



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

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM
SITUAÇÃO CRÓNICA**

Florinda Rosa Oliveira Peito

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE
ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E
TRATAMENTO DA RADIODERMITE**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

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

**PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM
NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA
RADIODERMITE**

Relatório Final de Estágio

Florinda Rosa Oliveira Peito

Relatório Final de Estágio apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, sob orientação do Professor Doutor Vasco Neves e coorientação do Professor Doutor Igor Pinto

Oliveira de Azeméis | 2024

“Ninguém é igual a ninguém. Todo o ser humano é um estranho ímpar.”

Carlos Drummond de Andrade

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Professor Doutor Vasco Silva Neves pela motivação, confiança e dedicação demonstradas ao longo do estágio, assim como pelo acompanhamento na realização dos trabalhos científicos e de investigação.

Ao Professor Doutor Igor Soares Pinto, expresse a minha gratidão pela orientação e motivação ao longo da elaboração deste trabalho de investigação.

Ao meu marido, Nuno, meu verdadeiro braço direito em cada etapa deste percurso, que sempre me motivou a alcançar esta conquista - sem ele, nada disso seria possível.

Aos meus filhos, Pedro e Miguel, agradeço de coração pela compreensão e paciência, mesmo nos momentos difíceis, e pelas ausências inevitáveis ao longo do percurso.

À minha família, expresse a minha gratidão pelo apoio e pela compreensão nos momentos em que a minha presença lhe faltou.

Às minhas amigas, Ana, Liliana e Manuela, pelo apoio incondicional.

Aos amigos que sempre me apoiaram, especialmente à amiga que agora é uma estrelinha, guardo com carinho a lembrança do seu sorriso, da sua voz meiga e do seu conforto, mesmo nos seus momentos difíceis.

Aos enfermeiros que gentilmente participaram e contribuíram para a realização da investigação.

E, por fim, mas não menos importante, aos colegas de profissão, com quem trabalho e já trabalhei, especialmente aos tutores de estágio, que sempre me incentivaram e ajudaram no meu crescimento profissional.

A todos, o meu muito obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AEOP - Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa

AMIM - Atestado Médico de Incapacidade Multiuso

BT - Braquiterapia

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

DGS - Direção-Geral da Saúde

ADN - Ácido desoxirribonucleico

EBRT - External Beam Radiation Therapy

EE - Enfermeiro Especialista

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

Enf. - Enfermeiro

Enf.^a - Enfermeira

ENP - Estágio de Natureza Profissional

EORTC - European Organization for Research and Treatment of Cancer

ESSNorteCVP - Escola Superior De Saúde Norte Cruz Vermelha

et al. - e outros

FG – Focus Group

Gy - gray

IACS - Infecções Associadas Aos Cuidados De Saúde

ISNCC - International Society for Nurses in Cancer Care

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial De Saúde

ONS - Oncology Nursing Society

MeSH - Medical Subject Headings

MASSC - Multinational Association of Supportive Care in Cancer

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infeção

PBE - Prática Baseada na Evidência

p. - página

pp. – páginas

p. ex. – por exemplo

RT - Radioterapia

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RISRAS - Radiation-Induced Skin Reaction Assessment Scale

RON - Registo Oncológico Nacional

RTOG - Radiation Therapy Oncology Group

SCoR - Society and College of Radiographers

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SWOT - Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UC - Unidade Curricular

ULS - Unidade Local de Saúde

RESUMO

Este relatório foi elaborado no contexto do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, e está organizado em duas partes. A primeira parte aborda a componente de estágio, apresentando uma análise crítico-reflexiva das experiências vivenciadas durante o período de prática, bem como das atividades realizadas para adquirir as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista nesta área. A segunda parte, foca-se na componente de investigação, que procurou responder a uma questão levantada durante o estágio.

Na componente de estágio, foram desenvolvidas várias atividades em resposta às necessidades identificadas no local e da pessoa submetida a radioterapia, com ênfase na radiodermite, sendo este o evento adverso mais comum neste tipo de tratamento.

A componente de investigação teve como objetivos: desenvolver um programa de intervenção para a prevenção e tratamento da radiodermite em pessoas com doença oncológica a realizar radioterapia; e explorar as perceções dos enfermeiros peritos sobre a utilidade, aplicabilidade e possíveis barreiras à implementação do programa.

O programa de intervenção foi elaborado com base nas evidências científicas mais recente e nas diretrizes atualizadas sobre a prevenção e tratamento de radiodermite, e inclui cuidados com a pele, educação para autogestão, síntese de evidências para tratamento, entre outros. As intervenções foram estruturadas segundo a CIPE®, promovendo uma prática padronizada e uma comunicação eficaz entre os enfermeiros.

Para analisar e discutir o programa de intervenção de enfermagem, foi conduzido um *focus group* com enfermeiros peritos em radioterapia, seguindo as diretrizes metodológicas de Krueger e Casey (2015). A análise de dados foi realizada com base na abordagem de Bardin (2016), o que permitiu organizar a informação em temas principais e categorias. Além disso, as diretrizes do COREQ foram adotadas para garantir a qualidade e transparência da investigação.

A participação dos enfermeiros peritos foi voluntária, e os princípios éticos foram rigorosamente respeitados. Na opinião destes profissionais, o programa de intervenção de enfermagem para prevenção e tratamento da radiodermite representa um avanço significativo para a melhoria dos cuidados prestados. Os peritos destacam que o programa está bem estruturado e fundamentado em evidências científicas, proporcionando intervenções eficazes, personalizadas e adequadas às necessidades individuais das pessoas submetidas a RT.

Dessa forma, um programa de intervenção, fundamentado em prática baseada em evidências e com uma organização sistemática, é essencial para reduzir as variações nas práticas clínicas e garantir resultados consistentes e de alta qualidade.

Palavras-Chave: Radiodermite; Radioterapia; Enfermagem; Prevenção; Tratamento.

ABSTRACT

This report was prepared within the context of the 1st Master's Course in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Nursing for People in Chronic Situations, and is organized into two parts. The first part addresses the internship component, presenting a critical-reflective analysis of the experiences lived during the practice period, as well as the activities carried out to acquire the common and specific competencies of the specialist nurse in this area. The second part focuses on the research component, which aimed to answer a question raised during the internship.

In the internship component, several activities were developed in response to the needs identified in the setting and of people undergoing radiotherapy, with an emphasis on radiodermatitis, which is the most common adverse event in this type of treatment.

The research component aimed to: develop an intervention program for the prevention and treatment of radiodermatitis in people with cancer undergoing radiotherapy; and explore the perceptions of expert nurses about the usefulness, applicability, and potential barriers to the implementation of the program.

The intervention program was developed based on the latest scientific evidence and updated guidelines on the prevention and treatment of radiodermatitis, including skin care, self-management education, evidence synthesis for treatment, among others. The interventions were structured according to the CIPE[®], promoting standardized practice and effective communication among nurses.

To analyze and discuss the nursing intervention program, a focus group was conducted with expert nurses in radiotherapy, following the methodological guidelines of Krueger and Casey (2015). Data analysis was conducted based on Bardin's approach (2016), which allowed for the organization of information into main themes and categories. Furthermore, the COREQ guidelines were adopted to ensure the quality and transparency of the research.

The participation of expert nurses was voluntary, and ethical principles were rigorously followed. In the opinion of these professionals, the nursing intervention program for the prevention and treatment of radiodermatitis represents a significant advancement in the improvement of care provided. The experts emphasized that the program is well-structured and based on scientific evidence, providing effective, personalized interventions that are tailored to the individual needs of people undergoing radiotherapy (RT).

Thus, an intervention program based on evidence-based practice and systematic organization is essential to reduce variations in clinical practices and ensure consistent, high-quality results.

Keywords: Radiodermatitis; Radiotherapy; Nursing; Prevention; Treatment.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Objetivos específicos para o ENP em RT	30
Tabela 2: Técnicas de tratamento de RT.....	33
Tabela 3: Efeitos secundários da RT.....	34
Tabela 4: Escala de avaliação da toxicidade aguda da pele por radiação - RTOG	35
Tabela 5: Escala de avaliação da toxicidade tardia da pele por radiação - RTOG.....	36
Tabela 6: Escala de avaliação da toxicidade aguda da pele por radiação - CTCAE	36
Tabela 7: Fatores de risco no desenvolvimento e na gravidade da radiodermite	37
Tabela 8: Análise SWOT para implementação do SClínico	45
Tabela 9: Categorização dos dados.....	82

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Domínios das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista.....	38
Figura 2: Pilares do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026.....	41
Figura 3: Caraterização do grupo de peritos.....	81

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
1. Enquadramento do contexto de estágio	27
1.1. Estágio em radioterapia	27
1.2. Objetivos específicos para estágio	29
1.3. Radioterapia e mecanismos de ação	31
1.4. Efeitos Secundários da Radioterapia	33
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	38
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	38
2.2. Melhoria contínua da qualidade	40
2.3. Gestão dos cuidados	48
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	49
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação crónica	51
3.1. Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica	51
3.2. Maximiza o ambiente terapêutico em articulação com a pessoa e família/cuidadores a vivenciar a doença crónica	56
4. Considerações finais	59
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	61
1. Resumo	63
2. Abstract	65
3. Fundamentação/enquadramento teórico	67
3.1. Programa de intervenção de enfermagem para a prevenção e tratamento da radiodermite na pessoa submetida a radioterapia	69
4. Finalidade e objetivos	75
5. Metodologia	77

5.1. Desenho do estudo	77
5.2. Considerações éticas	79
6. Resultados	81
7. Discussão	89
8. Conclusão	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICES.....	111
APÊNDICE I: COMUNICAÇÃO APRESENTADA NO CONGRESSO PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA XII.....	113
APÊNDICE II: “ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE MULTIUSO”	127
APÊNDICE III: “PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE PESSOAS SUBMETIDAS A RADIOTERAPIA – VERSÃO INICIAL”	131
APÊNDICE IV: “EMAILS TIPO: CONVITE DE PARTICIPAÇÃO, AGENDAMENTO DO <i>FOCUS GROUP</i> , E ENVIO DO LINK/NOME CÓGIGO/PROGRAMA”	147
APÊNDICE V: “CONSENTIMENTO INFORMADO”	151
APÊNDICE VI: “QUESTIONÁRIO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES NO <i>FOCUS GROUP</i> ”	155
APÊNDICE VII: “GUIÃO DE ENTREVISTA DO <i>FOCUS GROUP</i> ”	161
APÊNDICE VIII: “ <i>CHECKLIST CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ)</i> ”	167
APÊNDICE IX: “TABELA DE CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS DO <i>FOCUS GROUP</i> ”	173
APÊNDICE X: “PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE PESSOAS SUBMETIDAS A RADIOTERAPIA – VERSÃO FINAL”	185
ANEXOS	205
ANEXO I: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER: “PREVENÇÃO DA INFEÇÃO NA PESSOA COM NEUTROPENIA INDUZIDA POR TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO”	207
ANEXO II: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO 5º CONGRESSO INTERNACIONAL IACS 2023: DESAFIOS E INOVAÇÃO EM CONTROLO DE INFEÇÃO	211

ANEXO III: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR: “RE(ABILITAR) EM RADIOTERAPIA: FAZER A DIFERENÇA...”	215
ANEXO IV: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 13º CONGRESSO NACIONAL E 1º CONGRESSO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM ONCOLÓGICA.....	219
ANEXO V: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA XII	223
ANEXO VI: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA QUALIDADE DE PALESTRANTE NO CONGRESSO PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA XII.....	227
ANEXO VII: “PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA”	231

INTRODUÇÃO

Em Portugal, as doenças oncológicas são a principal causa de morte prematura e são responsáveis por uma grande perda de anos de vida saudável, padrão esse também observado no resto da Europa (Despacho n.º 13227/2023 de 27 de dezembro, 2023). Apesar do desenvolvimento da ciência contribuir cada vez mais para o aumento da possibilidade de sobrevivência da pessoa com doença oncológica, esta doença de longa duração, afeta negativamente a qualidade de vida, não só da pessoa doente, mas também da sua família e cuidadores, pelo que também é considerada uma doença crónica. Em geral, para a sociedade, as doenças crónicas causam grande sofrimento psicossocial, geram impactos económicos negativos para as famílias e acarretam custos crescentes para o sistema de saúde (Pituskin et al., 2021).

As opções terapêuticas mais utilizados no tratamento da doença oncológica são, a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia, a hormonoterapia e, mais recentemente, a imunoterapia. Por conseguinte e segundo a literatura, aproximadamente 50% a 70% de todos os casos de doença oncológica necessitam de radioterapia (RT) durante o decorrer do tratamento (Baskar et al., 2012; Leventhal & Young, 2017; Wei J. et al., 2019; Manem & Taghizadeh-Hesary, 2024).

A RT tem um impacto na trajetória da pessoa com doença oncológica, família e cuidadores, pois causa efeitos secundários, agudos e/ou tardios, que exigem acompanhamento, avaliação e tratamento. A complicação mais frequente da RT é a radiodermite, e afeta aproximadamente 90% das pessoas, submetidos ao tratamento por radioterapia (Wolf & Hong, 2023). Como a maioria das pessoas submetidas à RT encontram-se em regime de ambulatório, elas e seus familiares/cuidadores precisam de desenvolver conhecimentos e habilidades para a autogestão dos sintomas. Nesse sentido, a educação para a saúde e a capacitação destas pessoas tornam-se fundamentais para fortalecer a sua capacidade de autocuidado. Assim, surge a necessidade de cuidados de enfermagem especializados, que visam capacitar e acompanhar a pessoa, a família e os cuidadores no processo de transição perante a doença oncológica.

O presente relatório referente à Unidade Curricular (UC) Estágio de Natureza Profissional (ENP) com Relatório Final, integrada no 2.º ano do 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP). Não é apenas um requisito para obter o grau de mestre e o título profissional de enfermeiro especialista (EE), mas

também a concretização de um processo no qual a experiência prática foi aprofundada através da reflexão e análise que este trabalho exige.

O objetivo deste relatório é descrever o percurso no ENP, tendo por base uma reflexão crítica e fundamentada, evidenciando o desenvolvimento das competências especializadas adquiridas ao longo das atividades realizadas, em consonância com o que é estabelecido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) nos regulamentos de competências comuns e específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

O ENP decorreu num serviço de Radioterapia (RT), em conformidade com o “Guia de Orientação Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final”, que tem como objetivos gerais, entre outros:

- Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem;
- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma. (ESSNorteCVP, 2023, p. 3)

No intuito de adquirir novos conhecimentos que fundamentem as boas práticas, foi decidido trabalhar a área da prevenção e tratamento da radiodermite, uma vez que, durante o ENP, surgiram questões que se procurou responder. Para tal, foi elaborado um programa de intervenção de enfermagem na prevenção e tratamento da radiodermite, baseado em evidências científica e posteriormente analisado e discutido em um *Focus Group* (FG) com enfermeiros peritos.

No sentido de estruturar o corpo do relatório, este está organizado em duas partes. Na primeira realiza-se uma abordagem ao ENP, descrevendo as atividades desenvolvidas e a aquisição de competências específicas face ao cuidado de enfermagem à pessoa em situação crónica. Os trabalhos realizados durante o ENP, com o objetivo de contribuir para o conhecimento novo e o desenvolvimento da prática especializada, estão expostos nos apêndices.

A segunda parte apresenta uma investigação focada na prevenção e tratamento da radiodermite, considerando os objetivos estabelecidos para o estudo. A pesquisa enfatiza as

implicações para a prática clínica, com especial atenção para a obtenção de ganhos em saúde.

A metodologia adotada na elaboração deste relatório seguiu uma abordagem descritiva e analítica, integrando uma revisão da literatura relevante e uma reflexão crítica sobre as atividades realizadas durante o ENP. As referências bibliográficas foram organizadas de acordo com a norma APA (American Psychological Association) 7ª edição.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento do contexto de estágio

A realização do ENP, decorreu num serviço de Radioterapia (RT) de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região norte de Portugal. A UC decorreu de 20 de setembro de 2023 ao dia 16 de abril de 2024, totalizando 810 horas, das quais 428 horas foram de contacto e 382 horas de trabalho autónomo. Do total das horas de contato, 384 horas correspondem a contacto na tipologia de estágio, 20 horas na tipologia de seminário e 24 horas na tipologia de orientação tutorial. O ENP foi realizado sob a orientação tutorial de dois EE em EMC do serviço de RT onde se realizou o estágio.

A seleção do contexto de estágio prendeu-se com o interesse pessoal e profissional na área de oncologia, uma vez que a atividade profissional é exercida num Hospital de Dia de Quimioterapia. Esta escolha teve como objetivo, aumentar o conhecimento e competências, para cuidados mais diferenciados numa área de doença crónica, que tem aumentado quer em número de casos, quer em especificidades de tratamento e atualização contínua do conhecimento.

Em Portugal, os dados mais recentes do Registo Oncológico Nacional (RON) referentes a 2020, mostram que só nesse ano, foram registados mais de 52 mil novos casos de tumores, mesmo com o impacto da pandemia COVID-19, em que segundo o RON “O rastreio, o diagnóstico e o tratamento de patologias oncológicas ficaram, à semelhança de várias outras patologias, suspensas...” (Registo Oncológico Nacional, 2023, p.3).

Segundo Manem & Taghizadeh-Hesary (2024), para mais de metade das pessoas com doença oncológica, a RT é uma parte essencial do seu tratamento. O que reforça a importância de investimentos contínuos em conhecimento científico nessa área para promover ganhos em saúde e aprimorar os cuidados oncológicos.

