saberes e competências que melhoram a qualidade dos cuidados prestados. Às recomendações internacionais, matéria de reflexão e debate durante o período de especialização (Sun, RN, PhD et al., 2015), somam-se o treino individual e a formação contínua.

As intervenções de Enfermagem promotoras da adaptação à sobrevivência são fundamentais para a promoção da qualidade de vida do sobrevivente e para a redefinição do conceito de “normalidade” do novo “eu” (Ness et al., 2012). Neste sentido, como sustentação teórica e científica,

considero pertinente a utilização do Modelo de Adaptação de Callista Roy. Este modelo tem como pedra angular o conceito de adaptação de cada pessoa e/ou família a uma situação de morbilidade.

A partir de um estudo de caso, vou, neste trabalho, debruçar-me sobre o papel salutar do Enfermeiro durante o percurso de adaptação do doente à fase de sobrevivência oncológica (Tomey & Alligood, 2004).

Para facilitar a minha integração na equipa e no Hospital de Dia, a minha orientadora local levou-me a conhecer a unidade. Fiquei, deste modo, a perceber o circuito do doente, desde o momento de admissão até à saída. Os sobreviventes oncológicos deste Hospital de Dia precisam de terapêutica endovenosa e de avaliação analítica diariamente. Ainda que tenha identificado muitos procedimentos e intervenções de Enfermagem promotoras da adaptação da doente ao período de sobrevivência oncológica, não existe uma consulta de Enfermagem que acompanhe, de forma estruturada e contínua, este grupo de pessoas. Enquanto visitava o local de estágio, reconheci C., uma doente que tinha sido tratada em ambulatório no Hospital de Dia onde trabalho. Lembrava-me bem do caso dela, de que tinha sido submetida a muitas linhas terapêuticas, tendo inclusive realizado um transplante de medula óssea. Tive a oportunidade de lhe prestar cuidados diretamente e de desenvolver este estudo de caso.

Para a elaboração deste estudo de caso, pedi autorização verbal para utilizar os dados colhidos nas intervenções e no processo clínico, mantendo sempre o anonimato e garantindo a privacidade da pessoa e da sua família.

Escolhi C. porque é uma sobrevivente oncológica que, ao longo do seu percurso de doença, teve de se adaptar constantemente aos muitos efeitos secundários do cancro e do respetivo tratamento. Durante este longo percurso foram prestadas intervenções de Enfermagem essenciais para promover uma adaptação eficiente a todas as alterações que a sobrevivência oncológica exige (Tomey & Alligood, 2004).

Este trabalho está organizado de acordo não só com o processo de Enfermagem descrito no Modelo de Adaptação de Callista Roy mas também com as competências do enfermeiro especialista, conhecimentos e competências que farão parte da minha prática diária de cuidados.

2.PROCESSO DE ENFERMAGEM: O MODELO DE ADAPTAÇÃO DE CALLISTA ROY

Segundo o Modelo de Adaptação, Callista Roy identifica quatro elementos fundamentais, são eles: a pessoa, o ambiente, a saúde e a Enfermagem. De acordo com este paradigma, a pessoa é vista como um ser com capacidade de adaptação comportamental, aptidão que se desenvolveu para responder a vários estímulos. O modelo de Roy centra-se na exequibilidade do processo de Enfermagem. Para levar a cabo a avaliação da pessoa e a colheita de dados, o enfermeiro deve ter presente os quatro modos adaptáveis propostos por Callista Roy: o Modo Fisiológico, o Modo do Autoconceito, o Modo de Função na Vida Real e o Modo de Interdependência. Em cada um deles, a autora especifica quais os parâmetros a ter em conta durante a avaliação de estímulos e comportamentos, o que fiz com C. Depois da aferição, cumpri as fases do processo de Enfermagem descrito por Callista Roy: diagnósticos de Enfermagem; objetivos de Enfermagem; intervenções de Enfermagem e avaliação de Enfermagem.

2.1.Avaliação de estímulos e comportamentos

Quanto ao Modo de Função na Vida Real, C. tem 38 anos, é natural de Vila Franca de Xira e reside em Lisboa. É casada, o marido tem a mesma idade, e tem um filho com 4 anos. Vivem os três num apartamento com três assoalhadas e com condições básicas de higiene e saneamento, sem limitações arquitetónicas. É licenciada em Economia, trabalha como inspetora tributária, atualmente está de baixa médica e refere que, quando voltar a trabalhar não sabe se querer voltar ao mesmo emprego, pois tem de realizar inspeções em casa das pessoas, função para a qual ela não se sente preparada. Tem uma boa relação com o marido e com o filho. Sem o cônjuge, que assumiu o papel de cuidador, não teria sido possível suportar todas as vicissitudes da doença e, como tal, refere: “é uma dívida eterna para com o meu marido”. Tem um irmão com 21 anos com o quem contacta frequentemente. Tem pais e sogros vivos, atualmente reformados e são uma fonte de apoio. Nos tempos livres, antes de

ficar doente, corria cerca de 10km todos os fins de semana e, durante a semana, treinava para conseguir correr nas meias-maratonas, nas quais chegou a participar. Atualmente, no Hospital de Dia, pinta, com canetas de filtro grossas, cadernos de colorir para crianças e mandalas.

No Modo Fisiológico são definidos, por Callista Roy, cinco necessidades e quatro processos complexos a serem avaliados. Em maio de 2017, C. iniciou um quadro de dor no ombro que não cedia nem aos analgésicos nem aos anti-inflamatórios que tinha em casa. Realizou várias sessões de fisioterapia, sem sucesso. Sucederam-se episódios de lipotimia associados a acessos de tosse que a fizeram recorrer ao médico de família. Este prescreveu-lhe exames complementares de diagnóstico, mas o eletrocardiograma e as análises realizadas não apresentavam alterações dignas de nota. C continuava cansada e, a da altura, surgiram palpitações que a levaram ao atendimento permanente de um hospital privado, onde realizou Rx-tórax que revelou derrame pleural com massa mediastínica. Ficou internada na Unidade de Cuidados Intensivos Permanentes para esclarecimento do diagnóstico. Neste serviço, foi submetida a biópsia da massa torácica por minitoracotomia e drenagem do derrame pleural e pericárdico. Não tinha queixas de sudorese noturna, perda de peso ou febre. Foi-lhe diagnosticado um Linfoma Não-Hodgkin B difuso das grandes células. O estadiamento (PET CT) revelou massa volumosa no mediastino anterior, outros focos mediastínicos, nomeadamente supraclavicular esquerdo e gânglio infradiafragmático junto ao pilar esquerdo do diafragma – estágio III B volumoso. Não fez avaliação medular. Derrame pleural volumoso. Realizou, no hospital privado, na Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), seis ciclos de quimioterapia R-CHOP, de julho a outubro de 2017, com efeitos secundários de neutropenia e infeções. Em dezembro de 2017, realizou radioterapia sobre o mediastino até janeiro de 2018. A reavaliação realizada em fevereiro de 2018 revelava persistência da doença pelo que C. foi referenciada para a Hematologia de um hospital de referência, onde realizou dois ciclos de R- ESHAP, sem sucesso. Mantinha progressão de doença, em maio de 2018, e, por isso, realizou dois ciclos de R-ICE. Como este tratamento também não surtiu efeito, iniciou dezoito ciclos de Pembrolizumab até treze de junho de 2019. Considerando a ausência de quimiossensibilidade, foi referenciada para a UTM, onde realizou um Condicionamento de Intensidade Reduzida (RIC) do irmão

em julho 2019. Depois disso, vai diariamente, inclusive aos fins de semana e feriados, ao Hospital de Dia da UTM. Recorre, todos os dias, ao transporte do hospital, porque o marido tem de trabalhar e não pode acompanhá-la. No que respeita às rotinas diárias, C. refere que: “faço um esforço para me envolver nas rotinas, mas ainda não posso ir a supermercados. O meu filho pede-me para ir com ele ao supermercado, eu tenho ido, mas fico no carro, como os cães, só falta abanar o rabo, enquanto eles fazem as compras. Depois, vamos para casa”. Não pode ir às festas de aniversário dos amigos do filho, nem do próprio filho: “quando o meu filho tem festas de anos, lá vai o meu marido levá-lo e eu fico em casa”. Os sucessivos tratamentos implicaram internamentos frequentes e longos períodos de ausência que a impediram de estar com o marido e com o filho nos momentos-chave do seu desenvolvimento: “apesar das tecnologias, nunca é igual”. Atualmente, C. sente um vazio: “sinto-me vazia, neste momento não sei quem sou, é um vazio enorme”. Vai diariamente ao hospital de dia realizar terapêutica de suporte e fica lá, cerca de oito ou mais horas, a ouvir música e a pintar: “não consigo pintar tão bem os mandalas, porque perdi destreza, por isso pinto os livros de colorir do meu filho com canetas de filtro de ponta grossa”. Por vezes, está um ou dois dias sem vir, mas depois volta. Quando vai a casa, refere que arruma coisas em casa, mas precisa de longos períodos de descanso devido à fadiga. No entanto, a perda de memória e concentração, a neuropatia periférica, o isolamento e a perda de autonomia também estão presentes diariamente na vida de C.: “o meu filho quer que eu brinque com ele, mas não tenho energia para isso. Falta-me qualquer coisa em casa e não posso ir ao supermercado buscar, tenho que esperar que o meu marido chegue a casa para ir buscar”. Como antecedentes pessoais, refere uma insuficiência venosa, que foi submetida a cirurgia *stripping* há 11 anos, e uma fissura anal. Nega alergias.