1.1. Estágio em radioterapia

O serviço de RT onde foi desenvolvido o ENP, assegura a resposta aos doentes oncológicos da área de referência da sua ULS e é também responsável pela realização de tratamentos de RT a doentes oncológicos referenciados por outra ULS. Conta com o reconhecimento de 5 Centros de Referência no tratamento oncológico, oferecendo tratamento disponível sempre que clinicamente indicado, tanto para Oncologia de Adultos quanto para Oncologia Pediátrica. De acordo com o relatório de contas da ULS que inclui o serviço de RT, em 2023

observou-se um aumento significativo no número de pessoas tratadas, reforçando a tendência de crescimento registrada em anos anteriores.

Um serviço da RT tem uma componente muito específica e técnica, pelo que, para compreender a sua composição e o seu funcionamento, foi necessário, além da integração no serviço, a consulta de vários documentos, nomeadamente a circular informativa n.º 37/DQS/DQCO de 16-10-2009 da Direção-Geral da Saúde (DGS), e a portaria n.º 34/2014, de 12 de fevereiro do Ministério da Saúde, entretanto revogada pela portaria n.º 89/2024/1, de 11 de março da Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. Estes documentos estabelecem os requisitos mínimos para licenciamento, instalação, organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das unidades de radioncologia.

Os documentos anteriormente descritos também evidenciam a necessidade da existência de uma equipa multidisciplinar constituída por Radioncologistas, Radioterapeutas, Físicos Médicos, Enfermeiros, Assistentes Operacionais e Administrativos.

Durante o ENP foi possível identificar a equipa multidisciplinar e suas competências, tendo percebido que, o Radioncologista é o médico responsável para tratar o cancro com radiação, prescrevendo, avaliando e supervisionando o plano de tratamento regularmente. O Físico Médico, é o profissional que garante que o equipamento de radiação está em pleno funcionamento, e que fornece a dose exata de radiação prescrita pelo Radioncologista, garantindo que os valores estão dentro do padrão determinado como seguro. Os Radioterapeutas, são os profissionais responsáveis pela manipulação do equipamento de radiação, e posicionamento da pessoa a ser tratada, podendo ainda assumir diferentes funções, nomeadamente na Tomografia Computorizada, onde fazem o planeamento do posicionamento da pessoa, para melhor abordar a área a tratar, como na Dosimetria, onde determinam o melhor plano de incidência de radiação, conforme a prescrição do Radioncologista. Os Assistentes Operacionais e Administrativos, são também essenciais na logística do funcionamento do serviço, pelo que os Assistentes Operacionais asseguram a higienização dos espaços, e colaboram com os Radioncologistas, Radioterapeutas, Enfermeiros nos cuidados às pessoas em tratamento. Os Administrativos, asseguram a marcação e articulação dos horários dos tratamentos, e receção das pessoas para tratamento, entre outras atividades. E os Enfermeiros são responsáveis pelo acolhimento da pessoa, família e cuidadores no serviço, providenciando as informações necessárias sobre a RT, capacitando-os na gestão dos efeitos secundários da RT, assim como no tratamento dos efeitos secundários, principalmente no tratamento da Radiodermite, entre outras necessidades identificadas.

Em Portugal, segundo o “Relatório de Inquérito 2021 - Recursos do SNS em Oncologia” (Programa Nacional Para As Doenças Oncológicas, 2022), sabe-se que existem onze instituições que possuem Serviço de RT e existem 32 aceleradores lineares em funcionamento no país. No entanto, logo no início do ENP, percebeu-se que um serviço de RT vai além de um conjunto de equipamentos tecnológicos; ele demanda uma crescente disponibilidade de recursos técnicos e humanos, além de uma atualização constante do conhecimento especializado.

Por se tratar de uma área tão específica, apenas por meio de um contato próximo foi possível compreender seu funcionamento e particularidades. Isso evidenciou a necessidade de aprofundamento do conhecimento, a fim de entender plenamente sua dinâmica e aprimorar a *expertise* para responder aos desafios dos cuidados de enfermagem que emergem da prática na RT.

Em 1999, Shepard & Kelvin, referiam diversos componentes do papel do enfermeiro de RT, nomeadamente, a avaliação, a educação, o apoio e aconselhamento, o cuidado físico, e a continuidade dos cuidados, necessários para a pessoa e família se ajustar ao diagnóstico e tratamento. Segundo *Canadian Association of Nurses in Oncology* (2024), a prática de enfermagem em RT, refere-se aos cuidados de enfermagem que a pessoa, família e cuidadores necessitam durante o tratamento de RT, para manter a saúde, monitorizar a experiência de RT e gerir os problemas que surjam. Isto pode incluir, mas não está limitado a avaliação, comunicação terapêutica, coordenação de cuidados, educação e informação, acesso a recursos, apoio psicossocial e encaminhamento para serviços e profissionais especializados para gerir problemas (CANO, 2024) .

Os enfermeiros de RT devem possuir um conhecimento especializado em oncologia, abrangendo tanto os procedimentos de RT como a gestão e classificação dos efeitos secundários, pois as indicações da RT no tratamento do cancro estão em constante evolução, acompanhadas por avanços tecnológicos nas técnicas de RT (Moskalenko et al., 2021). Essa *expertise* é fundamental para que os enfermeiros se mantenham atualizados como as inovações terapêuticas e possam garantir cuidados de alta qualidade, ajustados às necessidades das pessoas submetidas a RT (Moore-Higgs et al., 2003). Partindo dessa premissa, realizou-se uma pesquisa bibliográfica para atender a essas necessidades.

1.2. *Objetivos específicos para estágio*

A definição dos objetivos específicos baseou-se no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), que estabelece as

competências comuns dos EE, destacando a necessidade de cuidados cada vez mais especializados, tanto técnicos quanto científicos, para promover a diferenciação e especialização em enfermagem. Além disso, considerou-se o Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018), que descreve as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Esses objetivos estão detalhados na tabela seguinte.

Tabela 1: Objetivos específicos para o ENP em RT

Objetivos	Atividades a desenvolver
<p>Conhecer e colaborar no desenvolvimento de procedimentos de maximização do ambiente terapêutico no âmbito da segurança da pessoa e família/ cuidador submetido a tratamento de radioterapia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Observação da dinâmica e articulação da equipa de enfermagem com a equipa multidisciplinar; – Consulta de guias de integração e/ou manual de normas e procedimentos; – Identificação dos protocolos existentes de cuidados relacionados com a radioterapia e efeitos secundários; – Colaboração na elaboração e/ou atualização de protocolos de cuidados relacionados com a radioterapia e efeitos secundários.
<p>Promover o cuidado à pessoa e família/cuidador, submetida a tratamento de radioterapia, atuando como facilitador no processo de transição e adaptação à sua condição.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Identificação das necessidades e as complicações mais prevalentes na pessoa e família/cuidador, submetida a tratamento de radioterapia; – Planear e intervir no controle dessas necessidades e complicações, por forma à prevenção, deteção precoce, estabilização, manutenção e adaptação à condição; – Desenvolver competências de diagnóstico e intervenção: avaliação de eventos adversos (como exemplo: mucosite, radiodermite), utilizando instrumentos de avaliação e monitorização; – Desenvolver folheto de suporte à capacitação da pessoa e família/cuidador na prevenção e gestão do comprometimento da mucosa oral, promovendo assim o aumento da literacia em saúde; – Contribuir para a atualização do procedimento de ensino na prevenção de radiodermite.
<p>Promover a aprendizagem em contexto de trabalho, com vista à melhoria contínua da qualidade.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Realização de formação em serviço à equipa de enfermagem sobre o tema “Mucosite oral”; – Elaboração de poster de apoio à tomada de decisão na prevenção e tratamento da radiodermite.
<p>Desenvolver a prática clínica especializada baseada em evidência científica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Presença no 5º Congresso Internacional IACS 2023; – Submeter um póster no 5º Congresso Internacional IACS 2023; – Participação no webinar "Re(abilitar) em Radioterapia: fazer a diferença..." promovido pela Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa – Presença em eventos formativos e/ou científicos que abordem quer a área oncológica ou contribuam diretamente para aquisição

	<p>e aperfeiçoamento de conhecimento e competências de enfermagem especializada.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Elaboração de folheto de suporte à capacitação e aumento da literacia em saúde, da pessoa e família/cuidador, referido no objetivo 2; – Realização de formação em serviço à equipa de enfermagem sobre o tema “Mucosite oral”; – Elaboração de poster de apoio à tomada de decisão na prevenção e tratamento da radiodermite.
<p>Desenvolver projeto de componente investigação que será integrado no relatório final de estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Identificação do tema/problema a investigar, tendo neste momento decidido trabalhar a Radiodermite; – Explorar a literatura sobre o tema; – Definição do tipo de estudo a desenvolver; – Cumprir as etapas do estudo e apresentar os resultados.

1.3. Radioterapia e mecanismos de ação

Após a descoberta dos raios X em 1895 por Röntgenin, o uso clínico da radiação deu-se no ano seguinte e desde então tem vindo a sofrer grandes desenvolvimentos (Allen et al., 2017). Segundo Baskar et al. (2012), *“Radiation is a physical agent, which is used to destroy cancer cells. The radiation used is called ionizing radiation because it forms ions (electrically charged particles) and deposits energy in the cells of the tissues it passes through”*. (Baskar et al., 2012, p. 194)

A radiação ionizante tem como principal efeito danificar o ADN das células cancerígenas, causando ionização nos átomos que formam a estrutura do ADN (Baskar et al., 2012). Esse processo resulta em ruturas nas ligações químicas e moleculares, que por sua vez criam quebras nas fitas duplas do ADN, sendo esta a principal razão que leva à morte das células (Mitin et al., 2023).

A RT é um tratamento para o cancro que usa radiação ionizante na região onde se localiza o tumor, leito tumoral ou áreas com potencial de metastização (Mitin et al., 2023). O objetivo é eliminar as células cancerígenas do órgão alvo e criar uma zona de segurança que englobe também os tecidos próximos ao tumor, para garantir a eliminação de quaisquer vestígios de células tumorais. Pode assumir-se como terapia única em alguns tipos de tumores, mas pode associar-se a outros tratamentos quando necessário (Allen et al., 2017). As estratégias combinadas de RT, podem ser: concomitante com quimioterapia e/ou imunoterapia; neoadjuvante, quando usado antes da cirurgia com objetivo de reduzir o tumor; ou adjuvante, após cirurgia, usada para destruir as células tumorais microscópicas remanescentes (Baskar et al., 2012). Para além do potencial de cura, a RT é também utilizada

como tratamento paliativo, no controlo de sintomas associados à doença oncológica (Baskar et al., 2012; Mitin et al., 2023; Salgado, 2013).

Durante o tratamento de RT, tanto as células malignas como as saudáveis, estão sujeitas à radiação ionizante. Contudo as células saudáveis têm geralmente maior capacidade de reparar os danos causados pela radiação, pois utilizam um mecanismo molecular de identificação de danos e mutações no ADN e corrige-os, ao contrário das células malignas que não são tão eficientes na reparação dos danos, resultando assim em morte celular (Baskar et al., 2012). Porém, mesmo os tecidos saudáveis têm limites de dose de radiação que podem suportar com segurança, sendo esses limites que determinam a dose máxima de radiação a ser administrada em cada tratamento (Mitin et al., 2023).

Para permitir que os tecidos normais reparem os danos, a dose total necessária para o tratamento do tumor, é frequentemente fracionada em doses diárias menores, de forma a administrar o máximo de dose no tumor, poupando o tecido normal. Os avanços tecnológicos na RT têm alcançado ganhos nesta área (Baskar et al., 2012).

Existem dois métodos de tratamento na RT, cada um com técnicas e objetivos específicos: a radioterapia de feixe externo de radiação (*External Beam Radiation Therapy* - EBRT) e a radiação interna ou braquiterapia (BT).

Na radioterapia externa, a radiação (fotões, eletrões ou protões) é emitida por um acelerador linear de alta precisão localizado fora do corpo da pessoa. Essa radiação é direcionada para a área a ser tratada, permitindo uma administração precisa e controlada da dose terapêutica na região em tratamento. Por outro lado, na braquiterapia, a fonte de radiação é inserida dentro do corpo, próxima ao tumor ou à área alvo de tratamento. Essa fonte pode ser temporária ou permanente, dependendo das necessidades da pessoa e das características do tumor (Mitin et al., 2023).

O método mais utilizado na RT é a EBRT, que utiliza fotões de alta energia para depositar a energia profundamente nos tecidos, minimizando a exposição da pele à radiação (Allen et al., 2017). No tratamento por EBRT a radiação é administrada em uma série de frações diárias, para proteger os tecidos normais dos efeitos da radiação (Allen et al., 2017). Dentro da EBRT existem diferentes técnicas de tratamento e métodos auxiliares. No campo de estágio, foi possível observar diferentes técnicas de tratamento, que estão resumidas na tabela 2.

Tabela 2: Técnicas de tratamento de RT

Técnicas de tratamento	
Radioterapia externa conformacional tridimensional (3D-CRT)	Usa imagens de tomografias computadorizadas, para criar uma representação tridimensional do tumor, e calcular com precisão a dose de radiação. Seguindo as margens do tumor com alta precisão, emite feixes de radiação ao tumor de várias direções.
Radioterapia de intensidade modulada (IMRT)	É um tipo de RT 3D-CRT. Emite níveis mais elevados de radiação na área do tumor e quantidades menores nas áreas circundantes.
Radioterapia Guiada por Imagem - IGRT	É um tipo de RT IMRT. Utiliza métodos específicos para verificar diariamente o volume-alvo, com o objetivo de melhorar a precisão da administração da radiação.
Radiocirurgia estereotáxica (SRS)	Técnica altamente precisa que administra doses elevadas de radiação em áreas onde o tamanho do tumor é extremamente reduzido, numa determinada região do cérebro e no sistema nervoso central.
Radioterapia corporal estereotáxica (SBRT)	A SBRT é idêntica à SRS, mas é usada para tumores pequenos e isolados fora do cérebro e da medula espinhal, muitas vezes no fígado ou pulmão.
Técnicas auxiliares no tratamento	
Gating Respiratório/4D TC	O tratamento é ajustado para coincidir com o ciclo respiratório do paciente, o que reduz as margens de erro e, conseqüentemente, minimiza os efeitos colaterais do tratamento.

Fonte: Adaptado de (National Cancer Institute, 2018a; AEO, 2022; Mitin et al., 2023; American Cancer Society, 2023)

Antes do início do tratamento, seja ele de caráter radical ou paliativo, a pessoa proposta para radioterapia deve ser previamente avaliada por uma equipa multidisciplinar apropriada e cientificamente atualizada. Assim como todos os tratamentos de radioterapia devem ser supervisionados por especialistas em radioncologia e assessorado por um especialista em física médica (Direção-Geral da Saúde, 2009).

Desde o primeiro tratamento de radioterapia, há mais de 100 anos, até à atualidade, foram alcançados enormes progressos no aprimoramento da técnica em prol da minimização dos efeitos secundários (Allen et al., 2017; Mitin et al., 2023).

1.4. Efeitos Secundários da Radioterapia

A resposta de cada pessoa a um tratamento é única. Os efeitos secundários, durante e após tratamento, dependem da localização anatómica do tumor e são influenciados pelo tratamento administrada, pela proximidade de órgãos sensíveis, por outros tratamentos anteriores e/ou concomitantes e pela saúde geral da pessoa (American Cancer Society, 2020; Mitin et al., 2023). Segundo a American Cancer Society (2020) e o National Cancer Institute

(2021), enquanto algumas pessoas têm poucos ou nenhuns efeitos secundários, outras podem enfrentar uma variedade deles. Durante o período em que os tecidos são expostos à radiação, eles começam a apresentar edema, resultando em sintomas agudos associados a essa condição (Mitin et al., 2023). Contudo, com o aperfeiçoamento das técnicas de RT, houve também uma redução importante da toxicidade (Dilalla et al., 2020).

Os efeitos secundários podem ser classificados em agudos ou tardios e podem ser limitadores nas atividades diárias da pessoa em tratamento (American Cancer Society, 2020; Dilalla et al., 2020; Miller & Scherbak, 2021). A duração dos efeitos secundários pode variar em algumas semanas a meses após o término da RT, isto deve-se às células saudáveis precisarem de tempo para se recuperar da exposição à radiação (American Cancer Society, 2020).

Os efeitos secundários agudos, surgem durante a RT e/ou até 90 dias após o término, e os mais comuns são a fadiga, a perda do pelo e alterações da pele, sendo os dois últimos localizados à área submetida a RT. Existem frequentemente outros, e que se relacionam também com a área em tratamento, conforme podem ser observados na tabela seguinte.

Tabela 3: Efeitos secundários da RT

Área Corporal do Tratamento	Efeitos secundários
Cérebro	Náusea e vômito Dor de cabeça Alterações na visão Alterações neurológicas Convulsões
Cabeça e pescoço	Disfagia Alteração do paladar Mucosite oral Xerostomia Náusea
Tórax	Perda de apetite Disfagia Tosse Dispneia
Mama	Edema Mastalgia
Estômago e Abdómen	Diarreia Obstipação Cólica abdominal Náusea e vômito Alterações urinárias

Pélvis ou reto	Diarreia Náusea e vômito Disfunção sexual Infertilidade Alterações urinárias
----------------	--

Fonte: Adaptado de (National Cancer Institute, 2018; Cox et al., 1995; American Cancer Society, 2020; Dilalla et al., 2020; Miller & Scherbak, 2021)

Já os efeitos secundários tardios, podem ocorrer em qualquer área do corpo que tenha sido irradiada, e podem desenvolver-se após três meses ou anos do término da RT, e relacionam-se com a fibrose dos tecidos (American Cancer Society, 2020; Miller & Scherbak, 2021). Exemplos de toxicidade tardia são a infertilidade, quando a área irradiada é a região pélvica, ou a toxicidade cardíaca, quando a área irradiada é a mama ou pulmão (Mitin et al., 2023).

A destacar, o efeito secundário mais prevalente nas pessoas submetidas à RT, afetando cerca de 90% dessas pessoas, é o desenvolvimento de radiodermite, podendo esta manifestar-se de forma aguda, ocorrendo durante, ou longo ou após o tratamento, ou de forma tardia, surgindo meses ou até anos após o término (Wolf & Hong, 2023).

Embora a toxicidade da pele exposta à radiação tenha sido evidente desde os primeiros dias da RT, foi apenas mais tarde que esse fenômeno passou a ser estudado de forma mais aprofundada e compreendido, resultando na definição dos critérios para toxicidade aguda e tardia da RT (Cox et al., 1995). Os critérios de toxicidade foram trabalhados pelo Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) e pelo European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) e publicados em 1995 (Cox et al., 1995), mantendo-se ainda hoje como ferramenta de avaliação e classificação dos eventos adversos da RT, mais frequentemente usada (tabela 4 e 5). Outra escala também usada na classificação da radiodermite, é a Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) do National Cancer Institute (NCI) (tabela 6).

Tabela 4: Escala de avaliação da toxicidade aguda da pele por radiação - RTOG

CRITÉRIOS RTOG					
0	1	2	3	4	5
No change over baseline	Follicular, faint or dull erythema; Epilation; Dry desquamation; Decreased sweating.	Tender or bright erythema; Patchy moist desquamation; Moderate edema.	Confluent, moist desquamation other than skin folds; Pitting edema.	Ulceration; Hemorrhage; Necrosis.	-

Fonte: (Cox et al., 1995)

Tabela 5: Escala de avaliação da toxicidade tardia da pele por radiação - RTOG

CRITÉRIOS RTOG					
0	1	2	3	4	5
None	Slight atrophy; Pigmentation change; Some hair loss.	Patch atrophy; Moderate telangiectasia; Total hair loss.	Marked atrophy; Gross telangiectasia.	Ulceration	Death directly related to

Fonte: (Cox et al., 1995)

Tabela 6: Escala de avaliação da toxicidade aguda da pele por radiação - CTCAE

CRITÉRIOS CTCAE versão 5.0					
0	1	2	3	4	5
-	Faint erythema or dry desquamation.	Moderate to brisk erythema; Patchy moist desquamation; Mostly confined to skin folds and creases; Moderate edema.	Moist desquamation in areas other than skin folds and creases; Bleeding induced by minor trauma or abrasion.	Life-threatening consequences; Skin necrosis or ulceration of full thickness dermis; Spontaneous bleeding from involved site; Skin graft indicated.	Death

Fonte: (National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2017)

Segundo Trueman (2015), o desenvolvimento de radiodermite depende não só de fatores extrínsecos relacionados com o tratamento, como a dose de radiação e o tipo de feixe utilizado, mas também de fatores intrínsecos, ligados à própria pessoa que está a ser tratada, como o tipo de pele, idade, estado nutricional e comorbilidades. Estes fatores não só influenciam a severidade da radiodermite, como também podem afetar significativamente o processo de cicatrização e que se encontram descritos na tabela 7.

A compreensão destes fatores, é importante na avaliação da pessoa e no tratamento das radiodermites, assim como se torna útil para orientar a educação para a saúde das pessoas submetidas a RT.

Tabela 7: Fatores de risco no desenvolvimento e na gravidade da radiodermite

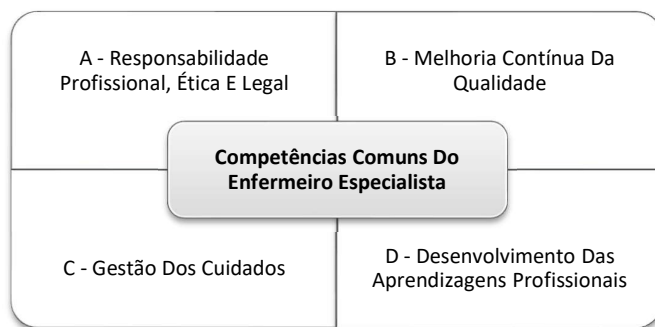
FATORES INTRÍNSECOS	
Idade	O ciclo celular epidérmico é afetado pelo envelhecimento, levando a maior fragilidade cutânea e aumento do tempo de cicatrização.
Nutrição	Um défice nutricional afeta a capacidade de regeneração tecidual.
Tabaco e álcool	O consumo de tabaco e álcool impacta na capacidade do fluxo sanguíneo e níveis de O ₂ , aumentando a gravidade de reação da pele e afeta a capacidade de regeneração tecidual.
Comorbilidades	Condições como diabetes, doenças vasculares ou autoimunes podem aumentar a gravidade de reação da pele e prejudicam a capacidade de regeneração tecidual.
UV exposição/ origem étnica	Pessoas com exposição prolongada a raios UV/ origem étnica, apresentam um aumento da gravidade de reação da pele em comparação com pessoas de pele branca.
Obesidade	As dobras de pele aumentam a toxicidade, quer pela fricção quer pela humidade presente. O tecido adiposo pode comprometer a cicatrização.
Infeção	Infeções bacterianas e/ou fúngicas podem lesionar as células da camada basal, o que pode retardar o processo de cicatrização.
FATORES EXTRÍNSECOS	
Radioterapia	Doses mais altas, campos de irradiação maiores e sessões de RT mais prolongadas podem levar a uma maior probabilidade de radiodermite.
Energia da Radioterapia	Quanto maior a energia, menor a reação da pele. Feixes de megavoltagem (com energias superiores a 1 megavolt) concentram a dose máxima abaixo da superfície da pele, proporcionando um efeito de proteção da pele. Em contraste, feixes de quilovoltagem (com energias inferiores a 1 megavolt) concentram a dose máxima na superfície da pele, o que intensifica a reação cutânea.
Radiossensibilizantes	Alguns quimioterápicos são radiosensibilizantes (p. ex. 5-fluorouracil e cisplatina), em concomitância aumentam a gravidade da reação cutânea.
Irritantes químicos/ térmicos/mecânicos	Os irritantes podem agravar a reação cutânea e atrasar o processo de cicatrização. Certos produtos para cuidados com a pele podem conter ingredientes classificados como irritantes. Temperaturas extremas ou fricção também agravam a reação cutânea.

Fonte: Adaptado de (Burke et al., 2022; Trueman, 2015)

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A crescente necessidade de cuidados altamente especializados, tanto técnicos quanto científicos, destaca a importância da diferenciação e especialização em enfermagem, conforme previsto no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, que estabelece as competências comuns do EE, como podemos ver na figura 1. Esse regulamento ressalta que as competências comuns abrangem as dimensões de educação (dos pares e das pessoas alvo dos cuidados), orientação e aconselhamento, liderança e investigação — aspetos essenciais para a melhoria contínua da prática de enfermagem.

Figura 1: Domínios das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista



Fonte: (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019)

Nos subcapítulos seguintes, serão abordadas as atividades desenvolvidas para aquisição das competências correspondentes aos quatro domínios do EE.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade profissional, ética e legal na enfermagem é de suma importância para garantir a qualidade dos cuidados prestados às pessoas, bem como manter a integridade da profissão.

Os enfermeiros têm o dever de seguir princípios éticos e legais, bem como, cumprir normas e regulamentos que regem a prática da enfermagem. No Decreto-Lei n.º 161/96, que estabelece o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), e no Código de Deontologia Profissional de Enfermagem, encontram-se definidos os princípios éticos e deontológicos fundamentais para a prática da profissão, tornando esses documentos essenciais para o exercício seguro e ético da enfermagem.

É fundamental reconhecer que cada indivíduo é único e irrepetível, devendo ser cuidado e protegido contra qualquer ação que comprometa sua condição humana. Valorizar cada

pessoa igualmente é essencial, pois todas têm o mesmo valor, em consonância com os princípios de *“Atribuir à vida de qualquer pessoa igual valor, protegendo e defendendo a vida humana em todas as circunstâncias”* e *“Respeitar a integridade bio-psico-social, cultural e espiritual da pessoa”*, conforme expresso no artigo 82.º — Dos direitos à vida e à qualidade de vida, alíneas a) e b), da Deontologia Profissional de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 64).

Durante o ENP, as premissas anteriormente mencionadas foram constantemente consideradas para o desenvolvimento de competências relacionadas a este domínio. Garantiu-se um ambiente terapêutico que respeitasse a autonomia, a individualidade e a integridade da pessoa, priorizando também o envolvimento da família ou do cuidador. Isso facilitou o estabelecimento de uma relação de confiança, permitindo a identificação das necessidades da pessoa, da família e/ou do cuidador, bem como a compreensão de seu contexto socioeconómico.

A identificação dessas necessidades, permitia elaborar um plano de cuidados ajustado às preferências da pessoa, família e/ou cuidador e proceder ao registo das intervenções realizadas, de forma correta e completa no processo de enfermagem, propiciando assim a continuidade dos cuidados, como é descrito na alínea d) do Artigo 83.º da Deontologia Profissional de Enfermagem.

As informações obtidas da relação terapêutica estabelecida, tiveram como objetivo considerar as necessidades individuais, preferências, valores e contextos sociais da pessoa, família e/ou cuidador, sendo utilizadas para complemento de um cuidado geral mais completo e adaptado às necessidades e preferências. Ressalva-se que essas informações obtidas eram tratadas com abstenção de juízos de valor.

É importante referir que, apesar de a estrutura física do serviço de RT, ser limitada, possibilitava o uso individual da sala de enfermagem durante o acolhimento. Essa abordagem salvaguardava a preservação da privacidade das pessoas, criando um ambiente livre de constrangimentos e favorecendo o desenvolvimento de uma relação terapêutica mais eficaz, num contexto que promovia a confiança.

Embora o que foi apresentado até agora seja fundamental para a prestação de cuidados, é imprescindível salientar a importância do respeito pela autodeterminação da pessoa e da sua família/cuidador. Esse respeito só pode ser garantido se considerado o *“Dever de Informar”*, previsto no artigo 84.º da Deontologia Profissional de Enfermagem. Somente quando a pessoa, família/cuidador estão bem informados e esclarecidos sobre a situação, os

procedimentos, o plano terapêutico e os recursos necessários, poderão tomar decisões conscientes e responsáveis em relação à saúde e à doença.

Durante o acolhimento da pessoa, da família e/ou do cuidador, procurou-se sempre obter o consentimento esclarecido antes de qualquer procedimento. Quando solicitado, as dúvidas foram esclarecidas de maneira clara. O consentimento informado, livre e esclarecido representa uma manifestação da vontade que respeita o direito e a liberdade da pessoa de decidir sobre sua própria saúde.

Como EE, estas reflexões possibilitaram a orientação de ações que valorizam a individualidade, promovendo uma cultura e respeito, responsabilidade e profissionalismo, essenciais para uma prática especializada e centrada na pessoa.

2.2. *Melhoria contínua da qualidade*

A DGS (2020) define qualidade em saúde como a capacidade dos serviços de saúde em oferecer cuidados eficazes, seguros e centrados no paciente, fundamentados em evidências científicas atualizadas e melhores práticas e à avaliação das mesmas.

Na mesma linha, no “Manual De Políticas E Estratégias Para A Qualidade Dos Cuidados De Saúde” a Organização Mundial de Saúde (2020) define cuidados de qualidade como aqueles que são “*seguros, eficazes, centrados nas pessoas, oportunos, eficientes, equitativos e integrados*” (Organização Mundial de Saúde, 2020, p. 13). O documento também destaca que,

“a segurança dos doentes é vista, desde há muito, como um ponto de acesso dos esforços para melhorar a qualidade dos cuidados, podendo os cuidados seguros ser encarados como um barómetro do sucesso do sistema básico para melhorar a qualidade.” (Organização Mundial de Saúde, 2020, p. 13)

Em concordância, e com o propósito da melhoria da qualidade, o Departamento de Qualidade na Saúde da DGS apresentou a 24 de setembro de 2021, o Despacho n.º 9390/2021 que aprova o Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026 (PNSD 2021-2026), assente em 5 pilares, conforme a figura 2 e que:

“tem por objetivo consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.” (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021, p. 97)

Figura 2: Pilares do Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026



Fonte: Adaptado do Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro

Com o propósito de melhoria dos cuidados de qualidade, ao longo do estágio procurou-se manter especial atenção à prevenção da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS), sendo um dos maiores desafios presentes na prestação de cuidados de saúde. Sabemos que nem todas as infeções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis, todavia, uma percentagem significativa pode ser prevenida através do cumprimento das Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI) (Alves et al., 2019).

As PBCI encontram-se regulamentadas pela norma nº 29/2012, atualizada a 31/10/2013 da DGS e destinam-se a prevenir a transmissão cruzada de microrganismos, provenientes de fontes conhecidas ou não. Essas potenciais fontes, incluem o sangue e outros fluidos orgânicos, pele, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento do ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação. As PBCI aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos, com o objetivo de garantir a segurança dos utentes, dos profissionais de saúde e de todos os que entram em contacto com os serviços de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Considerando que as mãos são um dos principais veículos de transmissão de infeções, a higiene adequada é um objetivo essencial para garantir a qualidade dos cuidados. Assim, é imprescindível o cumprimento rigoroso dos 5 momentos de higiene das mãos, conforme estabelecido pela norma n.º 007/2019 – “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” da DGS. Dessa forma, sempre que eram prestados cuidados diretos a pessoas submetidas a RT, como cuidados à radiodermite, aspiração de secreções, entre outros procedimentos, ou até mesmo

a sedação de crianças a realizar RT, todos os momentos de higiene das mãos eram rigorosamente cumpridos. Esse cumprimento foi facilitado pela disposição de solução antisséptica de base alcoólica (SABA), nas diferentes áreas de prestação de cuidados.

O ensino e capacitação da pessoa, família e/ou cuidador era também orientado no sentido da prevenção da infecção, dando maior ênfase nas pessoas que para além da RT, também se encontravam a realizar quimioterapia concomitante, devido à neutropenia induzida pela quimioterapia, condição essa que aumenta o risco de infecção.

Tendo em conta essa realidade surgiu a necessidade de procurar evidência científica sobre quais as áreas de intervenção autónoma de enfermagem na prevenção de infecção na pessoa com neutropenia, induzida por tratamento antineoplásico, pelo que se procedeu a uma revisão da literatura. Seguidamente, tendo a oportunidade de participar no 5º Congresso Internacional - IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção, como coautora, foi submetido um resumo e apresentado sob a forma de póster intitulado: “Prevenção da Infecção na Pessoa com Neutropenia Induzida por Tratamento Antineoplásico” (Anexo I).

A elaboração do póster sintetizou a revisão, evidenciando a importância da avaliação de risco para infecção e da educação para a saúde, sendo essas as intervenções mais valorizadas pelos autores. Na educação para a saúde, identificaram-se diversos temas, como definição de neutropenia e seus impactos na saúde, higiene das mãos e pessoal, segurança na preparação dos alimentos, cuidados com o ambiente, vigilância de sinais de alerta e instruções para ações em caso de emergência. Também foram destacadas a orientação para outras especialidades ou serviços de saúde especializados e a identificação precoce de complicações, com ênfase na agilidade da resposta. A capacitação sobre o regime terapêutico e a avaliação do bem-estar psicossocial foram igualmente identificadas como áreas-chave de intervenção para a prevenção de infeções em pessoas com neutropenia induzida por tratamento antineoplásico. A participação neste congresso (Anexo II) proporcionou uma visão abrangente e atualizada sobre as práticas e desafios relacionados à infecção associada aos cuidados de saúde, além de proporcionar um ambiente formativo propício para o desenvolvimento de uma prática especializada e a troca de conhecimentos na área.

Ainda no seguimento da prevenção das IACS, o serviço de RT é muito limitado relativamente à observação de procedimentos de manutenção do CVC de acordo com a norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022 - “Feixe de Intervenções” para a Prevenção de Infecção Relacionada com o Cateter Venoso Central. A manipulação dos CVC

era apenas restrita a crianças a realizar RT, uma vez que essas são submetidas a sedação pela necessidade de imobilização durante o tratamento. Assim, estas crianças têm um circuito próprio, sendo admitidas no hospital de dia de pediatria (caso estejam em regime de ambulatório), ou transferidas do internamento de pediatria, onde é manipulado o CVC e colocado soroterapia para permeabilidade do acesso venoso e só depois é encaminhada para o serviço de RT. Contudo, na administração da terapêutica por CVC eram cumpridos os critérios do feixe de intervenções.

Relativamente à preparação e administração de terapêutica, eram intervenções apenas realizadas aquando da sedação. O protocolo da sedação era muito particular, pois o serviço de RT não tinha um anestesista destacado, pelo que sempre que havia sedação era contactada a anestesia de urgência para destacar um anestesista para dar apoio. Esta situação, era geradora de insegurança, pois dependente do anestesista destacado e da sua experiência, os medicamentos a serem administrados variavam ligeiramente. Embora os enfermeiros cumprissem a orientação n.º 014/2015 - “Processo de Gestão da Medicação” da DGS, aquando da dispensa, preparação e administração dos medicamentos, a prescrição do medicamento não cumpria a alínea C, pois esta prescrição era feita de forma verbal no momento da sedação. Esta situação resultante da singularidade de cada anestesista, assim como do ato de sedação ser efetuado na sala do acelerador linear, onde é necessário coordenar a presença do pai/mãe da criança e toda a equipa de profissionais de saúde, pode criar lugar ao erro, seja pelo ruído ou até pela particularidade do nome, fonética dos medicamentos, assim como as doses a serem administradas. Os medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes, denominam-se medicamentos LASA (Look-Alike, Sound-Alike) e a implementação de uma prática segura está descrita na Norma n.º 020/2014 de 30/12/2014 atualizada a 14/12/2015 da DGS. De forma a colmatar esta situação, seria necessário estabelecer com a equipa de anestesia um protocolo de prescrição, onde constasse os medicamentos a serem usados frequentemente, salvaguardando as devidas exceções. Embora detetada esta limitação, não foi trabalhada em detrimento de outras que já tinham sido delineadas.