A medicação habitual de ambulatório é extensa: Tacrolimus - “enquanto fizer o Tacrolimus, pelo menos duas vezes por semana, tenho de vir ao hospital de dia fazer o doseamento” -, Esomeprazol 20 mg, Posoconazol 300 mg, Cotrimoxazol 960mg; Amlodipina 5mg em SOS, Sertralina 150 mg, Lorazepam 1 mg, Cetirizina, Acelilcestaína, Valganciclovir, Sheriproct e gelo em SOS, Oximetazolina+Cetirizina, Combivente em SOS e Levofloxacina. Para além desta terapêutica, faz, no Hospital de Dia, Cloreto de Sódio a 0,9% 1000ml/dia, Granisetrom 3mg em SOS, Metoclopramida em SOS e Enoxiparina 60 mg/dia.

Quanto à função neurológica, C apresenta um score de 15 na escala de Glasgow, apresenta-se consciente e orientada no tempo, espaço e pessoa. Apresenta, porém, alterações de memória e de concentração: “quando estou em casa, meto-me a arrumar coisas, mas depois não me lembro onde as coloquei. O meu marido fica todo chateado comigo, porque precisa das coisas e eu não sei onde estão. Não consigo concentrar-me para ler, nem fazer nada que exija estar concentrada”. No que diz respeito à comunicação, não apresenta alterações na fluência, contudo, devido à falta de memória, por vezes, não termina as frases: “quero falar e não me lembro do que ia a dizer”. O humor está deprimido: “sinto-me vazia, neste momento não sei quem sou, é um vazio enorme”.

No que concerne à oxigenação, cansa-se facilmente depois de pequenos esforços. A distância do elevador até ao quarto do Hospital de Dia deixa-a exausta. O valor da hemoglobina é amiúde inferior aos valores de referência e necessita frequentemente de ser transfundida com uma unidade de concentrado de eritrocitário. Uma das avaliações de sinais vitais realizadas foi de 123/62 mmHg de tensão arterial, 85 bpm de frequência cardíaca, 97 % de saturação periférica de oxigénio e 0 na escala numérica da dor. Nunca consumiu drogas nem fumou.

Quanto à alimentação, C. tem de lidar com muitas restrições devido ao transplante. Só pode comer alimentos frescos cozinhados em panela de pressão, de outra forma, a segurança microbiológica não estaria assegurada. Além disso, apresenta anorexia acentuada e disgeusia. Quando está no Hospital de Dia, come a refeição hospitalar: “eu esforço-me para comer, porque sei que é a minha parte do tratamento, mas não tenho vontade nenhuma”. Em casa, apenas come cereais e bananas: “faço uma taça de cereais, meto uma banana lá dentro e já está” e, quando marido e o filho chegam à noite, come uma refeição. Bebe habitualmente 1,5 l de água por dia: “já sei que tenho que beber água e passo a vida a pedir garrafas de água”. No que respeita ao padrão de eliminação vesical, não apresenta alterações. Em relação ao padrão de eliminação intestinal, evacua diariamente. Apresenta a fissura anal que está controlada com a terapêutica, gelo e manutenção de fezes moles: “as fezes têm que estar moles por causa da fissura, senão fica tudo estragado”.

Quanto à função de atividade e repouso, dorme cerca de 8 horas por noite e sente que tem um sono reparador. Contudo, toma uma terapêutica de indução e manutenção do sono que lhe permite manter um sono de qualidade. Cansa-se facilmente, depois de pequenos esforços, e não faz exercício físico, pois apresenta diminuição do tônus muscular: “não posso tentar dar uma caminhada, porque o tempo está mau e posso apanhar alguma infeção e também não posso ir para nenhum local fechado. Mas mesmo assim, não me sinto com capacidade, sinto que a minha caixa torácica está mais pequena, parece que não abre”. Tem uma postura correta e alinhada. Neste momento, as atividades de lazer circunscrevem-se à pintura de livros de infantis. Durante o tempo em que está no Hospital de Dia, pinta estes livros, no entanto, ressentido o marido, porque lhos compra: “o meu marido deve achar que eu sou uma criança. No outro dia, comprou-me mais uns livros infantis para pintar, mas, pronto, pelo menos lembrou-se de mim”. Nos dias em que está em casa, dedica-se obsessivamente às arrumações: “meto-me a mudar as coisas de lugar e a arrumar, arrumar, mas depois o meu marido e o meu filho chegam a casa e eu estou estafada”. No que concerne à função de proteção, apresenta pele e mucosas íntegras e hidratadas, palidez cutânea, sem alterações das características das unhas. Vive com medo das infeções: “o meu filho tem insistido para eu ir com ele às compras, então, no outro dia, perguntei à minha médica, que me deixou ir, à abertura de uma loja, sempre com a máscara. Fui, mas o meu marido estava tão preocupado que me acontecesse alguma coisa, que apanhasse alguma infeção, que nem conseguia ver o que precisava de comprar. Precisava de um champô e, quando cheguei a casa, reparei que tinha comprado um amaciador, porque ele nem me deixava ver o que precisava, então peguei numa embalagem e pronto”. Tem sempre a máscara colocada, quando está com pessoas no quarto do Hospital de Dia ou quando deambula pelo serviço. Em casa, também tem sempre a máscara colocada para prevenir infeções que o marido e/ou o filho lhe possam transmitir: “o meu filho já tão habituado à máscara, parece que isso é a normalidade para ele”.

Relativamente aos sentidos, apresenta parestesias periféricas nas mãos e nos pés e alterações na motricidade fina: “tenho menos sensibilidade nas mãos, por isso é que pedi para me comprarem canetas de filtro grossas e livros de colorir, porque as mandalas são muito pequenas e não tenho sensibilidade,

sai tudo por fora dos riscos. Os meus pés às vezes parecem cortiça”. Quanto ao paladar, apresenta disgeusia: “a comida não me sabe a nada, sabe tudo ao mesmo”. Não apresenta alterações auditivas, olfativas ou de visão. Nega ter dores.

Na função de fluidos e eletrólitos, não apresenta edemas, contudo, os valores analíticos revelam alterações decorrentes das várias linhas terapêuticas, o que faz com que vá frequentemente ao Hospital de Dia realizar análises, reposição iónica, hidratação, transfusões, entre outros procedimentos.

As áreas do eu físico e do eu pessoal constituem o Modo de Autoconceito definido por Callista Roy. No domínio do eu físico, C. apresenta alterações da autoimagem, referindo que perdeu imensa massa muscular e que tem que andar sempre de máscara: “eu quando corria era magrinha, mas tinha massa muscular, agora, olhe, nem sei”. Em relação à sensação corporal, a fadiga está sempre presente e uma sensação de ardor no tórax anterior – efeito secundário a longo prazo da radioterapia: “estou sempre muito cansada, o meu filho quer brincar e eu não consigo acompanhar. Quando faço mais qualquer coisa lá em casa, tenho uma sensação de ardor aqui no peito que parece que não me deixa expandir a caixa torácica para respirar”. No concerne ao eu pessoal, não revelou projetos de vida pessoais ou profissionais, apenas que não queria continuar naquele trabalho, porque não era o que imaginava. Refere que, neste momento, não tem expectativas face à sobrevivência: “não sei muito bem quem sou, nem o que vou fazer a seguir e quando será o a seguir. Por isso, continuo e continuo e depois logo se vê”.

No Modo de Interdependência, afastou-se dos amigos: “houve uma altura em que me ligavam e estava muito tempo ao telefone, mas agora nem atendo o telefone, não tenho paciência para estar sempre a explicar a mesma coisa e eles não percebem nada disto”. Há uma amiga com quem de vez em quando fala ao telefone. A relação com o marido é estável, mas, atualmente, atravessam períodos de irritabilidade por prolongamento dos tratamentos: “neste momento eu e o meu marido já desconversamos por tudo e por nada. Ele está a ficar cansado. Tinha a expectativa de que fazia os primeiros tratamentos e tudo voltava ao normal, depois afinal já fiz muitos mais tratamentos e nada voltou ainda ao normal”. Contudo, como apoio emocional, identifica o marido. Os pais e sogros apoiam nas tarefas domésticas, ajudam a preparar as refeições, tomam

conta do neto e estão disponíveis e sensibilizados para tal. Não pensa em voltar ao emprego tão depressa, nem tem essa expectativa. É acompanhada pela psicóloga da instituição. Quanto ao apoio social, neste momento, é no Hospital de Dia da Unidade de Transplante que desenvolve relações interpessoais com outros doentes que partilham histórias semelhantes. A grande preocupação é o filho: “apesar disto tudo, pelo menos estou cá para o ver crescer”.

2.2.Diagnósticos de Enfermagem

A análise e interpretação de todos os estímulos e comportamentos observados permitem a elaboração de diagnósticos de Enfermagem. Durante as interações no hospital de dia com C., foi possível identificar/avaliar respostas ineficazes e a partir daí elaborar diagnósticos de Enfermagem consoante os quatro modos da pessoa definidos por Callista Roy.

No modo de Função na Vida Real, a desvinculação que sente relativamente à atividade pessoal e laboral que exercia são exemplos de comportamentos ineficazes, uma vez que não contribuem para a futura adaptação de C. ao período de sobrevivência. C. não se sente capaz de desempenhar as suas funções enquanto mulher, mãe e trabalhadora, quer pela fadiga quer pelas alterações físicas e emocionais que a doença e os tratamentos lhe trouxeram. Tendo em conta tudo isto, foi elaborado o seguinte diagnóstico de Enfermagem: desempenho comprometido, fracassado, de todos os seus papéis - o primário, o secundário e o terciário.

A fisiopatologia da doença e os efeitos secundários a longo prazo dos tratamentos comprometem o Modo Fisiológico de C, que tem de lidar com: fadiga, parestesias nas mãos e pés, dificuldades de concentração e alterações na memória, anorexia e disgeusia. Tudo isto acaba por reduzir a autonomia desta doente. De modo a promover a adaptação de C à sua nova condição fisiológica e emocional, foram elaborados os seguintes diagnósticos de Enfermagem: padrão inadequado de atividade física. A percepção sensorial, o status nutricional, a autonomia, a concentração e a memória encontram-se comprometidas.