Sendo a comunicação um dos pilares para a segurança do doente, esta é essencial durante todo o ciclo de cuidados, em especial aquando da transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das mudanças de turno, da transferência ou alta da pessoa, entre outras. A norma da DGS n.º 001/2017 de 8 de fevereiro de 2017 refere que, *“A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo*

ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (p.1). Esta mesma norma refere que *“A transmissão de informação nas transições entre profissionais de saúde deve ser escrita”* (Direção-Geral da Saúde, 2017, p. 1)

Desde do início do ENP constatou-se que os registos clínicos de enfermagem não seguiam o parametrizado registo em SClínico. Esta situação acontecia devido a vários fatores, sendo entre outros, a equipa de enfermagem não ter acesso ao sistema de informação SClínico, e o sistema de informação disponível para trabalho ser um programa associado ao software dos aceleradores lineares. Este sistema de informação é uma ferramenta essencial de trabalho dos radioterapeutas, onde é feito o agendamento e prescrição do tratamento, contudo a área de enfermagem é praticamente limitada a notas gerais. Embora os radioncologistas façam o registo em SClínico, no mesmo timing fazem cópia para esse sistema, uma vez que este, não permite a migração dos dados para outros sistemas.

Para além de não haver interoperabilidade entre esse sistema e o SClínico, o sistema não utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), nem a terminologia SNOMED CT. Esta situação causa perda de dados na comunicação entre os profissionais de saúde, seja na assistência à pessoa em tratamento no serviço de RT, até aquando da alta e da necessidade da continuidade de cuidados, uma vez que para emitir uma carta de transferência, é necessário redigir um documento do zero.

O SClínico é um sistema de informação evolutivo, desenvolvido pelos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), este sistema tem sido aprimorado para se tornar uma aplicação única e comum a todos os prestadores de cuidados de saúde, centrada no doente (Ministério da Saúde, 2024a). Assim como, de acordo com a SNOMED Internacional (2024), a utilização de um Registo Eletrónico de Saúde com recuperação semântica de dados clínicos aprimora significativamente a comunicação, facilita o acesso a informações relevantes e oferece suporte superior para a tomada de decisões e a obtenção de relatórios precisos para pesquisa e gestão.

Posto isto, foi realizada uma reunião com a equipa de enfermagem e enfermeiro gestor do serviço de RT, onde procedeu a uma análise SWOT (*strengths, weaknesses, opportunities, and threats*) para a implementação do SClínico conforme descrito na tabela 8. Segundo Benzaghta et al. (2021), a análise SWOT transformou-se numa ferramenta essencial para as empresas no âmbito do planeamento estratégico, assim como é utilizado na área da saúde para aperfeiçoar o desempenho e a qualidade dos serviços. A análise SWOT também nomeada por análise FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas, Ameaças), compreende a identificação de dados importantes que indicam o ambiente interno (Forças e Fraquezas) e o

ambiente externo (Oportunidades e Ameaças). As Forças são utilizadas para aproveitar as Oportunidades e reduzir Ameaças, melhorando o desempenho, enquanto as Fraquezas são limitações internas que comprometem a performance e precisam ser superadas para evitar problemas graves (Souza et al., 2013). Na mesma linha de pensamento, as Oportunidades são situações externas favoráveis que podem ajudar a alcançar objetivos estratégicos se a organização as aproveitar. As Ameaças são situações externas que podem dificultar a realização desses objetivos (Souza et al., 2013).

Tabela 8: Análise SWOT para implementação do SClínico

“Strengths” – Forças	“Weaknesses” – Fraquezas
<ul style="list-style-type: none"> - Participação dos elementos da equipa de enfermagem na implementação; - Motivação em relação à temática; - Disponibilidade do SClínico na instituição; - Contribuição para a satisfação dos elementos da equipa por melhoria da qualidade dos cuidados prestados; - Pertinência e atualidade da temática; - Equipa de enfermagem reduzida, mais fácil à permeabilidade da informação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Desconhecimento do funcionamento do SClínico; - Demora na aprendizagem; - Espaço temporal limitado para a implementação;
“Opportunities” – Oportunidades	“Threats” – Ameaças
<ul style="list-style-type: none"> - O sentimento de querer melhorar práticas com vista à realização profissional e pessoal de cada enfermeiro; - Equipa que manifesta interesse pela melhoria da qualidade dos registos e conseguinte dos cuidados; - Presença de Enfermeiro com domínio e competência de SClínico; 	<ul style="list-style-type: none"> - Demora na resposta por parte da equipa de enfermagem responsável pelo SClínico; - Estagnação dos enfermeiros face à utilização do sistema;

Fonte: autoria própria

Após esta análise, foi percebido que as Forças e Oportunidades eram várias e superavam as Ameaças e Fraquezas, tendo-se assim percebido que seria o momento para utilizar as Forças e Oportunidades para avançar para a implementação do SClínico.

Numa primeira fase, após reunião entre o enfermeiro gestor e a informática, foi disponibilizado o acesso ao SClínico, e ao mesmo tempo agendada marcação com a equipa de enfermagem responsável pelo sistema de SClínico da ULS. A disponibilidade de acesso ao sistema permitiu-nos explorar com os enfermeiros as funcionalidades do SClínico, como o registo dos fenómenos de enfermagem e respetivas intervenções de enfermagem, atitudes terapêuticas e até registo de alergias. Com esta introdução ao SClínico foi possível relembrar

a CIPE®, assim como definir quais os fenómenos mais prevalentes no serviço, para serem trabalhados e comunicados à equipa de enfermagem responsável pelo SClínico. Foi ainda possível iniciar registo de enfermagem dos utentes pediátricos que se encontravam internados na ULS, e realizavam o tratamento de RT com sedação.

Pois apesar de haver uma transmissão oral da informação relativa à criança e ao procedimento, aquando da transição de cuidados entre enfermeiro da RT e enfermeiro do internamento, a informação escrita no sistema da RT, não podia ser acedida pelo enfermeiro do internamento, caso fosse necessário.

A reunião com a equipa do SClínico aconteceu mais tarde, por impossibilidade da mesma, e trouxe um impasse relativo ao tipo de agendamento que seria necessário introduzir no sistema, para registar a sessão/consulta de enfermagem das pessoas que se encontram a realizar RT em regime de ambulatório. Situação essa, que até término do ENP não foi resolvida, pelo que não foi possível fazer registos das pessoas em regime de ambulatório no SClínico.

Percebeu-se que a implementação do SClínico, embora ainda incompleto, representou um importante avanço nos registos de enfermagem eletrónicos, num sistema que permite a interoperabilidade dos dados e usa uma linguagem adaptada à prática de enfermagem. Essa inovação contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados, assegurando um ambiente terapêutico seguro, onde os registos clínicos são acessíveis a todos os profissionais de saúde.

Essa implementação, em conformidade com as diretrizes da SPMS, foi essencial para otimizar a comunicação e prevenir eventos adversos. O SClínico permite um registo eletrónico preciso dos dados de enfermagem, parametrizados de acordo com a CIPE®, priorizando registos integrados ao processo da pessoa e acessíveis em todos os serviços da ULS e a nível nacional.

A realização do ENP neste serviço, veio propiciar e acelerar a introdução desta plataforma no serviço, elevando os níveis de interesse e motivação da equipa de enfermagem, pelo que demonstra a importância da visão e intervenção do EE, no domínio da qualidade.

Ainda neste domínio, outra atividade concretizada, foi a melhoria da prática de cuidados relativos aos cuidados de prevenção e tratamento de radiodermite. No início do ENP foi possível identificar práticas disparees entre enfermeiros na abordagem aos cuidados de prevenção e tratamento de radiodermite, tanto a nível do ensino para a capacitação da prevenção de radiodermite à pessoa submetida a RT, como no tratamento da radiodermite. Estas abordagens tinham como base a experiência clínica, mas não acompanhavam a evidência científica disponível atual.

Dessa forma, decidiu-se explorar esse tema com base na prática baseada na evidência (PBE). A escolha da PBE deve-se à necessidade de que os enfermeiros saibam combinar a evidência possível, obtida a partir de pesquisas sistemáticas, com as necessidades e preferências das pessoas (Larrabee, 2011). Além disso, devem utilizar a sua própria experiência, competência e julgamento clínico, para avaliar a viabilidade de aplicar essa evidência no seu contexto local (International Council of Nurses, 2012). Isto porque, segundo o *International Council of Nurses* (ICN, 2012), “os enfermeiros precisam de aprender não apenas como adquirir evidência, mas também como utilizar esse conhecimento no seu dia-a-dia”. (International Council of Nurses, 2012, p. 5)

Numa revisão da literatura para saber qual o estado da arte, foi possível obter um elevado número de estudos sobre o tema, no entanto, existe contrassensos e discrepâncias entre eles. Contudo, foi possível identificar quatro *guidelines* recentes sobre a prevenção e tratamento da radiodermite.

Após este trabalho de identificação das *guidelines*, de forma aprofundar as questões relacionadas com a radiodermite e proceder à aplicação ao contexto do ENP, surgiu a oportunidade de participar no Congresso Perspectivas em Oncologia XI como palestrante (anexo VI). Foi utilizada essa oportunidade para abordar a radiodermite, apresentando um trabalho de síntese das *guidelines*, e transpondo para intervenções de enfermagem, conforme a CIPE®, com o tema “Prevenção e Tratamento da Radiodermite - Intervenções de Enfermagem” (apêndice I). Após a apresentação do trabalho, durante o congresso, surgiu um convite para uma entrevista ao Jornal do Enfermeiro, onde se destacou a relevância do tema, o trabalho desenvolvido e a necessidade de mais investigação na área (Peito, 2024).

Este trabalho para além de ter sido apresentado no congresso, foi igualmente apresentado aos enfermeiros do serviço de RT que não tiveram a oportunidade de participar no evento, com o objetivo de garantir que todos os enfermeiros tivessem acesso às informações e conhecimentos relevantes, considerando a importância de atualizar constantemente a equipa para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e assegurar a implementação eficaz de práticas baseadas em evidências no contexto do serviço.

Após apresentação deste trabalho, foram recebidos feedbacks muito positivos dos enfermeiros. Esta iniciativa influenciou a mudança na prestação de cuidados pelos enfermeiros da RT, especialmente na melhoria da educação para a saúde, alinhando-se às diretrizes mais recentes para cuidados com a pele, e na substituição do uso de corticoide tópico no tratamento da radiodermite, conforme recomendado por duas das diretrizes mais

recentes. Essas mudanças resultaram em melhorias na prevenção e tratamento da radiodermite.

Apesar das limitações temporais do ENP, observou-se uma redução no grau de radiodermite nas pessoas submetidas a RT após essas alterações. Seria interessante e enriquecedor conduzir um estudo neste contexto, enfatizando a importância da integração da evidência científica nos cuidados de enfermagem.

2.3. *Gestão dos cuidados*

A gestão está integrada nos cuidados de diversas formas, melhorando a qualidade destes ou a organização e a utilização eficiente dos recursos humanos ou materiais. No ponto 6 do artigo 9.º do REPE, lê-se *“Os enfermeiros contribuem, no exercício da sua atividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, ...”* (p. 3). Por conseguinte, o EE no domínio da gestão dos cuidados de enfermagem, deve deter o conjunto de competências que abrangem a melhoria da eficácia da equipe e a coordenação com outros profissionais de saúde, assim como ajusta a liderança e a gestão de recursos conforme as necessidades e o contexto, assegurando a qualidade dos cuidados.

O enfermeiro gestor do serviço de RT é responsável não apenas pela RT, mas também por todos os serviços integrados na Unidade Autónoma de Gestão dos Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica dessa ULS. Essa responsabilidade resulta numa dificuldade em estar continuamente presente no serviço de RT, motivo pelo qual um enfermeiro do próprio serviço assume algumas funções de gestão. Esse enfermeiro é responsável pelos pedidos de materiais, medicamentos, reparação e aquisição de equipamentos, bem como pela articulação com a restante equipa multidisciplinar. As funções desempenhadas pelo enfermeiro gestor, especificamente no serviço de RT, incluem a elaboração do horário, a gestão das trocas de turnos e a resolução de questões relacionadas com a articulação com a direção clínica.

Observou-se que essa situação gerava desmotivação no investimento na melhoria dos cuidados de enfermagem, uma vez que a ausência física do enfermeiro gestor dificultava a comunicação entre a equipa e o próprio. Percebeu-se também que a falta de um líder presente de forma contínua contribuiu para um ambiente de desinteresse, o que resultou numa prática de enfermagem mais individualista, com os cuidados prestados baseados na experiência pessoal de cada enfermeiro.

Uma das situações identificadas foi a existência de um “Manual de Integração do Enfermeiro” desatualizado. Propôs-se ao enfermeiro gestor o desenvolvimento colaborativo deste manual, em conjunto com os Enfermeiros Tutores e restante equipa de enfermagem, com o objetivo de criar um documento operacional que reunisse informações essenciais para a integração do enfermeiro no serviço de RT. O manual foi elaborado, aceite pela equipa e, posteriormente, apresentado ao enfermeiro gestor, que o aprovou.

2.4. *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

A Deontologia Profissional de Enfermagem afirma que, no desenvolvimento das competências científicas, técnicas e relacionais, o enfermeiro deve “*Manter a atualização contínua dos seus conhecimentos*” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 93).

Além das atividades de pesquisa bibliográfica, com o objetivo de adquirir conhecimento em uma área desconhecida, como a da RT, e assim desenvolver uma PBE, ao longo do ENP, deu-se especial atenção à participação em diversos eventos de partilha de conhecimento e inovação, como os descritos em seguida:

- Participação no Webinar “Re(abilitar) em Radioterapia: fazer a diferença...” promovido pela AEOP, que decorreu no dia 18 de outubro de 2023 (Anexo III). Os temas abordados neste webinar foram a consulta de OncoReabilitação (importância da consulta, desde do início de tratamento de RT e algoritmo de intervenção usado nessa mesma consulta), e ainda abordagem da Reabilitação Sexual no doente oncológico submetido a RT. Após cada apresentação, esta foi complementada pelo testemunho de pessoas submetidas a RT, que estavam ou estiveram ao cuidado dos EE. Em ambos testemunhos houve uma valorização da importância da consulta de enfermagem e intervenções de enfermagem, durante o tratamento e depois no regresso à normalidade. Esta dinâmica mostrou a necessidade da abordagem da doença em diferentes áreas, como é o caso da sexualidade;

- Presença no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2023 (anexo II). A presença neste congresso, para além de ter sido uma oportunidade de atualização e aquisição de novo conhecimento na área das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS), foi também uma oportunidade de observar vários projetos de melhoria contínua da qualidade e auditoria clínica, no âmbito do controlo das IACS, que trouxeram acrescimento de conhecimento no domínio da competência da melhoria contínua da qualidade;

- A participação no 13º Congresso Nacional e 1º Congresso Internacional de Enfermagem Oncológica, organizado pela Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica (SPEO), que

se realizou nos dias 9 e 10 de novembro de 2023 (anexo IV). Dos termos abordados, destaca-se a importância do tema “Positividade tóxica”, ou seja, na insistência excessiva em manter uma atitude positiva e rejeitar qualquer sentimento negativo. Esta abordagem pode invalidar as emoções legítimas das pessoas, tornando difícil lidar de forma saudável com situações adversas por induzir sentimentos de culpa e repressão emocional. Este tema foi trabalhado de forma a mostrar a necessidade da construção de uma comunicação terapêutica eficaz, onde é necessária a validação das emoções por forma ao estabelecimento de uma relação terapêutica também eficaz, e encontra-se interligado com a competência do autoconhecimento e assertividade do EE. Outro dos temas que trouxe acrescento de conhecimento para o desenvolvimento de competências foram duas apresentações, na área do cancro da próstata, mostrando qual o impacto na saúde sexual e reprodutiva do tratamento cirúrgico, por quimioterapia, hormonoterapia e/ ou por radioterapia (visão do médico) e qual os desafios que o EE enfrenta na promoção da qualidade de vida da pessoa com cancro da próstata;

- A participação no congresso Perspectivas em Oncologia XII, realizado nos dias 15, 16 e 17 de fevereiro de 2024 (Anexo V), foi uma experiência enriquecedora. Este congresso médico de oncologia não apenas promove a troca de conhecimentos sobre a doença oncológica e seus tratamentos, mas também conta com diversos painéis nas áreas da Nutrição, Farmácia, Psicologia e Enfermagem. Trata-se assim de uma oportunidade valiosa de partilhar conhecimentos e criação de sinergias, permitindo uma abordagem mais abrangente sobre as pessoas com doença oncológica. Além de apresentar diferentes perspetivas das diversas áreas, o congresso enfatiza a importância de cada uma delas no processo de tratamento e cuidado, destacando a necessidade de uma organização que priorize os cuidados centrados na pessoa. Foi ainda possível participar na qualidade de palestrante, conforme já referido no domínio da Melhoria da Qualidade.

A participação em diversos eventos proporcionou oportunidades para explorar o autoconhecimento e a assertividade, por meio da observação da atuação de diferentes profissionais de saúde e da realização de apresentações. O desenvolvimento dessas competências tem um impacto significativo na capacidade de gerir emoções e sentimentos durante situações de tensão. Esse processo contínuo de reflexão, autodescoberta e prática contribuiu para o fortalecimento da autoconfiança, com feedback positivo consistente, e aprimoraram as habilidades de comunicação, resultando no desenvolvimento de competências de EE.

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

A doença crónica, segundo o decreto-lei n.º 101/2006 de 6 de junho, citado pela Ordem dos Enfermeiros (2017) é,

“a doença de curso prolongado, com evolução gradual dos sintomas e com aspetos multidimensionais, potencialmente incapacitante, que afeta, de forma prolongada, as funções psicológica, fisiológica ou anatómica, com limitações acentuadas nas possibilidades de resposta a tratamento curativo, mas com eventual potencial de correção ou compensação e que se repercute de forma acentuadamente negativa no contexto social da pessoa por ela afetada”. (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p. 33)

Ainda que a doença afete cada pessoa de maneira diferente, as condições crónicas prolongam-se por mais de três meses, resultando em incapacidades ou deficiências duradouras, exigindo adaptações em diferentes níveis: físico, mental, social, psicológico, emocional e espiritual (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). A prestação de cuidados contínuos centrados na prevenção, promoção de estilos de vida saudáveis e apoio à adaptação e adesão ao tratamento, visando capacitar a pessoa, sua família e cuidadores para conviver com a doença crónica e redefinir um plano de saúde adequado às suas necessidades e qualidade de vida, constitui parte essencial do EE na assistência a pessoas em situação crónica (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

A seguir, serão discutidas, de forma crítica e reflexiva e em articulação com as experiências e aprendizagens obtidas durante o ENP, as competências específicas do EE em EMC na área da pessoa em situação crónica.

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

Viver com doença crónica e preservar o bem-estar, segundo Meleis (2010), requer a gestão diária dos sintomas e tratamentos, além de lidar com as exigências do dia a dia. Esta vivência desencadeia várias transições que necessitam de cuidados de enfermagem em diferentes fases e momentos cruciais (Meleis, 2010).

As pessoas alvo de cuidados no serviço de RT são, maioritariamente pessoas com doença oncológica. Embora atualmente o prognóstico desta doença possa ser mais favorável, o diagnóstico de cancro continua a carregar uma conotação pesada, frequentemente associada ao sofrimento e à morte (Galvão et al., 2022). Considerada também uma doença crónica, a doença oncológica, impacta todas as dimensões da vida, sejam elas físicas, funcionais, cognitivas/psicológicas, sociais, económicas ou espirituais. Estas situações exigem

a gestão contínua da doença, assim como das sequelas e dos riscos associados aos tratamentos instituídos (Galvão et al., 2022). Torna-se assim pertinente, que o EE conheça o significado que a pessoa, família/cuidador atribui ao diagnóstico e tratamentos, identifique as necessidades dos mesmos, e só depois dirija as suas intervenções.

Durante o percurso profissional, foram constatadas inúmeras vezes, que a gestão da doença crónica era dificultada pelo regresso a casa. Facto esse que tem como origem a adaptação à uma nova realidade, que envolve a mudança de papéis, a interiorização de conhecimentos e novas rotinas na pessoa, família e cuidadores. Tendo o ENP decorrido numa unidade de ambulatório, a identificação das necessidades da pessoa, família e cuidadores é de extrema importância para a promoção de intervenções especializadas, pois a frequência de contato com o EE é mais parca do que num regime de internamento.

Contudo, independentemente de onde são prestados os cuidados, é necessário conhecer a realidade da pessoa e o seu contexto família/cuidador, pois segundo Figueiredo & Martins (2010), as dificuldades enfrentadas pelas famílias na prestação de cuidados estão, em grande parte, ligadas à falta de conhecimento, de recursos e apoio social. E algumas das vezes, embora tenham habilidades e conhecimentos, encontram obstáculos para coloca-los em prática, seja pela escassez de recursos internos, ou pela falta de informação sobre recursos externos disponíveis que poderiam ser utilizados (Figueiredo & Martins, 2010).

É neste processo de adaptação a uma nova realidade que o EE surge como um elemento facilitador desta transição, colaborando ativamente com a pessoa, a família e os cuidadores. Afinal, *“as famílias continuam a ser espaços privilegiados de cuidados de suporte à vida e à saúde dos seus membros, constituindo-se elas mesmas como unidades dotadas de energias com capacidade auto-organizativa”*. (Figueiredo & Martins, 2010, p. 552)

Para identificação das necessidades da pessoa, família/cuidador é necessário criar uma comunicação/relação terapêutica que se inicia no acolhimento, ou num primeiro contato, dando continuidade na escuta ativa das histórias que a pessoa, famílias/cuidadores vão contando sobre a doença/condição, através dos sentimentos que vai verbalizando ou sentimentos que vão transparecendo com a continuação da relação terapêutica. A importância de uma correta comunicação aquando do acolhimento advém do princípio *“Os primeiros minutos da comunicação são muito importantes. Dão o tom à relação”*. (Phaneuf, 2002, p. 29)

Este princípio destaca a importância dos primeiros minutos do acolhimento de uma pessoa, especialmente quando está ansiosa e em sofrimento. Pois uma atitude calorosa e compreensiva por parte do enfermeiro pode criar um vínculo de confiança e moldar

positivamente a percepção da pessoa sobre o ambiente de cuidados. Se o acolhimento for indiferente ou desagradável, será difícil para a pessoa abrir-se e confiar (Phaneuf, 2002).

No ENP foi identificado, que uma das condições mais prevalentes no serviço de RT era o desenvolvimento de radiodermite. Neste seguimento, uma das necessidades comuns das pessoas submetidas à RT era a gestão dos sintomas e a capacitação para lidar com a radiodermite. Como já descrito no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade, foi constatado que os cuidados de enfermagem prestados na prevenção e tratamento da Radiodermite no serviço de RT, não estavam ajustados ao que a evidência científica recomenda, assim como estes, não eram uniformes entre os enfermeiros do serviço. Por este motivo, foram presenciadas situações que geraram alguma dúvida e insegurança por parte da pessoa, família e cuidadores, e conforme D'haese et al. (2010), situações como estas, podem criar confusão nas pessoas, levar à perda de confiança nos cuidados e nos profissionais de saúde, comprometendo as ações de prevenção e cura.

Para responder a esta necessidade, foi decidido em conjunto com o orientador, trabalhar esta área, criando um programa de intervenção de enfermagem na prevenção e tratamento da radiodermite, desenvolvido com base nas *guidelines* e analisado num FG com enfermeiros peritos na área da RT. Este trabalho será desenvolvido e apresentado neste relatório, na Parte II - componente de investigação.

Como já descrito no ponto 1.3. Efeitos Secundários, para além da radiodermite, outros efeitos secundários frequentes nas pessoas submetidas à RT são a diarreia e a mucosite oral. Isto deve-se a alteração da função fisiológica normal induzida pela RT, e que prejudica o estado nutricional da pessoa ao interferir na ingestão, digestão ou absorção de nutrientes (National Cancer Institute, 2024). Foi identificada a falta de conhecimento da pessoa, família/cuidador, em relação à gestão alimentar durante esses sintomas. Embora os enfermeiros indicassem verbalmente quais os alimentos a preferir e a evitar, bem como as medidas a serem adotadas para o controlo da diarreia e da mucosite oral, não havia um suporte escrito que pudesse auxiliar no domicílio.

Dado que esses sintomas afetam diretamente a gestão nutricional, é de extrema importância abordá-los para prevenir a malnutrição e evitar o agravamento da sintomatologia (European Oncology Nursing Society, 2021; National Cancer Institute, 2024). Apesar das limitações apontadas nos estudos, observa-se uma tendência positiva nas intervenções dietéticas conduzidas por enfermeiros, evidenciando melhorias na ingestão alimentar em pessoas com cancro e sobreviventes (Gan et al., 2022).

A importância de um suporte escrito prende-se com o acesso à informação, pois este fornece informações estruturadas e organizadas, que pode melhorar a retenção e compreensão por parte da pessoa, família/cuidadora, uma vez que permite consultas e revisões a qualquer momento, assim como uma educação continuada, uma vez que facilita a aprendizagem contínua e a revisão das informações prestadas. Segundo o US *National Action Plan to Improve Health Literacy* (2010), quando as pessoas recebem informações precisas e acessíveis sobre saúde, são incentivadas a tomar medidas para proteger e promover o seu bem-estar, ação essa que promove a literacia em saúde como preconiza a OMS. Sabe-se que um baixo nível de literacia em saúde, impacta em vários aspetos dos cuidados de saúde, especificamente na adesão e gestão do regime terapêutico (Pedro et al., 2016).

Portanto, durante o ENP, foram elaborados dois documentos de apoio à educação para a saúde, sobre alimentação nas situações de diarreia e mucosite oral, onde constam os cuidados a adotar e os alimentos a preferir e a evitar, conforme a sintomatologia presente.

Outra necessidade identificada foi a falta de conhecimentos da pessoa, família/cuidador sobre os seus direitos e recursos disponíveis na comunidade para apoio económico na gestão da doença. Devido ao impacto da doença oncológica no plano económico e laboral, a legislação prevê um conjunto de direitos e benefícios destinados a proteger as pessoas e seus familiares em todas as fases da doença. Para isso, é necessário solicitar o Atestado Médico de Incapacidade Multiuso para pessoas com doença oncológica (AMIM), que

“é um documento obrigatório para as pessoas com deficiência igual ou superior a 60% (como é o caso dos doentes oncológicos) puderem ver consagrado o direito de acesso aos benefícios sociais, económicos e fiscais previstos na lei, nomeadamente em sede de IRS, imposto único de circulação, despesas de deslocação, comparticipação de próteses e outras ajudas técnicas”. (Ministério da Saúde, 2024b)

A equipa de enfermagem do serviço de RT já incluía, no momento do acolhimento, a entrega de um documento explicativo como solicitar o AMIM, mas este encontrava-se desatualizado, não fornecendo informações claras sobre a sua finalidade nem os procedimentos a seguir após a sua emissão. Após uma reunião com a equipa de enfermagem e o enfermeiro gestor, foi tomada a decisão de atualizar o documento. Assim, procedeu-se à revisão e complementação com as informações necessárias, conforme apresentado no documento em apêndice II. Seguindo as orientações do enfermeiro gestor, o documento foi enviado para aprovação da ULS. Depois de ser encaminhado para a Unidade de Qualidade e Segurança do Doente, foram seguidas as diretrizes estabelecidas, resultando na aprovação

pela Direção Clínica e, posteriormente, na elaboração pelo Serviço de Comunicação e Marca, para ser entregue às pessoas aquando do acolhimento no serviço de RT.

É importante destacar a necessidade de fornecer um suporte escrito à pessoa, família/cuidador, aquando do acolhimento, uma vez que foi constatado que muitos desconhecem o AMIM ou, mesmo tendo ouvido falar dele, não sabem como obtê-lo ou o que fazer após a sua emissão. Algumas pessoas em início de tratamento já possuíam o AMIM, mas não sabiam onde se dirigir para obter os benefícios. Embora essa informação seja do âmbito da assistência social, as pessoas só acedem a estas consultas quando têm insuficiência económica e/ou são referenciados por médico ou enfermeiro. Daí a pertinência de o documento estar atualizado e disponível, pois ele permite o acesso a benefícios e apoios económicos que visam mitigar o impacto da doença no dia-a-dia da pessoa e da sua família/cuidador.

Foi também identificado que, em relação ao efeito secundário “disfunção sexual”, não havia nenhuma intervenção de enfermagem direcionada, justificando-se que as pessoas nesta fase de tratamento não estariam disponíveis para receber essa informação. Contudo, uma das patologias mais frequentes tratadas era o cancro da próstata, e, conforme evidenciado tanto pelo os efeitos secundários da RT, como no Webinar: “Re(abilitar) em Radioterapia: fazer a diferença” e no Congresso da Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica, a disfunção sexual é a consequência mais frequentemente reportada após o tratamento do cancro da próstata. Assim, é essencial perceber se a pessoa submetida a RT está ciente das alterações que podem surgir com o tratamento e se está disposta a discutir essas mudanças. Nesse caso, o enfermeiro deve explicar as possíveis alterações, proporcionando educação para a saúde nesse âmbito. Se o enfermeiro não se sentir confortável ou não dominar esta área, deve encaminhar a pessoa para outro profissional de saúde especializado em sexualidade.

Estas reflexões identificaram que a não abordagem deste tema está relacionado com a disponibilidade e a disposição do profissional em abordar em discuti-lo. Por isso, é necessária a promoção do autoconhecimento e da assertividade, permitindo que os enfermeiros consigam compreender as necessidades das pessoas submetidas à RT, mesmo diante da dificuldade de abordar temas com os quais não se sintam à vontade.

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

Com vista a melhorar a qualidade de vida e prever situações adversas, o EE deve avaliar as necessidades de autocuidado e os recursos da família e dos cuidadores, assegurando que todos detêm conhecimento, as habilidade, a atitude e a capacidade necessárias para gerir a doença, os sintomas ou eventuais eventos adversos de forma eficaz. Pois, segundo Meleis (2010), *“Creating healthy transitional environments is the crux of the transitional care model”*. (p. 6)

É através da integração de conhecimentos teóricos e evidências científicas, que é possível antecipar situações com maior probabilidade de ocorrência e fornecer informações adequadas, tanto em qualidade quanto em quantidade, às pessoas, famílias e cuidadores. Ao capacitá-los para antecipar episódios de agudização, promove-se a sua autonomia por meio da autogestão, criando ambientes que facilitam a adaptação à doença e favorecem uma transição saudável, assegurando a segurança da pessoa, família e cuidadores.

O ensino e avaliação contínuos são essenciais para criar ambientes de confiança e segurança, facilitando uma gestão eficaz das situações. É fundamental considerar a capacidade, o conhecimento e motivação da pessoa, da família e dos cuidadores, ajustando a linguagem e o método de ensino conforme necessário. Além disso, é importante criar ou utilizar recursos de apoio, seja envolvendo um familiar mais capacitado e disponível, seja encaminhando-os para os cuidados de saúde primários, a fim de validar e reforçar todo o processo.

Posto isto, durante o ENP, aquando do acolhimento, a consulta era personalizada conforme a pessoa e familiar/cuidador. Para além da comunicação ser ajustada a estes (como já referido no ponto anterior), a educação para saúde era realizada conforme o resultado da avaliação da pessoa, do seu conhecimento, da sua capacidade, da sua motivação e situação emocional, de forma a reduzir a ansiedade, mas também para capacitar a pessoa/familiar/cuidador a participarem ativamente nos cuidados. Era facilitado um ambiente seguro para expressar as suas preocupações e emoções, garantido que estas eram ouvidas e abordadas com sensibilidade. E sempre que fosse identificadas necessidades mais especializadas, de forma a providenciar cuidados mais integrados, como apoio diferenciado no controlo da dor, apoio psicológico, apoio nutricional ou até necessidade de ajuda económica, era realizado um pedido interno ou um contacto direto com a equipa da consulta da dor, psicologia, nutrição ou assistente social, assegurando o bem-estar físico, emocional e económico da pessoa/familiar/cuidador.

Foram ainda desenvolvidas outras atividades, que deram resposta também a este domínio, e que já foram refletidas em domínios anteriores, nomeadamente a implementação do SClínico, a elaboração de documentos de suporte na educação para a saúde nos eventos adversos, mucosite oral e diarreia. Assim como, a formação da equipa da enfermagem na área da radiodermite, que contribuiu para ampliar o conhecimento para gerir a condição, melhorando a qualidade dos cuidados e salvaguardando situações e ou procedimentos que possam levar a resultados indesejáveis.

4. Considerações finais

No término de todo o processo de aprendizagem desenvolvido no ENP, torna-se importante efetuar uma reflexão final, que possibilite a demonstração dos sentimentos decorrentes de toda a aprendizagem, das dificuldades sentidas, assim como das experiências vividas e dos ganhos alcançados, que contribuíram para o desenvolvimento de competências.

A escolha do serviço de RT para ENP, embora não tenha sido a primeira opção, demonstrou ser um campo fértil de aprendizagem e oportunidades, contribuindo significativamente para o desenvolvimento de competências no âmbito do EE em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.

Logo no início do ENP foi sentida uma dificuldade de gestão de horário, situação que se prendia com a compatibilização do horário profissional, horário fixo, com o horário do serviço de RT, também ele horário fixo. Seguidamente e depois da elaboração dos objetivos, foi alcançar uma gestão eficaz de toda a necessidade de trabalho pós horário profissional e de estágio. Foram momentos de muita tensão, mas que contribuíram para um crescimento tanto a nível profissional, como a nível pessoal e emocional, por toda a exigência que era exigida.

O serviço de RT por estar em processo de remodelação, encontrava-se com recursos estruturais diminutos, situação essa que interferia na organização dos espaços, tendo gabinetes partilhados com outros profissionais, o que causava por vezes situações de contratempo, como por exemplo, na gestão do tempo de consulta de enfermagem. Outro fator que interferiu, foi a existência de documentos desatualizados, que causaram dúvidas aquando da consulta dos mesmos.

Contudo, a receção por parte da equipa de enfermagem e restantes profissionais de saúde, foi exemplar, proporcionando toda a atenção necessária para a integração, esclarecendo dúvidas e acolhendo o conhecimento atualizado com grande abertura.

Os tutores foram fundamentais no desenvolvimento de competências. Um dos EE, com vários anos de experiência, nomeadamente na área da gestão, compartilhou o seu conhecimento, enriquecendo ainda mais a aprendizagem. O outro tutor, EE mais recente, demonstrou grande motivação e abertura para a prática baseada na evidência.

Ao longo deste percurso como estudante de Mestrado em EMC, foi possível refletir sobre as muitas aprendizagens realizadas e os conhecimentos adquiridos, não apenas no ENP, mas

também ao longo dos três semestres nas diferentes UC, que contribuíram para o desenvolvimento competências.