No que diz respeito ao Modo de Autoconceito, C. sofre de um conjunto de perturbações que cabem naquilo que Roy definiu como integridade psíquica, sensação corporal e autoconceito. Como grande parte das maleitas de que C. se queixa resultam dos tratamentos, são efeitos secundários a longo prazo, levantei o diagnóstico de *coping* ineficaz. C. é incapaz de se inscrever no tempo, de se comprometer com a possibilidade de futuro, logo não faz projetos de vida pessoais e/ou profissionais.

Quanto ao Modo de interdependência, C. deixou de ter atividades de lazer. Se, por um lado, gosta de colorir livros, por outro, refere que o marido a infantiliza, quando lhe compra livros para pintar. A relação com o marido, apesar de ser estável, tem sido muito exigente física e emocionalmente e o marido está cansado. Não tem paciência para falar com os amigos, o que aumenta o risco de solidão. Deste modo, não é difícil concluir que vive um período de desadequação afectiva.

A sobrevivência oncológica acarreta alterações físicas, emocionais, sociais, espirituais, entre outras, decorrentes do diagnóstico e do seu tratamento, que geram estímulos e comportamento ineficazes.

2.3. Objetivos de Enfermagem

O principal objetivo da Enfermagem é promover a adaptação aos quatro modos adaptáveis estabelecidos por Callista Roy. A Enfermagem fornece estratégias e ferramentas para que a pessoa se adapte às alterações e, consequentemente, contribua para a sua própria qualidade de vida e bem-estar.

2.4. Intervenções de Enfermagem

O enfermeiro tem um papel privilegiado na relação com o doente, porque realiza a mediação entre o doente e os problemas que surgem no decorrer da doença e dos tratamentos (Macmillan Cancer Support, 2009). Para levar a cabo este processo, desenvolve planos de cuidados individuais e personalizados que auxiliem a pessoa a atingir os seus objetivos (Sun, RN, PhD et al., 2015).

Tendo em conta que Callista Roy considera a pessoa como um ser holístico e adaptável, as intervenções desenvolvidas visam a apresentação de estratégias e ferramentas das quais C. se possa apropriar durante a adaptação ao período de sobrevivência. Perante isto, estou certa de que não seria nem pertinente nem útil intervir isoladamente, respondendo a cada um dos diagnósticos efetuados, porque os modos adaptáveis só fazem sentido como partes de um sistema uno e indivisível.

Perante o objetivo e os diagnósticos estabelecidos foram desenvolvidas as seguintes intervenções:

(i) Incentivar a aquisição de uma dieta apropriada que lhe forneça aporte calórico adequado, dando preferência a alimentos favoritos antes dos tratamentos, tendo em conta as restrições presentes por ter realizado transplante há pouco tempo. Procurar que a comida seja mais condimentada com ervas aromáticas para minimizar a disgeusia.

(ii) Incentivar C. a planear/definir objetivos para o futuro profissional, de modo a manter o desempenho do seu papel quando tiver autorização clínica para voltar ao emprego.

(iii) Promover estratégias de adaptação às alterações físicas e emocionais.

(iv) Incentivar C. a manter os papéis familiares e sociais que desempenhava antes do cancro. C. não pode deixar de acompanhar o filho e o marido nas atividades em que pode participar, como levar o filho às festas de anos, mesmo que fique no carro enquanto o marido leva a criança à festa, por exemplo.

(v) Promover a realização de exercício físico adequado à sua condição clínica, nem que seja uma caminhada de 5 a 10 minutos diária.

(vi) Ensinar C. a lidar com a fadiga no dia-a-dia: C. deve planear os períodos de atividade, para que possa estabelecer, a seguir a estes, intervalos de descanso de semelhante duração. Embora a autonomia seja importante, C. tem de permitir que a ajudem nas tarefas do quotidiano. Este auxílio tem de ser saudado e não ressentido, pois só assim terá energia para desfrutar das poucas atividades que lhe dão prazer, por exemplo brincar com o filho, ouvir música, ler, etc.

(vii) Demonstrar disponibilidade para ouvir as preocupações, medos e problemas de C.

(viii) Gerir as ansiedades que lhe provocam todas estas alterações decorrentes da doença e dos tratamentos.

(ix) Reforçar o ensino sobre a prevenção de infeções, aprendizagem vital, porque C. está imunodeprimida.

(x) Promover a esperança.

(xi) Promover a realização de exercícios que melhorem a memória e a concentração: fazer uma lista de tarefas diárias, realizar repetições de ideias/conceitos que não quer esquecer e apontar os objetos mudados e o seu lugar de destino, para que todos saibam onde estão as coisas.

(xii) Gerir as expectativas de C. e do marido. Apesar do marido não estar presente, foi convidado a vir ao Hospital de Dia expor as suas dúvidas, medos, receios e expectativas para que o possamos esclarecer e ajudar.

(xiii) Promover a autoestima.

(xiv) Incentivar C. a retomar o aspeto social da sua vida. Estando consciente das suas limitações, C. deve promover encontros em sua casa com uma amiga ou então voltar a telefonar a uma ou duas amigas que lhe proporcionem bem-estar.

(xv) Promover uma sexualidade saudável. É fundamental que C. e o marido tenham momentos de carinho e intimidade um com outro.

(xvi) Ensinar C. a lidar com o stress decorrente de todas as alterações identificadas, demonstrando disponibilidade e possibilidade de apoio.

Para o desenvolvimento destas intervenções foi necessário mobilizar técnicas de comunicação e conhecer quais os efeitos secundários do cancro e do seu tratamento. Só assim pude identificar sinais e sintomas e desenvolver os diagnósticos de Enfermagem e respetivas intervenções personalizadas.

2.5. Avaliação de Enfermagem

No processo de Enfermagem descrito por Callista Roy, a avaliação é o último passo. A avaliação das intervenções descritas anteriormente foi desenvolvida durante a prestação de cuidados diária em Hospital de Dia. C. já

começou a realizar exercícios de memória, repetindo palavras e conceitos que não quer esquecer; começou a fazer pequenas listas de tarefas; está a fazer um esforço para planear a sua atividade diária, gerindo energia para dedicar ao filho tempo de qualidade; e está a equacionar o contacto com uma amiga com a qual já não fala há muito tempo. Não foi possível realizar a avaliação das outras intervenções desenvolvidas, porque o estágio terminou entretanto. Contudo, sei que as enfermeiras do Hospital de Dia estão cientes destes problemas e mostram disponibilidade para realizarem não só a avaliação, mas também a implementação de novas intervenções, caso fosse necessário.

8. CONCLUSÃO

A prestação de cuidados aos sobreviventes oncológicos requer que os enfermeiros desenvolvam competências de especialistas em Oncologia. Prevê-se que o enfermeiro em Oncologia encare o tratamento oncológico e a sobrevivência como fases igualmente significativas e importantes que requerem cuidados especializados de Enfermagem (Macmillan Cancer Support, 2014; Panek-Hudson, 2013).

A realização deste estudo de caso permitiu-me, mais uma vez, aferir as necessidades reais que os sobreviventes têm e que exigem intervenções especializadas de Enfermagem. Sem elas, a sobrevivência tornar-se-ia um período ainda mais penoso. No fundo, o meu trabalho é garantir que C. não volte a sentir o que me disse, quando a reencontrei: “só estou bem onde não estou”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Decreto-lei 107/2008. (2008). *Decreto Lei n.º 107/2008 de 25 de Junho do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior*. Retrieved from <https://dre.pt/application/file/a/456148>
- Diário da República. Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. , N.º 135 2.ª Série § (2018).
- Galdeano, L. E., Rossi, L. A., & Zago, M. M. F. (2005). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 371–375. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692003000300016>
- Macmillan Cancer Support. (2009). Cancer Survivorship: Supporting the two milion people living with or beyond cancer. *Nursing Times*, 105(12). <https://doi.org/10.7600/jspfsm.67.137>
- Macmillan Cancer Support. (2014). *A Competence Framework for Nurses : Caring for patients Living With and Beyond Cancer*. Retrieved from http://www.macmillan.org.uk/Documents/AboutUs/Health_professionals/competence-framework-for-nurses.pdf
- Ness, S., Kokal, J., & Fee-schroeder, K. (2012). *Concerns Across the Survivorship Trajectory: Results From a Survey of Cancer Survivors*. (2010), 35–43.
- Panek-Hudson, Y. (2013). Survivorship care - time for innovation?. *Cancer Nurses Society of Australia*. Vol. 14 (1), 7- 12
- Sun, RN, PhD, V., Olausson, RN, MSN, CDE, J. M., Fujinami, RN, CCM, OCN®, R., Chong, RN, MN, NP, C., Dunham, RN, MSN, NP, R., Tittlefitz, RN, MSN, NP-C, T., ... Grant, RN, PhD, FAAN, M. (2015). The Role of the Advanced Practice Nurse in Survivorship Care Planning. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, 6(1). <https://doi.org/10.6004/jadpro.2015.6.1.7>
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra* (pp. 211–247). pp. 211–247.

Apêndice IX – Reflexão dos congressos

Durante a realização deste estágio no Hospital de Dia da Unidade de Transplante de Medula, tive a oportunidade de realizar formação suplementar. Esta formação enriqueceu não só o meu estágio, mas também o meu projeto, uma vez que as atividades em que participei contribuíram para o aprofundamento dos meus conhecimentos sobre a pessoa com doença oncológica, sua trajetória de tratamento e sobrevivência.