Como futura EE, ao longo do ENP, e especialmente durante a formação da equipa de enfermagem, procurou-se demonstrar que os cuidados especializados e o uso de evidências científicas impulsionam o avanço do conhecimento em Enfermagem, promovendo a melhoria contínua dos cuidados de saúde e otimizando os resultados dos cuidados de enfermagem.

Os objetivos inicialmente estabelecidos foram alcançados, embora as atividades planeadas para a sua concretização tenham sido ajustadas, sendo substituídas por outras que emergiram das solicitações da equipa de enfermagem ou a partir de observações realizadas durante o ENP. Exemplos disso incluem a implementação do SClínico, atendendo também ao interesse da equipa de enfermagem, bem como a atualização do AMIM e a elaboração de documentos orientativos sobre alimentação na mucosite oral e na diarreia.

As atividades desenvolvidas, que envolveram uma componente de investigação, promoveram um crescimento a nível profissional, pessoal e académico, oferecendo uma base sólida para o desenvolvimento no campo do conhecimento científico.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Prevenção e Tratamento da Radiodermite em Pessoas Submetidas a Radioterapia: Um *Focus Group*

1. Resumo

Enquadramento: Em Portugal, as doenças oncológicas são uma das principais causas de mortalidade, sendo a RT uma parte fundamental do tratamento oncológico. No entanto, cerca de 90% das pessoas submetidos a esse tratamento desenvolvem radiodermite, uma reação inflamatória da pele que afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas, dificultando por vezes a continuidade do tratamento. Além de causar dor e desconforto, a radiodermite pode levar à perda de funcionalidade, com impacto emocional e social para a pessoa, familiar e seu cuidador.

De acordo com a literatura e a prática clínica, a ausência de padronização e as evidências divergentes na prevenção e tratamento da radiodermite resultam em inconsistências que podem comprometer a qualidade dos cuidados. Para responder a este desafio, foi desenvolvido um programa de intervenção de enfermagem fundamentado nas evidências científicas mais recentes. O programa inclui orientações sobre cuidados com a pele, para reduzir sintomas, garantir a continuidade do tratamento oncológico, e promover a autogestão através da educação sobre cuidados diários e sinais de alerta. As intervenções foram estruturadas com base na CIPE®, promovendo a padronização da prática e a comunicação mais eficiente entre os enfermeiros.

Objetivo: Explorar as perceções de enfermeiros peritos em RT sobre a utilidade, aplicabilidade e possíveis barreiras à implementação de um programa de intervenção em enfermagem para prevenção e tratamento da radiodermite em pessoas submetidas a radioterapia.

Metodologia: Foi realizado um estudo exploratório com abordagem qualitativa, utilizando a técnica de *focus group* para a colheita de dados, seguindo as diretrizes metodológicas de Krueger e Casey (2015). A técnica do FG permitiu a recolha de opiniões e experiências especializadas sobre o programa de intervenção de enfermagem proposto. A análise de dados foi realizada segundo as orientações de Bardin (2016) e permitiu estruturar os dados em temas principais e categorias. Para a qualidade e transparência da investigação, foram seguidas as diretrizes do COREQ. A participação foi voluntária e os princípios éticos, incluindo a confidencialidade e a possibilidade de desistência, foram rigorosamente respeitados.

Resultados: No *focus group* participaram seis enfermeiros peritos em radioterapia. Os temas resultantes destas sessões foram: critérios de inclusão, intervenções, dose das intervenções,

ferramentas de apoio, abordagem terapêutica, barreiras à implementação, fatores facilitadores à implementação e responsabilidade pela implementação.

Conclusão: Segundo os enfermeiros peritos, o programa pode representar um avanço importante na qualidade dos cuidados, destacando-se pela estrutura sólida e fundamentação científica, com intervenções eficazes e adaptadas às necessidades individuais das pessoas submetidas a radioterapia. As sugestões dos peritos permitiram aprimorar o programa, ampliando os critérios de inclusão para abranger todas as pessoas submetidas a radioterapia e incorporar intervenções complementares, além de ajustes na dosagem das intervenções e nas ferramentas de apoio.

No entanto, emergiram desafios para a implementação, como a limitação de tempo, a falta de recursos estruturais e dificuldades nos sistemas de registo de dados. A implementação deve ser liderada pelos enfermeiros da radioterapia, com um esforço contínuo de formação e capacitação, especialmente para a avaliação de toxicidade cutânea, em conformidade com as diretrizes internacionais.

Palavras chave: Radiodermatite; Radiotherapy; Nursing; Prevention; Management.

2. Abstract

Background: In Portugal, oncological diseases are one of the leading causes of mortality, with radiotherapy (RT) being a cornerstone of cancer treatment. However, approximately 90% of individuals undergoing this treatment develop radiodermatitis, an inflammatory skin reaction that directly impacts quality of life, sometimes hindering the continuation of treatment. In addition to causing pain and discomfort, radiodermatitis can lead to loss of functionality, with emotional and social repercussions for patients, their families, and caregivers.

According to the literature and clinical practice, the lack of standardization and the conflicting evidence regarding the prevention and treatment of radiodermatitis result in inconsistencies that may compromise care quality. To address this challenge, a nursing intervention program was developed based on the latest scientific evidence. The program includes guidelines for skin care aimed at reducing symptoms, ensuring the continuity of cancer treatment, and promoting self-management through education about daily care and warning signs. The interventions were structured based on ICNP®, promoting standardized practices and more efficient communication among nurses.

Objective: To explore the perceptions of expert RT nurses regarding the utility, applicability, and potential barriers to implementing a nursing intervention program for the prevention and management of radiodermatitis in individuals undergoing radiotherapy.

Methodology: An exploratory qualitative study was conducted using focus group (FG) techniques for data collection, following the methodological guidelines of Krueger and Casey (2015). The FG technique enabled the collection of specialized opinions and experiences about the proposed nursing intervention program. Data analysis was performed according to Bardin's (2016) guidelines, allowing data to be organized into main themes and categories. To ensure the quality and transparency of the research, the COREQ guidelines were followed. Participation was voluntary, and ethical principles, including confidentiality and the right to withdraw, were strictly observed.

Results: Six expert radiotherapy nurses participated in the focus group. The resulting themes included inclusion criteria, interventions, dosage of interventions, support tools, therapeutic approach, barriers to implementation, facilitators for implementation, and responsibility for implementation.

Conclusion: According to expert nurses, the program could represent a significant advancement in care quality, standing out for its solid structure and scientific foundation, with effective interventions tailored to the individual needs of patients undergoing radiotherapy. Suggestions from experts allowed the program to be refined, expanding inclusion criteria to cover all patients receiving radiotherapy and incorporating complementary interventions, as well as adjustments to the dosage of interventions and support tools.

However, challenges to implementation emerged, such as times constraints, limited structural resources, and difficulties with data recording systems. Implementation should be led by radiotherapy nurses, with continuous training and capacity-building efforts, particularly for the evaluation of skin toxicity, in alignment with international guidelines.

Keywords: Radiodermatitis; Radiotherapy; Nursing; Prevention; Management.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Em 2019, registaram-se em Portugal 57.878 novos casos de doenças oncológicas, representando um aumento de 11.154 casos em relação a 2010 (Despacho n.º 13227/2023 de 27 de dezembro, 2023). De acordo com a DGS, “as doenças oncológicas representam, em Portugal, a segunda causa de mortalidade e a principal causa de anos de vida potencialmente perdidos, ajustados para a morbilidade” (Direção-Geral da Saúde, 2022a, p. 2). No entanto, graças aos avanços na investigação ao longo das últimas décadas, tem-se registado uma melhoria contínua no prognóstico destas doenças (Direção-Geral da Saúde, 2022a).

Segundo a Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030, as doenças oncológicas requerem uma abordagem multidisciplinar, que envolva a articulação de várias especialidades hospitalares, dando ênfase à criação de uma Rede de Referência em Oncologia, centrada no doente e não apenas nas especialidades médicas, sendo esta fundamental para otimizar o acesso e a qualidade dos cuidados no SNS (Despacho n.º 13227/2023 de 27 de dezembro, 2023). Neste contexto, o papel da enfermagem é crucial, uma vez que enfermeiros especializados asseguram cuidados personalizados e contínuos, promovendo a coordenação entre equipas e o acompanhamento próximo da pessoa ao longo de todo o processo terapêutico.

Com o objetivo de otimizar o controlo da doença oncológica e a qualidade de vida das pessoas acometidas, a radioterapia tem sido cada vez mais utilizada em combinação com cirurgia e terapias sistémicas (Mitin et al., 2023). Embora ao longo dos anos, tenham sido alcançados enormes progressos para melhorar a eficácia desta modalidade e minimizar os efeitos secundários, a radiodermite ainda prevalece como a ocorrência mais frequente, desenvolvendo-se em cerca de 95% das pessoas submetidas a RT (Burke et al., 2022; Behroozian et al., 2023; Gosselin et al., 2020; Singh et al., 2016).

A radiodermite, também conhecida como dermatite por radiação, reação cutânea induzida por radiação ou lesão por radiação (Singh et al., 2016), define-se como reação inflamatória da pele que ocorre em consequência da exposição à radiação ionizante sendo o seu descritor em inglês *Radiodermatitis* (BIREME et al., 2023). Os efeitos adversos na pele, devido à radiação, podem se manifestar com diferentes intensidades, variando desde um leve eritema até formas mais graves, como descamação húmida e ulceração. O desenvolvimento e a gravidade dos sintomas dependem de fatores intrínsecos relativos à

pessoa, e extrínsecos relativos ao tratamento, como já abordado no ponto 1.3. Efeitos Secundários da Radioterapia.

Segundo Trueman (2015), as reações cutâneas resultam de alterações causadas pela radiação ionizante na camada basal da pele, levando a um desequilíbrio entre a produção de novas células na camada basal e a perda de células na superfície da pele. As células da pele mais sensíveis à radiação, são os queratinócitos basais, as células-tronco dos folículos pilosos e os melanócitos (Bennardo et al., 2021). Quando a pele é exposta à radiação ionizante, uma porção dos queratinócitos basais é destruída com a primeira dose de radiação, afetando a capacidade de autorrenovação da pele. Além disso, as células-tronco dos folículos pilosos também são danificadas devido aos danos no ADN nuclear e mitocondrial causados por radicais livres (Bennardo et al., 2021). As reações não são visíveis nas primeiras duas semanas de tratamento, pois correspondem ao tempo necessário para as células basais danificadas chegarem à superfície, mas a partir da terceira semana, a reação torna-se mais visível, progredindo de eritema para descamação seca e, eventualmente, descamação húmida e ulceração em casos de tratamento mais intenso (Trueman, 2015). A região anterior do pescoço, tórax, extremidades, abdómen e face são as áreas do corpo mais sensíveis à radiação (Bennardo et al., 2021).

Na sua fase aguda, a radiodermite pode causar sequelas graves que comprometem a qualidade de vida e a continuidade do tratamento, sendo os principais sintomas o desconforto e a dor (Singh et al., 2016; Wei J. et al., 2019). Além disso, a radiodermite está também associada a alterações na imagem corporal e à perda de funcionalidade física, o que afeta significativamente as dimensões emocional e social da pessoa com doença oncológica, bem como a sua família e/ou cuidador (Salgado, 2013).

A radiodermite é classificada como aguda, quando os sintomas surgem até 90 dias após o término do tratamento, e como crónica, quando se manifesta após esse período (Singh et al., 2016; Leventhal & Young, 2017).

Para avaliar a radiodermite, é fundamental a utilização de escalas padronizadas, que assegurem a consistência na avaliação clínica e na prestação de cuidados. Uma avaliação precisa é fundamental para implementar intervenções adequadas, e o uso de ferramentas de avaliação reconhecidas é indispensável para manter a uniformidade e a continuidade do cuidado (Trueman, 2015). As escalas mais utilizadas na literatura são a da RTOG e a *Common Terminology for Adverse Events* (CTCAE) (tabelas 4, 5 e 6).

Segundo Bennett et al. (2020), embora a prevenção total das reações cutâneas seja improvável, é essencial fazer um esforço contínuo para adiar o seu aparecimento e reduzir a sua gravidade. Este esforço passa pela capacitação da pessoa com doença oncológica, do

familiar e/ou cuidador, relativamente aos cuidados a ter com a pele, uma vez que estes necessitam de ser mantidos em contexto domiciliário, e que ajudará a diminuir o desconforto da pessoa e a prevenir complicações adicionais.

Intervenções precoces desempenham um papel fundamental na preservação da integridade cutânea na área irradiada (Schneider et al., 2013), pelo que se torna assim importante, fornecer à pessoa com doença oncológica, familiar e/ou cuidador, orientações gerais sobre os cuidados com a pele, aquando do início do tratamento de radioterapia (Trueman, 2015). Esta informação é essencial, pois capacita a pessoa com doença oncológica, o familiar e/ou cuidador a adotar uma abordagem proativa nos tratamentos, promovendo a autogestão (Salgado, 2013). A autogestão desempenha um papel crucial no processo de transição vivenciada por pessoas com doença oncológica, familiares e/ou cuidadores durante o tratamento, uma vez que este processo traz consequências físicas, psicológicas e sociais, que influenciam a transição (Magalhães, 2022). A transição provocada pela mudança do estado de saúde, obriga a que a pessoa, familiar e/ou cuidador, adquira um novo conhecimento, altere as suas rotinas e comportamentos, assim como modifique a perceção de si mesma no contexto social (Meleis, 2010).

Defende-se, portanto, que a intervenção contínua de enfermagem em RT, desde o início do tratamento, desempenha um papel essencial na promoção de atitudes proativas e no envolvimento precoce na gestão do autocuidado. Este acompanhamento facilita o processo de transição vivido pelas pessoas com doença oncológica, familiares e/ou cuidadores, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida. Para atuar como facilitadores deste processo, é crucial que os enfermeiros desenvolvam e aperfeiçoem as suas competências nesta área, promovendo um acompanhamento de excelência e assegurando a qualidade dos cuidados prestados.

3.1. Programa de intervenção de enfermagem para a prevenção e tratamento da radiodermite na pessoa submetida a radioterapia

As informações fornecidas e os tratamentos prestados pelos enfermeiros frequentemente variam, sendo inconsistentes, o que pode ser atribuído à experiência individual de cada profissional, suas preferências pessoais ou até mesmo à disponibilidade de produtos e recursos (Feight et al., 2011). Essa inconsistência pode causar confusão nas pessoas, prejudicar a confiança nos cuidados e nos profissionais de saúde, além de comprometer a eficácia das ações de prevenção e tratamento (D'haese et al., 2010). Atualmente, a prevenção e tratamento da radiodermite ainda apresenta grande

variabilidade, devido à ausência de protocolos padronizados e à falta de evidências científicas consistentes e amplamente aceitas (Behroozian et al., 2023). Isso impacta negativamente a prática de enfermagem, pois a ausência de padronização e evidências científicas compromete a qualidade dos cuidados e os resultados do tratamento.

Na radioterapia, como em outros tratamentos oncológicos, a enfermagem desempenha um papel fundamental na gestão dos problemas que podem surgir. Com base no diagnóstico e intervenções de enfermagem, os enfermeiros podem definir prioridades e orientar os cuidados para aliviar ou minimizar o sofrimento da pessoa, do familiar e/ou cuidador e promover a transição.

Com o intuito de identificar as evidências científicas mais recentes sobre a prevenção e tratamento da radiodermite, foi realizada uma revisão da literatura. Esta revisão revelou um número considerável de estudos sobre o tema, contudo, foram encontradas contradições e discrepâncias entre eles. Apesar dessas divergências, cinco estudos destacaram-se pela sua relevância, robustez e atualidade, fornecendo orientações importantes para prestação de cuidados.

Entre esses estudos, dois foram publicados em 2020. Um deles, realizado pela *Oncology Nursing Society* (ONS), consiste numa revisão sistemática e meta-análise que deu origem a uma *guideline* para a prevenção e tratamento da radiodermite (Gosselin et al., 2020). O outro, produzido pela *The Society and College of Radiographers* (SCoR), também é uma *guideline* baseada numa revisão sistemática de 2019, que teve como finalidade atualizar a *guideline* da mesma sociedade, datada de 2015.

Um terceiro estudo, publicado em 2021 pela *International Society of Nurses in Cancer Care* (ISNCC), foi baseado numa revisão sistemática realizada em 2020, com o objetivo de estabelecer diretrizes clínicas baseadas em evidências para o uso de tratamentos tópicos na prevenção e no tratamento da radiodermite.

Os outros dois estudos foram realizados pela *Multinational Association of Supportive Care in Cancer* (MASCC). O primeiro foi uma revisão sistemática ampliada, abrangendo estudos desde 1946 até setembro de 2020, onde não foi possível fazer recomendações, pois apesar da vasta quantidade de literatura disponível, os autores referem que as evidências que sustentam as intervenções para a prevenção e tratamento da radiodermite são bastante variáveis (Behroozian et al., 2023). Essa variabilidade pode ser atribuída às diferenças no desenho dos estudos, nos desfechos avaliados, nos tipos de intervenções aplicadas e nas populações de pacientes analisadas. Isso levou ao desenvolvimento de um segundo estudo, através de um processo de Delphi, com um painel de especialistas em radiodermite por radiação, com o objetivo de criar recomendações baseadas em consenso (Behroozian T & 70

Group, 2023). Estes estudos representam um avanço significativo na busca por intervenções eficazes na prevenção e tratamento da radiodermite, apesar das inconsistências nas evidências.

Com o objetivo de melhorar os cuidados prestados no âmbito da prevenção e tratamento da radiodermite, foi criado um programa de intervenção de enfermagem direcionado a pessoas com doença oncológica submetidas a RT. Pois os programas de autogestão para doenças crônicas demonstraram ser viáveis, melhorando a saúde e reduzindo custos, com efeitos positivos duradouros, especialmente quando adaptados a grupos específicos (Grady & Gough, 2014).

Este programa foi desenvolvido com base no desenho de intervenções de enfermagem descritas por Aranda (2008), que destaca a importância de uma atenção cuidadosa à definição do problema, aos princípios teóricos, aos resultados desejados e ao conteúdo baseado em evidências. Além disso, enfatiza a consideração cuidadosa dos métodos de implementação e da dose (Aranda, 2008). O programa também se apoia nas orientações do *Medical Research Council* para o desenvolvimento e avaliação de intervenções complexas, conforme mencionado por Craig et al. (2008), que afirmam que abordagem mais eficaz consiste em criar intervenções de maneira estruturada, fundamentadas nas evidências mais confiáveis e em teorias adequadas.

Este programa, fundamentado nos estudos mencionados anteriormente, teve como objetivo padronizar os cuidados prestados pelos enfermeiros, assegurando uma abordagem consistente e eficaz na prevenção e tratamento da radiodermite. Desenvolvido com base em evidências científicas e utilizando intervenções de enfermagem alinhadas às *guidelines* anteriormente descritas, o programa visa responder aos seguintes propósitos:

- Prevenção do desenvolvimento de radiodermite (Bennett et al., 2020; Agbejule et al., 2021).

Centrado na educação para a saúde da pessoa e/ou cuidador, fornecendo orientações sobre as medidas preventivas a adotar, como cuidados específicos com a pele antes, durante e após a RT. O objetivo é assegurar que compreendem as causas, os sintomas e as medidas preventivas para lidar com a radiodermite, promovendo uma participação ativa na gestão da condição. A identificação precoce dos sinais de radiodermite também é fundamental para que se possa intervir nas fases iniciais, atrasando a progressão dos sintomas.

- Redução da gravidade dos sintomas (Agbejule et al., 2021; Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020; Behroozian T & Group, 2023; Behroozian et al., 2023).

A implementação de intervenções baseadas em evidências, como o uso de produtos tópicos específicos, hidratação adequada e técnicas de autocuidado, é essencial para minimizar os efeitos da radiação na pele.

- Melhoria da qualidade de vida (Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020; Behroozian et al., 2023).

Ao aliviar sintomas como dor e desconforto e prevenir complicações graves, procura-se proporcionar maior bem-estar à pessoa, o que pode influenciar positivamente a sua condição física e emocional.

- Manutenção da continuidade do tratamento oncológico (Burke et al., 2022).

O programa procura prevenir que as complicações cutâneas resultantes da RT levem à interrupção ou ao atraso no tratamento, visto que isso pode comprometer a eficácia da terapêutica oncológica. É igualmente importante garantir que a pele da pessoa esteja em condições adequadas para dar continuidade ao tratamento.

- Promoção da autogestão e educação da pessoa e/ou cuidador (Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020).

Capacitar a pessoa e o seu cuidador para gerirem eficazmente os sintomas da radiodermite, através de uma educação contínua sobre cuidados diários com a pele e sinais de alerta. O incentivo ao autocuidado como parte ativa do tratamento é essencial, promovendo o envolvimento da pessoa na sua própria recuperação e tratamento.

- Monitorização e avaliação contínua (Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020; Agbejule et al., 2021).

Utilizar escalas de avaliação padronizadas para monitorizar a evolução da radiodermite, ajustando as intervenções de acordo com a gravidade da condição. Proceder aos registos em conformidade, para garantir a continuidade e a qualidade dos cuidados.

A definição das intervenções de enfermagem foi estruturada com base na CIPE®. O uso de uma linguagem padronizada e comum à profissão justifica-se pelo facto de a CIPE® ser uma terminologia que descreve detalhadamente o que os enfermeiros observam, diagnosticam, as intervenções que realizam e os resultados que avaliam, todos influenciados pelos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2016; Figueira et al., 2018). Deste modo, a CIPE® permite a sistematização da prática de enfermagem, promovendo uma comunicação mais clara e eficaz entre os profissionais, além de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Então, numa primeira fase elaborou-se uma listagem de intervenções que depois de analisadas, foram selecionadas criteriosamente tendo em atenção os focos de atenção CIPE®, a sua pertinência e viabilidade para implementação em contexto de intervenção em RT. Introduziram-se outras intervenções, resultantes da interseção entre os contributos da literatura, da prática clínica e da experiência profissional.

Numa segunda fase, os focos e as intervenções foram organizados em função da sua adequação ao período da admissão na RT, início da RT (prevenção), durante e após a RT (prevenção e tratamento). A construção e a definição da frequência e intensidade das intervenções foram definidas com base nas orientações de Aranda (2008).

O programa de intervenção de enfermagem para a prevenção e tratamento da radiodermite em pessoas submetidas a RT, considerado para análise no FG, está apresentado no documento do apêndice III.

4. Finalidade e objetivos

A componente de investigação teve como objetivos principais desenvolver e avaliar a adequação de um programa de intervenção de enfermagem para a prevenção e tratamento da radiodermite em pessoas com doença oncológica submetidas a radioterapia, bem como explorar as perceções de enfermeiros peritos na área de RT quanto à utilidade, aplicabilidade e possíveis barreiras à implementação do programa.

Com esta investigação pretende-se responder à questão de investigação:

“Quais as perceções dos enfermeiros peritos sobre a utilidade, aplicabilidade e possíveis barreiras à implementação de um programa de intervenção para prevenção e tratamento da radiodermite em pessoas submetidas a radioterapia?”.

5. Metodologia

Segundo Fortin (2009), a metodologia trata de um processo sistemático que orienta o investigador na seleção e aplicação de técnicas e métodos apropriados para compreender o fenómeno em análise, permitindo responder de maneira estruturada às questões de investigação. Ao definir a metodologia, o investigador não só estabelece os processos de recolha e análise de dados, mas também define critérios de rigor que garantem a validade e a fiabilidade dos resultados (Fortin, 2009).

5.1. *Desenho do estudo*

Para a realização desta investigação, foi inicialmente desenvolvido um programa de intervenção de enfermagem para a prevenção e tratamento de radiodermite, conforme exposto no ponto 3.1.

Posteriormente, para analisar e discutir o programa de intervenção de enfermagem, foi conduzido um estudo exploratório, com abordagem qualitativa, utilizando o método de FG como ferramenta para a colheita de dados, seguindo as diretrizes metodológicas de Krueger e Casey (2015). Este método foi escolhido por promover a troca de ideias e experiências entre profissionais especializados, permitindo uma exploração mais aprofundada das perceções e experiências compartilhadas, essenciais para a avaliação crítica do programa. O objetivo desta abordagem foi obter opiniões fundamentadas, além de identificar os pontos fortes e fracos do programa.

Na realização do FG, participaram seis enfermeiros, todos com mais de dez anos de experiência na prestação de cuidados diretos a pessoas com doença oncológica submetidas a RT, conforme os critérios de inclusão estabelecidos. Devido à indisponibilidade dos participantes, foi necessário realizar duas reuniões de FG, cada uma com três participantes.

É recomendável que um FG seja realizado com um mínimo de 5 a 8 participantes, sendo este número recomendado para promover uma troca de ideias rica e diversificada (Krueger & Casey, 2015). Grupos menores, com 3 participantes, podem não captar toda a amplitude de perceções e experiências, limitando a variedade de pontos de vista e tornando a discussão menos dinâmica. Contudo, a literatura apresenta recomendações variadas quanto ao número de participantes, sugerindo um intervalo de 3 a 12 pessoas (Souza L. K., 2020). Em termos de número mínimo, é viável realizar um FG com três ou quatro participantes (Bloor et al., 2001; Kitzinger & Barbour, 1999, citados por Barbour, 2009, p. 89). Kitzinger & Barbour

(1999) apontam que vários autores preferem trabalhar com grupos de 5 ou 6 participantes, ou até com apenas 3. Bloor et al. (2001) mencionam que, embora o tamanho ideal para FG seja entre 6 a 8 participantes, também foram observados grupos que variam entre 3 a 14 participantes. Os mesmos autores referem ainda que, tal como em qualquer método de pesquisa, as decisões serão tomadas tendo em conta as limitações práticas inevitáveis (Bloor et al., 2001).

Devido à limitação de tempo e de recrutamento, foi realizado uma segunda reunião de FG para assegurar dados diversificados e relevantes, suficientes para uma análise robusta. Cada reunião de FG teve a duração aproximada de 90 minutos, sendo realizada por videoconferência através da plataforma Teams. Esta plataforma foi escolhida pela sua capacidade de gravação e a transcrição imediata das reuniões, garantindo a conformidade com os princípios de acessibilidade e segurança dos dados.

O FG, é uma técnica de investigação que tem como objetivo a recolha de dados, através da interação de um grupo de peritos na mesma área, sobre um determinado tópico apresentado pelo investigador e dinamizador da discussão (Krueger & Casey, 2015). Esta técnica, constituída por cinco etapas, para além de facilitar a aquisição de informação e entendimento sobre um determinado tópico de interesse, possibilita ainda, saber as limitações ou as dificuldades de determinado programa ou serviço, alcançar diferentes perspetivas e produzir novas suposições de investigação (Krueger & Casey, 2015).

Assim, numa primeira etapa, Planeamento, foi realizada a seleção dos participantes, com utilização de uma técnica não probabilística por conveniência, tendo como critério de inclusão enfermeiros com experiência de mais de cinco anos na prestação de cuidados diretos a pessoas com doença oncológica submetidos a RT. A definição destes critérios visam garantir a *expertise* necessária para análise aprofundada e crítica do programa.

Na segunda etapa, Preparação, o recrutamento dos participantes foi realizado por correio eletrónico, através de associações de enfermeiros oncológicos portugueses. Com os contactos que foram disponibilizados, foi enviado email tipo (apêndice IV) de convite para a participação no estudo. Após aceitarem colaboram no estudo, e reunindo o critério de ser enfermeiro perito, foi enviado novamente email para assinatura do consentimento informado (apêndice V) e preenchimento de questionário de caracterização do participante (apêndice VI). Para preservar o anonimato e garantir a confidencialidade dos participantes, foi atribuído a cada enfermeiro um "nome código" com base no Alfabeto Fonético Internacional (ex.: Alfa, Bravo, Charlie). E em seguida foi enviado o programa de intervenção

de enfermagem, para análise prévia, assim como o “nome código”, pelo qual se iriam identificar.

Numa terceira etapa, Moderação, importa referir que a discussão foi conduzida pelo investigador principal, com o apoio do professor orientador, para efeitos de apoio logístico (gravação áudio, registo e observação da dinâmica de grupo). Foi adotada uma abordagem semiestruturada guiada por um guião de entrevista (apêndice VII). No início da sessão, o investigador principal contextualizou a investigação, explicou o objetivo geral do estudo, incentivou à participação e lembrou os aspetos éticos e legais, nomeadamente a utilização do “nome código” para se identificar ou interagir.

A Análise dos Dados, correspondeu à quarta etapa, na qual, inicialmente foram corrigidas as transcrições integrais das gravações audiovisuais. Isso ocorreu porque, como as transcrições foram realizadas em tempo real pela plataforma Teams, nem sempre refletiram com precisão o que foi dito, apresentando, em diversos momentos, alterações nas palavras, na ordem e na pontuação. Após a revisão das transcrições, estas foram enviadas para cada participante, respetivamente, para validação.

Posteriormente, com os dados da transcrição foi realizada a análise de conteúdo segundo Bardin (2016), recorrendo à técnica de análise categorial. O conteúdo foi separado em categorias, de forma a refletir sobre os temas presentes no guião e sobre novos argumentos. Os resultados finais foram apresentados através de unidades de contexto, acompanhados de análise e reflexão.

Adicionalmente, para garantir a qualidade e transparência da investigação qualitativa, foram cumpridas as diretrizes do COREQ (*Consolidated criteria for Reporting Qualitative Research*), atendendo à *checklist* de critérios (Tong et al., 2007), a qual pode ser consultada no apêndice VIII.

5.2. Considerações éticas

Relativamente às considerações ético-legais, todos os participantes foram plenamente informados sobre os objetivos do estudo, as implicações da sua participação, o processo de recolha de dados, a garantia de confidencialidade e o destino dos dados recolhidos. Foi fornecido o consentimento informado, que incluía todas essas informações. A participação foi totalmente voluntária, e os participantes tiveram a liberdade de se retirar a qualquer momento do processo de recolha de dados, sem que isso implicasse qualquer prejuízo para eles.

A recolha de dados foi realizada por meio de gravação de audiovisual, com transcrição em tempo real. Caso algum participante não tivesse concordado com a gravação, o investigador teria realizado o registo manual de todas as informações relevantes, mas tal não aconteceu. Durante as sessões de FG, os participantes foram identificados apenas por um “nome código” atribuído, sendo esse o nome utilizado para as interações. O conteúdo transcrito do FG também foi identificado apenas pelo “nome código”, garantindo assim o anonimato dos participantes.

Todos os dados do estudo foram mantidos confidenciais e anónimos. Após a conclusão da pesquisa, todos os dados relacionados aos participantes, gravações e transcrições serão eliminados num prazo máximo de 5 anos. Na divulgação dos resultados, não serão incluídas informações que permitam a identificação dos participantes. A participação neste estudo não envolveu qualquer risco para os envolvidos.

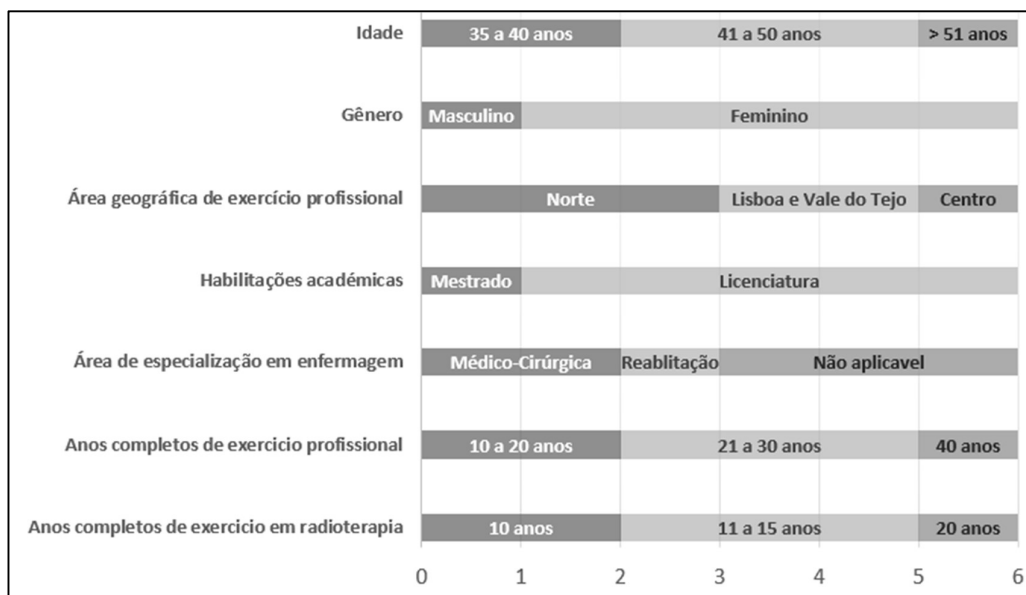
Este estudo foi previamente aprovado pela comissão de ética da ESSNorteCVP, conforme o parecer n.º 031/2024, votado e aprovado por unanimidade (anexo VII). Durante todo o estudo, foram assegurados os princípios de honestidade e justiça, garantido que a investigação fosse conduzida com imparcialidade, exatidão e rigor.

Esta investigação não contou com apoio financeiro, não há benefícios financeiros ou outros, diretos ou indiretos, reais ou potenciais, associados ao estudo, para além dos benefícios científicos. A investigadora responsável e os orientadores declaram não ter qualquer conflito de interesses.

6. Resultados

Participaram no FG um total de seis enfermeiros peritos. A figura 3 apresenta as principais características do grupo de peritos que participou na investigação.

Figura 3: Caracterização do grupo de peritos



Após a receção da validação da transcrição por parte dos participantes, procedeu-se à análise de conteúdo. Os dados foram organizados de forma a refletir os temas presentes no guião, bem como identificar novos temas. Foram compilados os extratos de texto (unidades de contexto) correspondentes a cada categoria (unidades de registo) que emergiram da análise dos dados, conforme apresentado na tabela do apêndice IX. Por fim, realizou-se uma análise sistemática dos dados recolhidos, com o objetivo de permitir uma interpretação mais profunda dos mesmos.

No geral, foi unânime entre os participantes que este programa trará um grande contributo para a prática, uma vez que segundo os participantes: *“É um programa que está muito bem ajustado àquelas que são as necessidades, quer seja da pessoa que pode vir a desenvolver uma radiodermite, quer seja como orientação para os profissionais, que em diferentes momentos, possam entrar em contato com esta população e, portanto, creio que aqui uma ótima ferramenta, a de conhecimento e de estrutura de intervenções”* (P2).

É importante referir que os participantes destacaram a necessidade de realizar este tipo de investigação, visto que segundo o que eles referem: *“Este tem sido o nosso maior*

problema no tratamento da radiodermite, de facto, encontrar aqui um consenso que seja sustentado também pelas referências” (P3).

A partir da análise sistemática dos dados, foram identificadas categorias e subcategorias, as quais geraram discussão, conforme esquematizado na tabela 9. Estas categorias e subcategorias serão apresentadas e discutidas a seguir.