Frequentei o Congresso de Oncosexologia em Portugal 2019: Prevenção, Investigação e Clínica, que foi estruturado e organizado pela Clínica de Oncosexologia do IPO Lisboa (Anexo I). Neste congresso, foram abordadas as seguintes temáticas: sexualidade humana no século XXI – o normal; sexo, sexologia e comunicação; sexualidade, envelhecimento e sobrevivência; oncosexologia nos IPO; sexualidade humana no século XXI – o disfuncional; inovação e reabilitação em oncosexologia I e II. Participei também em dois workshops: treino de comunicação em oncologia e problemas sexuais no homem com cancro. A comunicação é o pilar dos cuidados de saúde e aprender técnicas de comunicação é fundamental para direccionar uma consulta de Enfermagem e/ou para intervir adequadamente, que é como quem diz, de forma personalizada - uma má escolha de palavras pode comprometer o resultado da intervenção.

A sexualidade, necessidade e direito fundamentais e estruturantes, também sofre muitas alterações. Desde o momento diagnóstico de cancro ao período de sobrevivência, passando pelos tratamentos, as alterações são muitas e nem sempre os doentes conseguem lidar com elas facilmente. Estas alterações podem ter uma origem física, emocional e psicológica e exigem uma adaptação à nova realidade. O enfermeiro tem de estar consciente desta necessidade e avaliá-la nas consultas com a pessoa. Para levar a cabo uma avaliação séria e responsável, tem de ser detentor de conhecimento suficiente para efetivamente ajudar o doente neste processo de adaptação.

Nesta formação, apropriei-me de conhecimentos e desenvolvi competências profissionais na área da sexualidade que já apliquei na minha prática de cuidados diários. Esta oportunidade revelou-se extremamente útil para o acompanhamento do sobrevivente de cancro numa consulta, porque compreendo melhor agora a natureza das alterações da sexualidade que a pessoa com cancro pode enfrentar. Além disso, fiquei a par dos recursos que existem para suprir estas necessidades/dificuldades.

No passado dia 25 de outubro, realizou-se o: *CUF UPDATE IN ONCOLOGY: Learning, Researching and Caring for Cancer Patients*, no convento de São Francisco em Coimbra (Anexo II). Neste *update*, foram abordados os seguintes temas: participação do enfermeiro nas consultas de genética oncológica; terapias complementares no cuidado oncológico; sexualidade da pessoa com cancro colorectal; gestão de efeitos secundários da imunoterapia; oncologia integrativa e cuidados paliativos; segurança profissional nos cuidados em oncologia; nutrição em oncologia; sobreviventes Oncológicos; o valor dos cuidados de saúde; investigação em enfermagem e tomadas de decisão em Enfermagem.

Este encontro tinha como objetivo principal refletir sobre a inovação, o conhecimento especializado, a excelência nos cuidados e a gestão dos cuidados de Enfermagem e, pioneiramente, fui convidada como palestrante para abordar os cuidados de Enfermagem prestados ao sobrevivente. Esta participação teve especial valor para mim, pois permitiu-me transmitir a necessidade que existe de dar continuidade aos cuidados de Enfermagem durante o período de sobrevivência oncológica. Estes cuidados devem fazer parte de um plano de cuidados estruturado e inserido numa equipa multidisciplinar.

A finalidade da minha comunicação era, por um lado, despertar a atenção dos profissionais de saúde para as necessidades dos sobreviventes e, por outro lado, refletir sobre o papel do enfermeiro nesta fase tão importante e significativa no percurso de saúde da pessoa com cancro. A sobrevivência deveria estar tão integrada e estruturada como o tratamento da doença:

Remission, though, is a trickier enterprise than is treatment. At the end of treatment, the side effects of chemotherapy drugs slowly fade away. [...] Energy surges through your body. Even though you feel “normal”, you still think about cancer every day – if only for a little while. [...] How to confront a life that cancer has complicated and perhaps shortened?” (Stoller, 2004, p.190).

Em Vila Nova de Gaia, na Quinta das Camélias, no passado dia 26 de outubro, tive a oportunidade de assistir ao Ovarian Cancer Summit no qual foram abordados as seguintes temáticas: testes genéticos; acesso a testes genéticos; uma via alternativa para acesso ao teste genético; tratamento 1º linha; tratamento na recorrência e casos clínicos. Apesar deste programa estar muito direcionado para o tratamento médico, sei que o mundo atual está em constante

desenvolvimento e existe uma explosão (um *bang*) de informação ao qual tenho o dever de estar informada para poder ensinar, informar e aconselhar o doente e a sua família da melhor maneira.

Considero fundamental esta partilha de conhecimentos multidisciplinar, esta abertura de horizontes que me oferece um conhecimento mais alargado e aprofundado de novas tecnologias e avanços científicos, o que me permite cuidar de um modo mais individualizado da pessoa com cancro, caminhando, assim, para uma mudança de paradigma.

Referências Bibliográficas

Stoller, P. (2004). *Stranger in the Village of the Sick. A Mamoir of Cancer, Sorcery, and Healing*. Boston: Beacon Press.

Anexo I – Programa do curso de oncosexualidade

3 outubro

8h30 **SESSÃO DE ABERTURA**

9h00 **CONFERÊNCIA I**

**SEXUALIDADE HUMANA
NO SÉC. XXI - O NORMAL**

Nuno Monteiro Pereira
Urologista, Andrologista
Sociedade Portuguesa Andrologia

10h00 **PAINEL I**

**SEXO, SEXOLOGIA
E COMUNICAÇÃO**

A definir
Jornalista
Marcello Urgeghe
Ator
Marta Crawford
Sexóloga clínica

11h00 **COFFEE-BREAK**

11h30 **PAINEL II**

**SEXUALIDADE,
ENVELHECIMENTO
E SOBREVIVÊNCIA**

Fernanda Ferreira
Assistente social
Oncossexualidade/IPO Lisboa
Carla Veiga
Médica de família
Associação Portuguesa Medicina Geral e Familiar
Manuel Teixeira Veríssimo
Presidente Sociedade Portuguesa Geriatria

12h30 **PAINEL III**

**ONCOSEXOLOGIA
NOS IPO's**

Lúcia Monteiro
Psiquiatra
Oncossexualidade/IPO Lisboa
Ricardo Godinho
Urologista
Oncossexualidade/IPO Coimbra
A definir
IPO Porto

13h30 **ALMOÇO**

15h00-17h30

WORKSHOPS

- Treino de Comunicação em Oncossexualidade
- Problemas Sexuais na Mulher com Cancro

FORMADORES:

Clinica OncoSexologia
IPO Lisboa

4 outubro

9h00 **CONFERÊNCIA II**

**SEXUALIDADE
HUMANA NO SÉC. XXI
- O DISFUNCIONAL**

Patrícia Pascoal
Sociedade Portuguesa Sexologia Clínica

10h00 **PAINEL IV**

**INOVAÇÃO
E REABILITAÇÃO
EM ONCOSEXOLOGIA - I**

Vânia Alves
Enfermeira
Radioterapia/Oncossexualidade/IPO Lisboa
Teresa Fraga
Ginecologista
Hospital CUF
Conceição Pereira
Endocrinologista
Oncossexualidade/IPO Lisboa
Cláudia Silva
Enfermeira
Estomatologia/Oncossexualidade/IPO Lisboa

11h30 **COFFEE-BREAK**

12h00 **PAINEL V**

**INOVAÇÃO
E REABILITAÇÃO
EM ONCOSEXOLOGIA - II**

Ana Filipa Margalho
Cirurgiã Plástica
Oncossexualidade/IPO Lisboa
Henrique Nabais
Ginecologista
Fundação Champalimaud
Miguel Vileas
Cirurgião Maxilo-Facial
IPO Lisboa
Artur Palma
Urologista
Hospital Forças Armadas

13h30 **ALMOÇO**

15h00-17h30

WORKSHOPS

- Treino de Comunicação em Oncossexualidade
- Problemas Sexuais no Homem com Cancro

FORMADORES:

Clinica OncoSexologia
IPO Lisboa

Anexo II – CUF Update in Oncology



CUF UPDATE IN ONCOLOGY

LEARNING, RESEARCHING AND CARING FOR CANCER PATIENTS

ONCOLOGY NURSING MEETING | Room Sofia, 2nd floor

INNOVATION

Moderators: Joana Fonseca | Assunção Velasco

- 10h35 Genetics in cancer care and the role of the nurse**
Speaker: Celia Díez de los Ríos

11h15 Coffee break

SPECIALIZED KNOWLEDGE

Moderators: Joana Salgado | Sónia Santos

- 11h35 Oral anti-cancer therapies**
Speaker: Miguel Freitas
- 12h00 Sexuality in the person with colorectal cancer**
Speaker: César Gomes
- 12h25 How to manage immunotherapy side effects**
Speaker: Carla Sousa
- 12h50 Integrating oncology and palliative care: How far or how close are we?**
Speaker: Carolina Monteiro

13h30 Lunch break | Room Conventual, 1st floor

EXCELLENCE

Moderators: Joana Alves | Joana Araújo

- 14h35 Professional safety in cancer care**
Speaker: Sara Pereira
- 15h00 Oncology nutrition**
Speaker: Telma Barroso
- 15h25 Cancer survivors**
Speaker: Telma Grilo
- 15h50 Value based health care (Breast cancer outcomes)**
Speaker: João Leal

LEADERSHIP

Moderators: Cristina Freitas | Isabel Aragão

- 16h30 Cancer nursing research, closing the gap between science and clinical practice**
Speaker: Igor Pinto
- 16h55 Decision making in nursing**
Speaker: Anabela Lobo
- 17h30 Final comments and closure**

Anexo III - Ovarian Cancer Summit

Ovarian Cancer Summit

CONVITE

A AstraZeneca e a MSD têm o prazer de lhe convidar a participar no **Ovarian Cancer Summit 2019** no dia 26 de outubro de 2019, na Quinta das Camelias em Avelãs (Vila Nova de Gaia).
Contamos consigo.

PROGRAMA

09h00 Abertura de sessão
Steering Committee

09h15 **TESTE GENÉTICOS: EM QUE FASE ESTAMOS?**

- Importância do teste BRCA no tumor e de investigação em familiares em Câncer do Ovario da AstraZeneca
- O que devemos pesquisar no dia a dia: mutações BRCA germinativas, somáticas ou nenhuma delas?
- O que avançamos no conhecimento do fenótipo associado a HRD para além das mutações BRCA?

10h30 **ACESSO A TESTES GENÉTICOS**

O Panorama nacional

- O panorama nacional e o trabalho do Grupo de Câncer Hereditário na formação em oncogenética

Uma via alternativa para acesso ao teste genético:

Modelos de mainstreaming

- Modelos de mainstreaming no UK
- Modelos de mainstreaming em Portugal

12h00 **TRATAMENTO NA 1ª LINHA**

- Que lições aprendemos com novos dados de IPARP?
- De que forma a escolha de 1ª Linha pode influenciar as opções terapêuticas na recorrência?

13h00 Almoço

14h00 **TRATAMENTO NA RECORRÊNCIA**

- Sessão de prós e contras: "Eu acredito que":
 - todos os IPARP são iguais
 - existem diferenças entre os vários IPARP
- Como medir eficácia na terapêutica de manutenção?

15h40 **CASOS CLÍNICOS ADAPTADOS DA PRÁTICA CLÍNICA**

16h35 **Encerramento/Pontos principais**
Steering Committee

Apêndice X – Apresentação do *Up Date em Oncologia*



CUF UPDATE IN ONCOLOGY

LEARNING, RESEARCHING AND CARING FOR CANCER PATIENTS

25 de outubro de 2019 | Convento de São Francisco, Coimbra

SOBREVIVENTES ONCOLÓGICOS

Telma Henriques Grãos

SOBREVIVENTES ONCOLÓGICO



SOBREVIVENTES ONCOLÓGICOS



PROGRAMA NACIONAL PARA AS DOENÇAS ONCOLÓGICAS
2017



Aumento de 3% ao ano da incidência de cancro

Evolução do conhecimento científico

Aumento dos programas de rastreio e de programas de promoção para a saúde

Sobreviventes Oncológicos

www.dgs.pt

(Miranda & Gonçalves, 2017; Ness et al., 2012; O'Brien et al., 2014)

3

SOBREVIVENTE ONCOLÓGICO

Conceito

Edhast Mullan
New England Journal of Medicine

1985

National Cancer Institute (NCI)
Gabinete do sobrevivente de cancro:
estuda formas de prolongar e melhorar a qualidade de vida

1996

National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS)
1ª definição de sobrevivente oncológico

1986

American Society of Clinical Oncology (ASCO)
Sobrevivência aguda, prolongada e/ou a longo prazo ou permanente

4

SOBREVIVENTE ONCOLÓGICO



Spotlight



Gathering long-term data on what happens next

"Survivorship" is a rapidly growing field of research, as more cancer patients live longer, and require different types of support to get their lives back on track. Typically such research has been disconnected from clinical trials, but this may be starting to change, as Anna Wagstaff reports.

Survival is a necessity after a cancer diagnosis, but 'getting one's life back' is what everyone aspires to after treatment. Yet the literature on long-term outcomes reveals very little evidence about some of the things that matter most. Does the pain, fatigue, sickness or neuropathy reported during clinical trials abate or continue, and if it

continues, how severely and for how long? How does the experience of having that cancer and undergoing that treatment affect people's confidence, wellbeing, the ability to fulfil roles as parent, partner, carer, friend? What's the success rate in terms of capacity to have children, to work, to enjoy sex and enjoy their leisure time, to travel and to make plans, take out

loans or mortgages and generally carry on normal life? As advances in early detection and treatment lead to more cancer patients living longer and living longer with cancer, these aspects of long-term outcomes are going to be a new field of survivorship research. However, such research is fragmented and has diverse aims: defining

- A Sobrevivência é um conceito de pesquisa em rápido crescimento
- Pouca evidência científica sobre os efeitos secundários a longo prazo, devido ao aumento significativo de novas terapêuticas.
- Sobrevivente oncológico - reabilitação multidimensional

5

SOBREVIVENTE ONCOLÓGICO



<https://images.app.goo.gl/U8LUjt3Mps4fp5CK7>

6

EFEITOS SECUNDÁRIOS DO TRATAMENTO DO CANCRO



(Ness, Kokal, & Fee-schroeder, 2012; Friesen, et al. 2018)

7

CUIDADOS DE ENFERMAGEM



or to which a study pertains. For permission to photocopy, post online, reprint, adapt, or otherwise reuse any or all content from this article, email permissions@sagepub.org. To purchase high-quality reprints, email reprints@sagepub.org.

Article

Concerns Across the Survivorship Trajectory: Results From a Survey of Cancer Survivors

Sheryl Ness, RN, MA, OCN®, Janine Kokal, RN, MS, OCN®, Kallian Fee-Schroeder, RN, BSN, OCN®, Paul Novotny, MS, Daniel Satele, BS, and Debra Barton, RN, PhD, AGCC®, FAAN

The National Cancer Institute (NCI, 2011) estimated that more than 12 million cancer survivors live in the United States. The number of cancer survivors is growing because of advances in early detection, diagnosis, treatment, and care. The five-year relative survival rate for adults with cancer is greater than 67%, an increase from 49% in 1975-1977 (American Cancer Society, 2012). In addition, the number of people diagnosed with cancer is expected to almost double by the year 2020 because of an aging population (Edwards et al., 2002). The National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS, 1986) was the first organization to introduce the term cancer survivor and define it as an individual from the time of cancer diagnosis through the balance of his or her life. The NCCS (2008) Office of Cancer Survivorship added that family members, friends, and caregivers are included in this definition as secondary survivors. Cancer survivorship is a dynamic process of living with, through, and beyond a diagnosis of cancer, regardless of the outcome (Centers for Disease Control and Prevention, 2004).

Current literature documents that cancer survivors deal with a myriad of acute, chronic, and late effects of cancer and treatment. They face a host of physical, psychological, emotional, social, spiritual, and economic effects. Therefore, research is needed to better understand the complex needs of survivors.

As many as 75% of cancer survivors have health deficits related to their treatment (Haylock, 2006). Baker, Dinnelman, Smith, and West (2005) investigated concerns of 702 survivors one year after diagnosis and reported that 57%-66% expressed fears related to disease recurrence and concerns about their future. Sixty-seven percent of the survivors surveyed were dealing with physical effects such as fatigue, loss of strength, sleep difficulties, and sexual dysfunction. Studies have shown that patients with cancer have an elevated risk for psychosocial distress and other problems based on disease factors, gender, age, marital status, ethnicity, and household income (Baker et al., 2005; Vachon, 2006). Harrington, Harvett, Mackintosh, Todd, and

Purpose/Objective: To evaluate the most prevalent physical, social, emotional, and spiritual concerns of cancer survivors.
Design: Descriptive, cross-sectional study.
Setting: A multi, multisite cancer center in three urban centers in the United States.
Sample: 187 cancer survivors representing nine diagnostic groups in a broad spectrum of time since diagnosis.
Methods: Participants completed a survey designed to evaluate the self-reported concerns of cancer survivors. Demographic information and questions using Likert scales were used to measure concerns and quality of life. Descriptive statistics and regression analyses were used to evaluate data.
Main Results/Variables: Cancer diagnosis, time since diagnosis, and physical, social, emotional, and spiritual concerns.
Findings: Overall, quality of life was reported as a mean of 8.44 on a scale of 0-10. The top five concerns identified were fear of recurrence, fatigue, living with uncertainty, managing stress, and sleep disturbance. Prevalence and severity of concerns differed by cancer diagnosis and time since diagnosis. Patients reporting extreme concerns related to fatigue were associated with low quality-of-life scores.
Conclusions: The research indicated that fatigue and fear of recurrence are lasting concerns across the survivorship trajectory, and that age, cancer diagnosis, and time since diagnosis will have an effect on the survivor's experience. Implications for nursing: Nurses should take a proactive role in assessing the physical, social, emotional, and spiritual needs of all cancer survivors, regardless of cancer type and time since diagnosis. Future research and support programs for cancer survivors should focus on the major concerns of fatigue and fear of recurrence.
Knowledge Translation: The results of this research confirmed the importance of designing programs to support cancer survivors in an integrative manner from initial diagnosis into the period of ongoing survivorship. Specific attention should be placed on the concerns related to fear of recurrence, fatigue, financial burden, and the long-term effects of cancer treatment.

Feinstein (2010) conducted a review of the evidence of symptom burden following primary cancer treatment and found that cancer survivors can experience symptoms for more than 15 years following treatment.

Os sobreviventes de cancro continuam a enfrentar desafios e sintomas muito tempo depois o tratamento estar concluído.

É emergente que os Enfermeiros reconheçam estes desafios e sintomas e intervenham mobilizando recurso eficazes para a promoção do bem estar/qualidade de vida do sobrevivente oncológico



THE ROLE OF ADVANCED PRACTICE NURSES IN CANCER SURVIVORSHIP CARE

STACE CONCORDAN, MEGAN DUNNE, AND MARY S. MCCABE

OBJECTIVES: To review advanced practice nursing roles in planning, implementing, and evaluating survivorship care.

DATA SOURCES: Review of the literature, published articles, government and organizational reports.

CONCLUSIONS: The increased focus on improving post-treatment cancer care presents opportunities for advanced practice nurses to meet the physical and psychosocial needs of cancer survivors.

IMPLICATIONS FOR NURSING PRACTICE: As experts in the comprehensive delivery of care, oncology advanced practice nurses are positioned to initiate, deliver, and evaluate survivorship care through innovative models.

Key Words: Survivorship, advanced practice nurse, survivorship care model, survivorship care plan

Stace Concordan, RN, MS, AOCNP®, Nurse Leader, Survivorship Center, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY; Megan Dunne, RN, MS, AOCNP®, Nurse Practitioner, Survivorship Center, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY; Mary S. McCabe, RN, MA, Clinical Director, Survivorship Center, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, NY.

This research was funded in part through the NCI/NCJ Cancer Center Support Grant P30CA006716. Address correspondence to Stace Concordan, RN, MS, AOCNP®, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, 405 Lexington Ave, 24th Floor, New York, NY 10017; email: concordan@mskcc.org © 2015 Elsevier Inc. All rights reserved. 0197-2603/15/0114-0000

doi:10.1016/j.onn.2015.08.006

Although overall cancer incidence has declined over the past decade, the number of cancer survivors continues to grow in the United States as a result of early detection and treatment advances.¹ The growing population of cancer survivors in the US exceeded 14.5 million in 2014, with approximately 65% of those diagnosed with cancer surviving for more than 5 years.² As a result, survivorship care is gaining prominence as a specialized field, with increased attention and recognition that care does not end with the completion of treatment but must be extended to include the survivors' long-term health needs. First to formally highlight these needs was the 2005 Institute of Medicine report *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition*, which is the most comprehensive and influential proposal to date guiding survivorship care in the US.³ In addition, advocacy groups, such as the National Coalition for Cancer Survivorship (www.cancersurvivorship.org) and the

Os Enfermeiros em oncologia devem manter o envolvimento nos cuidados prestados ao sobrevivente, elaborando planos de cuidados especializados e individualizados.

TABLE 1.
Essential Components of Survivorship Care

1. Prevention of recurrent and new cancers, and of other late effects;
2. Surveillance for cancer spread, recurrence or second cancers; assessment of medical and psychosocial late effects;
3. Intervention for consequences of cancer and its treatment, for example, medical problems such as lymphedema and sexual dysfunction; symptoms, including pain and fatigue; psychological distress experienced by cancer survivors and their caregivers; and concerns related to employment, insurance, and disability; and
4. Coordination between specialists and PCPs to ensure that all of the survivor's health needs are met.

9



Oncology Nurse Participation in Survivorship Care

Marcia Grant, RN, DNSc, FAAN, Denise Economou, RN, MN, AOCNP®, and Betty Rollig Ferrell, RN, PhD, FAAN

Oncology nurses play an important role in the provision of survivorship care. Using report recommendations from the Institute of Medicine, nurses provide quality cancer care based on the specific characteristics of individual healthcare settings and the populations they serve. As part of the planning process, the evaluation of a setting's resources and goals for desired survivorship activities can make the difference between success and failure. Collaborating with local and national resources for cancer survivors can help expand a setting's services in an efficient and cost-effective manner. Models of care vary and resources and communication differ among settings; as a result, survivorship care changes across models. Nurses are critical to implementing survivorship activities and facilitating communication among healthcare providers, patients, and caregivers. In addition, nurses significantly contribute to the dissemination and coordination of information between patients and healthcare providers.

The American Cancer Society (ACS), 2010¹ predicted that the population of cancer survivors in the United States will be 20 million by 2020. Cancer survivors' healthcare needs are unique and involve specific cancer prevention and detection activities, individualized survivorship recommendations, interventions for the consequences of cancer and cancer treatment, and coordination of care. Planning and coordinating these needs involve communication between patients and healthcare providers based on individualized treatment outcomes and survivorship care plans.

Oncology nurses have been instrumental in developing activities, integrating cancer survivorship care into current healthcare settings (Ferrell & Wilson, 2006). One hundred and two oncology nurses participated in the National Cancer Institute (NCI)-sponsored Survivorship Education for Quality Cancer Care program (Grant, Economou, Ferrell, & Blatta, 2017). This article reports examples of oncology nurses who attended the program and have implemented cancer survivorship care in their settings. The article also briefly defines recommendations for survivorship care, describes the content of the Survivorship Education for Quality Cancer Care program, and provides examples of how nurses are implementing survivorship care in their specific cancer settings. The authors

At a Glance

- The concept of cancer survivorship is multifaceted and interdisciplinary.
- Oncology nurses will continue to educate and coordinate multidisciplinary teams on cancer survivorship care.
- Activities for meeting the needs of cancer survivors vary depending on the institution and available resources.

conclude with recommendations for survivorship care activities for all oncology nurses. The goal of this content is to inspire oncology nurses to join in providing quality survivorship care for all patients with cancer.

Background

The cancer survivorship movement began with the establishment of the National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS) in 1986 and the recognition of cancer survivors as a unique

Marcia Grant, RN, DNSc, FAAN, is a director and professor and Denise Economou, RN, MN, AOCNP®, is a senior research specialist and project director of survivorship education for quality cancer care, both in Nursing Research and Education, and Betty Rollig Ferrell, RN, PhD, FAAN, is a research scientist and professor in the Cancer Center at the City of Hope National Medical Center in Duarte, CA. The authors take full responsibility for the content of this article. This research was funded by a grant from the National Cancer Institute (R01CA191286). The content of this article has been reviewed by independent peer reviewers to ensure that it is balanced, objective, and free from commercial bias. No financial relationships relevant to the content of this article have been disclosed by the planners, independent peer reviewers, or editorial staff. (JON) submitted January 2016; revision submitted June 2016; accepted for publication June 26, 2016. Digital Object Identifier (DOI): 10.1016/j.onn.2016.06.001

O Papel do Enfermeiro em Oncologia na Sobrevivência

- Advogado do doente
- Gestão de efeitos secundários a longo prazo e/ou tardios
- Gestão de comorbilidades
- Promoção de hábitos de vida saudáveis
- Coordenação de cuidados
- Gestão emocional
- Detecção precoce de novas neoplasias
- Detecção precoce de recaída

CUIDADOS DE ENFERMAGEM



Survivorship care — time for innovation?

Yvonne Panek-Hudson • Yvonne Panek-Hudson-Brune
 AllSaints Nurse Practitioner – Dept of Cancer Medicine
 Peter MacCallum Cancer Centre, East Melbourne
 University appointment, Royal Melbourne Hospital, City campus.

Abstract

Effective cancer treatment is contributing to improve survival for people diagnosed with cancer in recent years. The latest data on cancer survival has seen the cancer survival rate increase from 49% to 66% in just 20 years. Cancer is increasingly being viewed as chronic disease and people with cancer are increasingly expected to take at least some responsibility for managing their own care. Cancer nurses have to engage in cancer survival work in addition to cancer treatment work. This has demanded change and has led to cancer nurses having to change the way in which they work. Implementing survivorship care strategies into patient management has become a key component of cancer nursing. There is an increasing body of literature and a number of guidelines aiming to optimise and advise how to care for cancer survivors into the future in an attempt to improve the longer term outcomes for cancer patients.

This paper will provide an overview of current accepted definitions of survivorship and its relevance to Australian populations. It will discuss survivorship strategy recommendations and their limitations and present an innovative model of nurse-led survivorship care in the care of patients post allogeneic bone marrow transplant (aBMT).

Keywords: Survivorship, model of care, survivorship recommendations, nurse practitioners.

The meaning of survivorship

There is a lack of consensus in the survivorship literature as to who is a cancer survivor and when they become one. Survivor definitions that require completion of treatment and absence of symptoms clearly do not work for many individuals. Over time the definition of cancer survivors has shifted. It was once a common [mis] conception that to be called a cancer survivor you were required to accumulate five years of disease-free time. Patients often felt in limbo they could not get on with their lives nor make major decisions or changes until they had reached that milestone. The Western and Central Cancer Integration Cancer Service (WCCICS) in Melbourne, Australia, has included a priority area addressing survivorship issues as part of the strategic plan. Their vision is that survivorship care begins with completion of active treatment and includes "living with or beyond cancer".

The 2005 seminar report by the Institute of Medicine (IOM) from Cancer Related to Cancer Survivor Care in Transition represents an effort on the part of the International Society of Clinical Oncology

(ASCO), the National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS) and the Institute of Medicine (IOM) to disseminate the findings and recommendations from a symposium in which over 100 stakeholders in the cancer community — survivors, advocates, health care providers, government officials and researchers — participated. This report considers that survivorship begins from diagnosis and continues throughout the lifespan. The National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS), based in Washington DC, USA, has gone a step further and includes caregivers, friends and family in their definition of a cancer survivor from the time of diagnosis and for the balance of life. This report is in parallel with the Victorian Cancer Action Plan (VCAP), and as such, prioritises supporting and empowering patients and their carers throughout their cancer journey.

Disseminated caregivers

The addition of caregivers, friends and family to the definition of survivor is timely and in keeping with the increasing work directed towards impact on lay caregivers. It is impossible to



(Macmillan Cancer Support, 2014 Panek-Hudson & Mn,R.N. 2013)

11

SOBREVIVENTE ONCOLÓGICO



<https://images.app.goo.gl/azDPXts55bzj8x7F6>

12

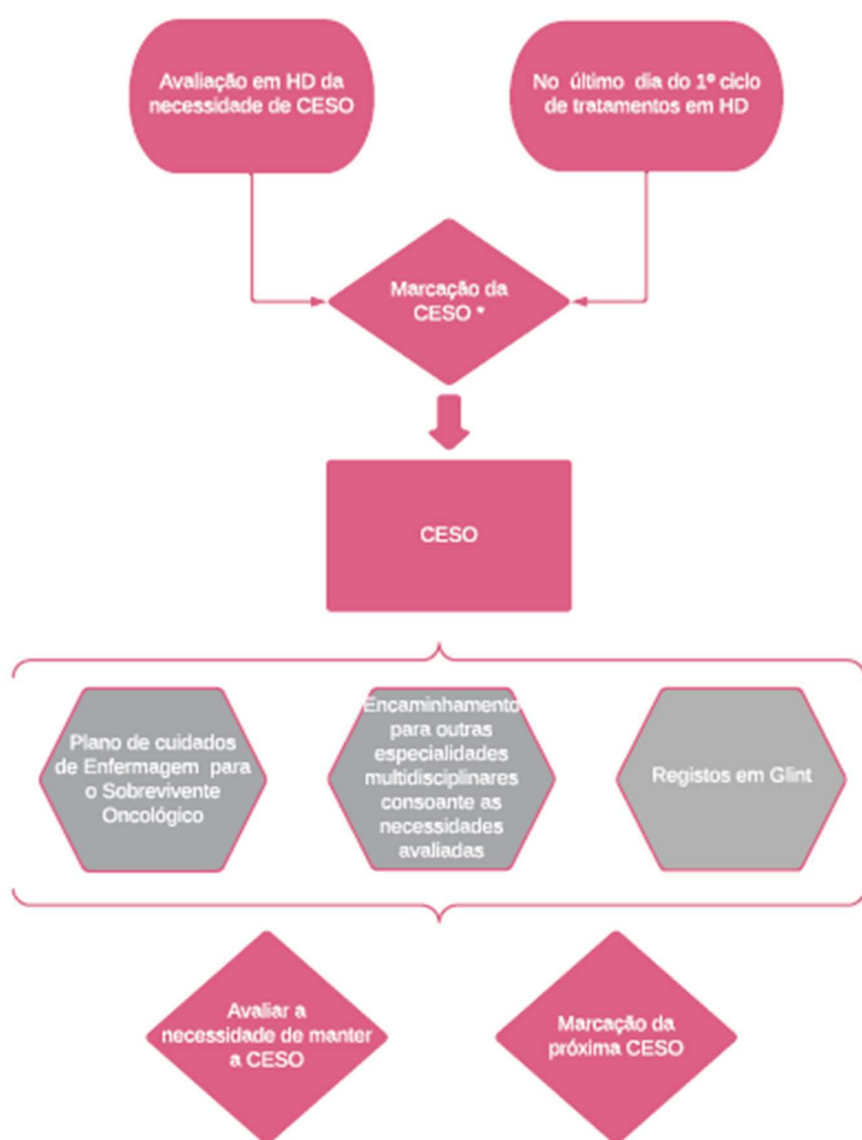
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Corcoran, S., Dunne, M., & McCabe, M. S. (2015). The Role of Advanced Practice Nurses in Cancer Survivorship Care. *Seminars in Oncology Nursing*, 31(4), 338–347. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2015.08.009>
- Friesen-Storms, Jolanda HHM.; Bours, Gerrie JJW; Snijders, Ingrid CG.; Weijden, Trudy van der; Jie, Kon-Siong G.; Beurskens, A. J. (2018). A conversation approach based on shared goal-setting and shared decision-making for nurses in cancer aftercare_ A developmental study _ Elsevier Enhanced Reader.pdf. *European Journal of Oncology Nursing*, 35, 107–116.
- Grant, M., Economou, D., & Ferrell, B. R. (2010). Oncology nurse participation in survivorship care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(6), 709–715. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.709-715>
- Macmillan Cancer Support. (2014). *A Competence Framework for Nurses: Caring for patients Living With and Beyond Cancer*. Retrieved from http://www.macmillan.org.uk/Documents/AboutUs/Health_professionals/competence-framework-for-nurses.pdf
- Miranda, N., & Gonçalves, M. B. (2017). Programa Nacional para as Doenças Oncológicas 2017. *Direção-Geral Da Saúde*, 22–24. <https://doi.org/ISSN: 2183-0746>
- Ness, S., Kokal, J., & Fee-schroeder, K. (2012). *Concerns Across the Survivorship Trajectory: Results From a Survey of Cancer Survivors*. (2010), 35–43.
- O'Brien, M., Stricker, C. T., Foster, J. D., Ness, K., Arlen, A. G., & Schwartz, R. N. (2014). Navigating the seasons of survivorship in community oncology. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(1 SUPPL.), 9–14. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.S1.9-14>
- Panek-Hudson, Y., & Mn, R. N. (2013). *Survivorship care - time for innovation?* (Vol. 14).
- Wagstaff, A. (2018). Gathering long-term data on what happens next. *Cancer World*, 62–66.

Apêndice XI – Fluxograma

Fluxograma CESO



Apêndice XII – Norma da CESO

Norma da Consulta de Enfermagem para Sobreviventes Oncológicos (CESO)

Definição

A consulta de Enfermagem é uma “estratégia tecnológica de cuidado importante e resolutive, respaldada por lei, privativa do enfermeiro, e que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada, facilitando a promoção da saúde, o diagnóstico e o tratamento precoces, além da prevenção de situações evitáveis” (Paz de Oliveira, Oliveira Queiroz, de Melo Matos, Falconieri de Moura, & Teixeira Lima, 2012). A consulta de Enfermagem enriquece os cuidados de saúde prestados à pessoa, não só como ser biológico, mas também “na compreensão do homem como sujeito social e o seu processo de saúde-doença (...)” (Paz de Oliveira, Oliveira Queiroz, de Melo Matos, Falconieri de Moura, & Teixeira Lima, 2012).

Entenda-se por Consulta de Enfermagem ao Sobrevivente Oncológico (CESO), as consultas realizadas aos doentes oncológicos após terminarem a primeira linha terapêutica.

Finalidade

Esta consulta tem como finalidade manter o acompanhamento de Enfermagem dos sobreviventes oncológicos, após terminarem a primeira linha terapêutica proposta.

Objetivos

Sendo a Enfermagem uma disciplina científica orientada para a prática, esta consulta será estruturada de acordo com o processo de Enfermagem descrito por Callista Roy (2001). A doença e os tratamentos provocam muitas mudanças na vida das pessoas e cabe ao Enfermeiro ajudar os sobreviventes a adaptarem-se, de uma forma saudável, a uma nova realidade. O bem-estar é um

estado que tem de ser redefinido e ajustado e nem sempre é fácil fazê-lo sem ajuda profissional. Para acompanhar os sobreviventes, o enfermeiro “deverá identificar o nível de adaptação e as capacidades de resistência, identificar dificuldades e intervir para promover a adaptação” (Roy & Andrews, 2001, p. 41).

Assim sendo esta consulta tem como objetivos:

- Uniformizar o acompanhamento de Enfermagem aos sobreviventes.
- Promover uma adaptação saudável às mudanças/alterações a que os sobreviventes oncológicos foram e/ou estão sujeitos.
- Minimizar o impacto da doença oncológica nos sobreviventes.
- Estabelecer um plano de cuidados para o sobrevivente oncológico

Público Alvo

Esta consulta destina-se a todas as pessoas com um diagnóstico de cancro após terminarem a primeira linha terapêutica proposta.

A 1ª CESO deve ser marcada entre 1 a 3 meses, após terminar a primeira linha terapêutica, e deve ser agendada para um dia em que o doente tenha outras marcações no hospital, de modo a maximizar a vinda ao hospital. As consultas seguintes serão agendadas de acordo com o plano de cuidados estabelecido com o sobrevivente.

Estrutura física

A CESO deve realizar-se em gabinete de consulta do hospital de dia, preservando a privacidade entre o enfermeiro e o sobrevivente. Garantir este espaço permite o desenvolvimento/manutenção de uma relação de confiança, bem como o estabelecimento de um plano de cuidados personalizado que contribua para melhores resultados.

Recursos materiais

O gabinete de consulta deve estar equipado com computador que permita fazer registos informáticos, com folhetos informativos e contactos essenciais às possíveis necessidades do sobrevivente oncológico.

Recursos Humanos

A CESO é uma consulta de Enfermagem, mas está inserida numa equipa multidisciplinar. O enfermeiro da CESO é o elemento de referência na monitorização dos efeitos secundários de ordem física, emocional, espiritual e social que se manifestam na sobrevivência oncológica (Grant, Economou, & Ferrell, 2010; Macmillan Cancer Support, 2009; Ness et al., 2012). Nesta consulta é definido um plano de cuidados em conjunto com o sobrevivente de modo a promover a adaptação à sobrevivência. Após o estabelecimento do plano de cuidados, pode haver a necessidade de encaminhar para outros profissionais.

Acessibilidade

Numa primeira fase, esta consulta estará disponível apenas para os sobreviventes oncológicos que terminem os tratamentos em Hospital de Dia. O enfermeiro que realizou o último tratamento em Hospital de Dia ou qualquer elemento da equipa multidisciplinar pode encaminhar o sobrevivente para a consulta, desde que este cumpra os critérios definidos.

Por questões organizacionais, propõe-se que a primeira Consulta de Enfermagem para o Sobrevivente Oncológico seja realizada no mesmo dia da primeira consulta médica de follow-up. Para rentabilizar a ida ao hospital, a consulta de Enfermagem deverá ser agendada depois da colheita de sangue para análises e/ou exames complementares de diagnóstico e antes da consulta médica. Sendo estas as condições ideais, a marcação da consulta pode e deve ser ajustada à disponibilidade do sobrevivente.

Funcionamento

Estas consultas serão agendadas pelas administrativas e decorrerão de segunda a sexta das 8h às 18h. No último tratamento realizado no Hospital de Dia, o enfermeiro e o sobrevivente agendam a consulta de Enfermagem. Tendo em conta as necessidades específicas dos sobreviventes oncológicos, estima-se um tempo médio de consulta de 30 a 45 minutos.

Procedimentos

Os profissionais que vão operacionalizar esta consulta terão de pôr em prática um plano de cuidados que, embora se reja por princípios e orientações transversais, seja individualizado, ou seja, constitua uma resposta a todos os problemas, inquietações, dúvidas e necessidades que o cancro e o tratamento criaram.

Callista Roy (2001) considera a pessoa como um sistema adaptável e define o processo de Enfermagem como um modelo de adaptação constituído por seis passos: i) avaliação do comportamento; ii) avaliação do estímulo; iii) diagnóstico de Enfermagem; iv) estabelecimento do objetivo; v) intervenção; vi) e avaliação.

Para a concretização dos dois primeiros passos, o enfermeiro deverá consultar o processo clínico para recolher toda a informação que considere pertinente para determinar o diagnóstico de Enfermagem. Durante a entrevista, o Enfermeiro usará o guião da CESO (Apêndice XIII) para completar a avaliação. Este guião foi estruturado de acordo com os quatro modos adaptáveis de Callista Roy. Estes permitem aferir se a pessoa tem um comportamento adaptativo ou ineficaz e quais os estímulos subjacentes a esse comportamento.

Uma vez recolhidos os dados comportamentais, estes devem ser interpretados juntamente com os estímulos que os afetam. Concluído o processo de avaliação, o enfermeiro estabelece o(s) diagnóstico(s) de Enfermagem, o terceiro passo do processo. O diagnóstico é o ponto de partida para o estabelecimento do(s) objetivo(s) que visam corrigir os comportamentos ineficazes, tornando-os adaptáveis (Roy & Andrews, 2001).

Uma vez determinados, os objetivos têm de ser operacionalizados e, como tal, têm de se transformar em intervenções, isto é, em cuidados que visam promover os comportamentos adaptativos. As estratégias e os recursos necessários para que este objetivo seja atingido resultarão de uma negociação e de um compromisso entre o enfermeiro e o sobrevivente. A avaliação é o último passo do processo de Enfermagem, mas também é, de um certo ponto de vista, o primeiro, porque só através dele pode o enfermeiro retomar, isto é, desenvolver e melhorar o processo e os seus resultados. A avaliação final é realizada através

da “apreciação da eficácia da intervenção da enfermagem em relação ao comportamento da pessoa” (Roy & Andrews, 2001, p.63).

Durante o desenvolvimento da consulta, o enfermeiro deve recorrer a técnicas de comunicação eficazes que, por um lado, validem os sentimentos e as emoções da pessoa, por outro, demonstrem disponibilidade e compreensão das suas dificuldades (Buckman, 2005).

Do plano de cuidados desenvolvido com o sobrevivente devem constar intervenções que: (i) promovam a aquisição de hábitos de vida saudáveis; (ii) permitam uma gestão saudável dos efeitos secundários dos tratamentos, quer os de longo prazo quer os tardios; (iii) ajudem o sobrevivente não só a gerir expectativas, mas também a manter papéis familiares, sociais e laborais. Se necessário, o sobrevivente deverá ser referenciado para outros profissionais.

As consultas subsequentes serão agendadas de acordo com a avaliação das necessidades da pessoa, contudo dever-se-á ter em conta a próxima vinda ao hospital. O tipo de cancro determina a periodicidade das consultas de acompanhamento médico, que pode servir de referência para as de Enfermagem. No entanto, ao contrário do que acontece com o acompanhamento médico, os cuidados de Enfermagem dependerão sempre de cada caso, logo a periodicidade destas consultas será o resultado de uma negociação entre o sobrevivente e o enfermeiro.

Existe uma consciencialização crescente da necessidade de, para além do follow-up da doença, realizar o acompanhamento e monitorização da pessoa que sobreviveu à doença, uma vez que esta pode viver com efeitos secundários de diferentes dimensões a longo prazo ou tardios. A consulta de Enfermagem é “um método no qual o enfermeiro possui completa autonomia para desenvolver estratégias de cuidado abrangentes para a promoção da saúde” (Paz de Oliveira et al., 2012, p. 160).

Registos

Os registos devem ser realizados em Glintt®, num episódio de “Consulta de Enfermagem”. Deve ser completada a avaliação inicial e escrever em texto livre o plano de cuidados estabelecido. O guião da consulta deverá ser preenchido e ser colocado no processo físico da pessoa.

Referências bibliográficas

- Buckman, R. (2005). Breaking Bad News: The S.P.I.K.E.S strategy. *Community Oncology*, 2(2), 138-142
- Grant, M., Economou, D., & Ferrell, B. R. (2010). Oncology nurse participation in survivorship care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(6), 709–715. <https://doi.org/10.1188/10.CJON.709-715>
- Macmillan Cancer Support. (2009). Cancer Survivorship: Supporting the two milion people living with or beyond cancer. *Nursing Times*, 105(12). <https://doi.org/10.7600/jspfsm.67.137>
- Ness, S., Kokal, J., & Fee-schroeder, K. (2013). *Concerns Across the Survivorship Trajectory: Results From a Survey of Cancer Survivors*. (2010), 35–43.
- Paz de Oliveira, S. K., Oliveira Queiroz, A. P., de Melo Matos, D. P., Falconieri de Moura, A., & Teixeira Lima, F. E. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 155–161. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000500010>

Apêndice XIII – Guião da CESO

Modo Função na Vida Real				
Nome				
Data de nascimento/Idade	____/____/____ ____ Anos			
Nacionalidade				
Estado civil				
Agregado familiar				
Vive com				
Pessoa de referência e contacto telefónico				
Habilitações literárias e Profissão				
Condições físicas/psicológicas e financeira de trabalho				
Habitação	☐ Própria	☐ Alugada	☐ Apartamento	☐ Moradia
Condições físicas e de saneamento básico da habitação				
Rendimentos familiares				

Modo Fisiológico		
Diagnóstico		
História de doença atual		
Antecedentes Pessoais		
Antecedentes familiares		
Alergias		
Alteração da concentração	☐ Não	☐ Sim
Alteração da memória	☐ Não	☐ Sim
Alteração na capacidade de tomar decisões em tarefas simples	☐ Não	☐ Sim
	Especificar	

Oxigenação	Sinais Vitais	___/___ mmHg; p. ___ bpm; Temp ___ °C; SaO2 ___ %		
	☐ Tosse	☐ Expecturação		☐ Dispneia
	Observações:			
	Oxigenoterapia	☐ Não		☐ Sim
	___ l/min em repouso ___ l/min em esforço n° h/dia ___			
	Hábitos tabágicos	☐ Não	☐ Ex-fumador desde _____	☐ Sim _____ Cig/dia Desde _____
	Consumo de drogas	☐ Não	☐ Sim	☐ Quais? _____
Nutrição	Nº refeições/dia			
	Tipo de dieta			
	Hidratação	_____ ml/dia		
	Dependente	☐ Não	☐ Sim	
	Anorexia	☐ Não	☐ Sim	
	Higiene oral			
	Consumo de álcool	☐ Não	☐ Sim	
		Tipo/Quantidade _____ _____		
Eliminação	Eliminação urinária			
	☐ Contínente		☐ Incontinente	
	Caraterísticas da urina			
	Eliminação intestinal			
	☐ Contínente		☐ Incontinente	
	Nº de dejeções/dia			
	Caraterísticas das fezes			
	Alterações intestinais	☐ Não		☐ Sim
		Observações		
	Ostomia	☐ Não		☐ Sim

Eliminação	Tipo de ostomia	☐ Definitiva		☐ Temporária		
		Observações				
	Nível de autonomia	☐ Total		☐ Parcial		☐ Não autônomo
		Observações				
	Seguido na consulta de ostomias	☐ Não		☐ Sim		
Atividade e Repouso	Perturbações do padrão de sono	☐ Não		☐ Sim		
		Observações				
	Número de horas de sono/noite					
	Atividade de Lazer					
	Exercício Físico					
	Dispositivo Auxiliar de marcha					
	Fadiga	☐ Não		☐ Sim		
		☐ Grau (CTCAE)				
Proteção	Pele e mucosas	☐ Coradas		☐ Descoradas		
		Outros				
	Alterações da integridade cutânea	☐ Não		☐ Sim		
		Especificar:				
	Alterações da integridade das unhas	☐ Não		☐ Sim		
		Especificar:				
	Neuropatia periférica	☐ Não		☐ Sim		
Grau (CTCAE)						

Sentidos	Alterações audição	☐ Não	☐ Sim
		Especificar	
	Alterações da visão	☐ Não	☐ Sim
		Especificar	
	Alterações na fala	☐ Não	☐ Sim
		Especificar	
	Alterações do olfato	☐ Não	☐ Sim
Dor	☐ Não	☐ Sim	
	Nível _____ Escala utilizada _____ Se dor: • Localização _____ • Tipo de dor _____		
Função neurológica	Estado consciência		
	Orientação		
	Comportamento		
	Humor		
	Alterações da memória	☐ Não	☐ Sim
Especificar			
Fluidos e eletrólitos	Edemas	☐ Não	☐ Sim
		Localização _____	
	CVC SC	☐ Não	☐ Sim
		Localização _____	
		Data de colocação _____	
	Alterações na mucosa oral	☐ Não	☐ Sim
Especificar			

Interdependência			
Alterações nas relações interpessoais e/ou familiares		☐ Não	☐ Sim
		Especificar	
Relações profissionais			
Dificuldades em regressar ao emprego		☐ Não	☐ Sim
		Especificar	
Preocupações			
Especificar apoios familiares e sociais			
Apoio emocional			
Autoconceito			
Eu Físico	Alteração da autoimagem	☐ Não	☐ Sim
		Especificar	
	Alteração da sensação corporal	☐ Não	☐ Sim
		Especificar	
	Alteração da Sexualidade	☐ Não	☐ Sim
		Especificar	
Eu pessoal	Projeto de vida		
	Projeto de vida social		
	Crenças		
	Medos e preocupações		
	Memórias anteriores		
	Expectativas fase à sobrevivência		