Tabela 9: Categorização dos dados

Temas	Categorias	Subcategorias
Critérios de inclusão	Potencial para o autocuidado/ cuidador	
Intervenções	Ensinar sobre regime dietético	
	Referenciar para outros profissionais de saúde	
	Referenciar para cuidados de saúde primários	
Dose das intervenções	Momento da primeira consulta	
	Quantidade da intervenção	
	Frequência das intervenções	
Ferramentas de apoio	Fatores intrínsecos	
	Uniformização das ferramentas de avaliação	Avaliação pelo enfermeiro e autoavaliação pela pessoa
Abordagem terapêutica	Adequação dos produtos	
Barreiras à implementação	Disponibilidade de tempo	
	Adequação estrutural	
	Sistemas de informação em uso	
Fatores facilitadores à implementação	Prática baseada na evidência	Sistematização
Responsabilidade pela implementação	Formação	

Critérios de inclusão

De uma forma geral, os participantes concordaram com os critérios de inclusão, no entanto, um deles manifestou desacordo com os critérios de inclusão na fase da prevenção. Este participante destacou a importância do cuidado à pessoa sem potencial para o autocuidado e sem cuidador, uma vez que *“muitas vezes há situações de utentes que não dispõem nem de uma coisa nem de outra” (...)* *“Isso implica na mesma o planeamento das intervenções, da realização de cuidados” (P5).* Acrescentou ainda que *“utentes que têm défices de autocuidado (...) necessitam de uma vigilância muito mais apertada da nossa*

parte” (P5). Em consonância com essa opinião, outro participante afirmou, *“eu subentendi que estavam todos os doentes (...) nós temos que os avaliar todos”* (P4).

Intervenções

Embora a maioria dos participantes tenha concordado com as intervenções definidas para os diferentes momentos de intervenção, dois dos participantes referem a necessidade de acrescentar intervenções.

No módulo das intervenções preventivas, um participante sugeriu que fosse incluído o ensinar sobre regime dietético, afirmando: *“Para mim falta aqui, (...), fazer ensinamentos sobre alimentação, sobre hidratação, (...), estes tratamentos têm repercussões não só a nível da pele, mas mais sistémicos, diminuições de apetite graves, há também as mucosites que surgem e que condicionam imenso a alimentação e a hidratação”* (P5). Além disso, este mesmo participante propôs que fosse adicionado a intervenção de referenciar para outros profissionais de saúde, como assistentes sociais e nutricionistas, quando surgissem situações que exigissem uma intervenção mais especializada: *“eu acho que é importante também aqui nós mostramos o papel que também temos, na referência para outros profissionais de saúde dentro do hospital”* (P5).

No módulo das intervenções terapêuticas, um dos participantes sugeriu que fosse incluída a intervenção de referência para os cuidados de saúde primários, indicando: *“também acrescentaria aqui, ..., a articulação com os cuidados de saúde na Comunidade ou nos centros de saúde para dar continuidade, muitas das vezes ao tratamento, ...”* (P4).

Por fim, outro participante recomendou que, no módulo das intervenções terapêuticas, as intervenções *“Avaliar conhecimento da pessoa/cuidador sobre cicatrização da lesão por radiação”* e *“Avaliar a capacidade da pessoa/cuidador para autogestão de complicação da lesão por radiação”* fossem antecipadas para o primeiro momento de ensino, para facilitar o planeamento dos cuidados: *“Eu passaria estas 2 últimas do quadro, para a linha de cima no âmbito da educação para a saúde”* (...) *“Para sabermos o que é que ele sabe e para planear os nossos cuidados”* (P4).

Dose das Intervenções

Relativamente ao momento da primeira consulta, denominado no programa como admissão, houve consenso sobre a importância de realizá-la dia da Tomografia Axial Computorizada (TAC) de planeamento, conforme estava inicialmente previsto. Vários participantes reforçam que *“tentamos sempre realizar no momento da TAC”* (...) *“o ideal seria no dia da TAC ou então prévio tratamento”* (P1), *“no momento da TAC de planeamento”* (P2), *“o ideal seria no dia da TAC ou então prévio tratamento...”* (P3). No entanto, alguns dos

participantes apontaram que, devido ao volume de pessoas em tratamento, nem sempre é possível realizar a abordagem no mesmo dia da TAC: *“Nós, por exemplo, não conseguimos fazer esta abordagem no dia da realização da TAC”* (P5). Mesmo assim, sugeriram que a consulta deveria ocorrer *“... no dia da consulta e da TAC, até em consonância com a consulta médica”* (P5), até porque *“(...) muitas das vezes os doentes vêm extremamente ansiosos e a percepção não é a mesma”* (P6).

Quanto à quantidade de tempo destinado à intervenção, houve consenso em relação ao tempo de consulta, sendo geralmente considerado adequado o tempo de 30 minutos. *“Temos definido como tempo de consulta, 30 minutos e que, na generalidade dos casos, é um tempo que é aceitável”* (P1). Embora haja participantes que referem ser necessário mais tempo dependendo da fase em que a pessoa se encontra, como no caso da consulta de acolhimento, onde *“... no mínimo 30 minutos são sempre necessários”* (P2). Além disso, um participante mencionou que, o tempo de consulta na sua unidade é de 20 minutos, o que considera insuficiente para garantir a qualidade das intervenções: *“O tempo que está preconizado, são de facto uns 20 minutos para cada uma das consultas, ...”* (P3).

Em relação à frequência das intervenções, um participante sugeriu alterações no módulo das intervenções terapêuticas, afirmando que a frequência poderia ser ajustada conforme a necessidade, sem depender de um modelo fixo. *“Eu retirava o diário e o em SOS porque pode ser 2 vezes por semana, 3 vezes por semana, sem serem SOS, ..., aqui a frequência é de acordo com a necessidade”* (P5).

Ferramentas de Apoio e Avaliação

Dentro deste tema, um participante evidenciou que na tabela sobre *“Fatores Intrínsecos e Extrínsecos que Influenciam o Desenvolvimento e a Gravidade da Radiodermite”*, nos Fatores Intrínsecos, não havia referência a cirurgias, cicatrização anterior. Este participante enfatizou que os fatores de risco variam significativamente dependendo do histórico de cicatrização, defendendo que *“é completamente diferente o cuidado a uma pele, digamos, virgem que não teve ainda traumatismo nenhum, a de uma de uma cicatriz extensa ou de uma cicatriz que teve a dificuldade na cicatrização”* (P5).

Na categoria de uniformização das ferramentas de avaliação, dois participantes sublinharam a importância de adotar escalas padronizadas dentro de cada unidade, para garantir uma linguagem comum entre profissionais: *“... acima de tudo, que cada serviço, tenha a escala que todos falem exatamente a mesma língua, isso é o número um”* (P2).

Além disso, foi identificada uma subcategoria referente à avaliação pelo enfermeiro e autoavaliação pela pessoa. Um participante sugeriu a inclusão da escala que combina essas

duas abordagens, mencionando que “... agora surgem novas escalas para, que além da avaliação do profissional, inclui a avaliação do próprio doente, nomeadamente a RISRAS” (P3).

Abordagem farmacológica

Quando questionados relativamente às “Recomendações das diferentes *guidelines* para a prevenção e tratamento da radiodermite”, este tema foi o que gerou maior discussão entre os participantes, com várias opiniões sobre a adequação dos produtos recomendados. Um dos participantes destacou que “há aqui algumas discrepâncias em relação àquilo que é a nossa prática” (P5), enquanto outro referiu que “a parte aqui do tratamento, ..., não está tão se calhar adequada à nossa realidade. Faltam aqui outros recursos de outros materiais que nós utilizamos” (P4). Além disso, mencionaram-se as limitações específicas do contexto, como “... precauções dosimétricas e também pela questão de não ser adequada em termos de tratamento de feridas” (P3).

Dois produtos geraram especial discussão: o corticoide tópico, recomendado para a prevenção e tratamento, e a sulfadiazina de prata, recomendada para tratamento. Dois participantes expressaram preocupação quanto à sua utilização. Um deles afirmou: “a questão da sulfadiazina de prata, a questão do corticoide tópico, ..., na minha prática nós não utilizamos, só utilizamos mesmo em última instância” (P3). Outro mencionou: “a sulfadiazina de prata, ..., está a ser misturada num sítio de prevenção” (P2).

A maioria dos participantes concordava que outros produtos poderiam ser mais adequados para a prevenção e tratamento da radiodermite. Um participante comentou: “lá no serviço utilizamos outro tipo de cremes que não estão aqui mencionados” (P1). Outro complementou: “Faltam aqui outros recursos de outros materiais que nós utilizamos, mas que lá está, não há evidência para poder estar incluído neste resumo” (P4). Apesar de compreenderem as razões da ausência desses produtos na tabela, referindo “há a nossa evidência da prática, mas que não a registámos nem publicamos em lado nenhum” (P4).

Um dos participantes destacou-se pela exemplificação de produtos frequentemente utilizados na prática clínica, mencionando: “penso que falta aqui o Flamigel®, o Flaminal®, que hoje em dia também é muito utilizado em graus 2,3, ... hidrogel... é que em termos de materiais, há muita coisa que não consta daqui, e que faz parte da nossa prática” (...) “com bons resultados e sobretudo, no controlo dos graus 3, seja as octenidinas, ou a polihexanida biguanida” (P5).

Esse mesmo participante também reiterou uma recomendação de uma *guideline* sobre o uso do Mepitel® na prevenção da radiodermite, salientando que, embora a recomendação

seja limitada ao cancro da mama, na prática, a sua aplicação poderia ser mais abrangente: *“já vi lá atrás que a recomendação do Mepitel® filme exclusiva área da mama, não é essa a realidade atual!”* (P5).

Os participantes sugeriram rever e reformular a tabela mencionada, com base em afirmações como: *“carece de alguma revisão...”* (P3). Além disso, foi proposto reorganizar as informações, *“seria talvez melhor, tentar dentro da tabela de recomendação para a prática, criar uma área onde são só utilizados os elementos de prevenção e outra do tratamento”* (P2).

Barreiras à implementação do programa

Quanto às barreiras à implementação do programa, destacou-se a disponibilidade de tempo como um desafio recorrente. Um dos participantes comentou: *“fazemos muito mais do que está ali. E depois não temos tempo, mas isso era outra discussão”* (P4). Outro acrescentou que o tempo disponível nem sempre é suficiente para atender todas as pessoas: *“Pode não ser suficiente os 20 minutos para todos os doentes, sim muitas das vezes não, mas é o tempo que está estabelecido na Instituição”* (P3). Além disso, foi apontada a adequação estrutural como uma limitação, com um participante a destacar: *“no nosso serviço, pecamos por não ter espaço nem tempo para fazer uma reavaliação”* (P1).

Outra barreira identificada foi o sistema de informação utilizado, que não contempla de forma adequada a linguagem CIPE®. Um participante comentou: *“É diferente do que nós temos”* (P2), enquanto outro descreveu o sistema como rudimentar: *“o nosso sistema de registo é rudimentar”* (P1).

Mesmo em instituições que utilizam a linguagem CIPE®, foram reportadas limitações como a ausência de fenómenos específicos no sistema de informação: *“na minha instituição ainda não tenho a lesão por radiação, porque a CIPE que o meu programa utiliza ainda não tem”* (P4). Outro ponto levantado foi o atraso no uso de intervenções atualizadas: *“no último catálogo de 2019 já temos o ensinar sobre radioterapia. Na minha instituição ainda não podemos utilizar essas intervenções porque elas não estão carregadas”* (P4).

Além disso, foi evidenciado a falta de ferramentas no sistema para documentar e classificar a radiodermite: *“não há nenhuma escala associada ao SClínico que nos permita fazer a classificação”* (P4). Essa dificuldade resulta em registos não estruturados: *“... nós escrevemos em observações e não conseguimos depois a recolher dados”* (P4). Outros participantes reforçaram essa limitação: *“Ainda não temos ferida específica para a radiodermite, ainda continua o mesmo, as intervenções e os diagnósticos em ferida”* (P5), com consenso entre os presentes: *“aqui é igual”* (P6).

Os participantes apontaram ainda dificuldades significativas no registo de intervenções, destacando que os sistemas de informação disponíveis não são adequados às necessidades da prática de enfermagem em RT. Um participante sublinhou: *“o registo das intervenções, se calhar, acaba por ser a área em que temos maior dificuldade, porque efetivamente os programas de que dispomos, não são nada nurse friendly, sobretudo nos de radioterapia, não é?”* (P5).

Houve também a perceção de que o trabalho realizado pelos enfermeiros não é devidamente documentado, o que pode gerar frustração: *“... fico sempre um bocadinho com aquela sensação que fiz muito mais do que aquilo que fica registado, e sobretudo quando se tem 40 doentes num dia não é fácil”* (P5). Outro participante corroborou essa visão, apontando que os sistemas de registo, como o SClínico, não permitem uma documentação clara e completa das intervenções: *“..., muita informação acaba por os nossos registos não traduzem, principalmente no SClínico de forma clara”* (P4).

Fatores facilitadores à implementação

Da análise das opiniões dos participantes, surgiram fatores que podem facilitar a implementação do programa, sendo um deles a sustentação científica, com a PBE assumindo um papel fundamental. Como destacado pelos participantes: *“Acho que é para os Profissionais ter um certo guia de orientação para a prática do seu, do seu trabalho e com sustentação científica”* (P1); *“acho que pode ser uma ótima ferramenta para quem, ou estiver no início ou para quem precisar de justificação para dar alguns passos que sabemos que estes tipos de conteúdo às vezes ajudam colegas, que têm mais dificuldade em implementar as coisas nos seus serviços, a terem a sustentação de que necessitam”* (P2).

Dentro da PBE, destaca-se uma subcategoria relacionada com a sistematização da informação, uma vez que uma organização clara e orientada para as necessidades da pessoa pode facilitar a implementação em diferentes contextos. Como expressado pelos participantes: *“acho que está bem estruturado, e que poderá ser sem dúvida nenhuma, uma melhoria para a prática de alguns colegas ou serviços que não tenham um programa implementado”* (P3); *“Qualquer serviço de radioterapia beneficiava de uma intervenção destas, sistematizada e orientada para as necessidades do doente”* (P5).

Responsável pela implementação

Por último, surgiu uma categoria relacionada com a formação, que destaca a importância de associar a implementação do programa à formação contínua dos enfermeiros. Apesar das vantagens já mencionadas do programa, a responsabilidade pela sua implementação e utilização não deve ser dissociada da formação ou competência na área da RT,

nomeadamente no que diz respeito às radiodermites, como refere o seguinte participante, *“Sim, certamente será útil, embora nunca isoladamente de uma intervenção a nível de formação, porque o que está aqui é muito geral ...”* (P5).

7. Discussão

Grady e Gough (2014) afirmam que a pesquisa em enfermagem sobre intervenções de autogestão é fundamental para fornecer as evidências necessárias para melhorar os resultados de saúde. Nesse contexto, os enfermeiros, como profissionais de saúde de confiança, desempenham um papel crucial na promoção da autogestão, especialmente nos três principais domínios da saúde: a prevenção, por meio da implementação de programas para prevenir doenças e promover o bem-estar (Grady & Gough, 2014).

Segundo Finkelstein et al. (2022) a implementação de novas diretrizes clínicas requer esforços para sensibilizar os profissionais de saúde e garantir a sua aceitação, a fim de substituir práticas clínicas que não são baseadas em evidências científicas. No entanto, existem desafios na adoção dessas diretrizes, como falta de confiança nas evidências, resistência de colegas e líderes, dificuldades em alterar práticas estabelecidas, limitações de tempo e questões financeiras (Finkelstein et al., 2022).

Portanto, um programa de intervenção de enfermagem, estruturado e fundamentado em evidências, é crucial para superar essas barreiras, facilitando a integração eficaz das diretrizes na prática clínica. Isso não só melhora a qualidade dos cuidados, como também assegura que as melhores práticas sejam aplicadas na prevenção e no tratamento de condições como a radiodermite.

Neste estudo de investigação, os peritos que analisaram o programa de intervenção, partilham dessa mesma perspectiva, enfatizando ainda que o programa atende às necessidades das pessoas submetidas a RT. Os peritos também destacaram a importância do programa de intervenção na orientação da prática clínica *“(...) para profissionais, que em diferentes momentos, possam entrar em contato com esta população e, portanto, creio que aqui uma ótima ferramenta, a de conhecimento e de estrutura de intervenções”* (P2).

Segundo Behroozian et al. (2023), as diretrizes clínicas para os cuidados à radiodermite devem considerar não apenas as evidências mais recentes, mas também a experiência prática dos profissionais de saúde, garantindo que sejam mais aplicáveis e eficazes no contexto real de atendimento. Esta abordagem reforça a relevância deste estudo, uma vez que o programa de intervenção final incorporará as opiniões e a experiência prática dos peritos, alinhando-se com as necessidades reais e os desafios enfrentados pelos enfermeiros na prestação de cuidados às pessoas com radiodermite.

Na revisão da literatura sobre a radiodermite, diversos estudos mencionam repetidamente a percentagem de pessoas submetidas a RT que desenvolverão esta condição, estimando-se que essa percentagem ronde os 85 a 95% (Burke et al., 2022; Behroozian et al., 2023; Gosselin et al., 2020; Singh et al., 2016). Os critérios de inclusão definidos para o programa de intervenção, no módulo das intervenções preventivas abrangiam pessoas com potencial para o autocuidado, ou aquelas sem potencial, mas com cuidador capacitado para a realização dos cuidados. Esses critérios excluía as pessoas sem potencial para o autocuidado e sem cuidador na fase da prevenção. Da mesma forma, na fase de tratamento, havia intervenções que não se aplicavam a essas pessoas, embora estivessem incluídas nessa fase.

Considerando a elevada percentagem de desenvolvimento de radiodermite e a opinião dos peritos, tornou-se pertinente reformular os critérios de inclusão e abranger todas as pessoas submetidas a RT, ajustando os critérios conforme os diferentes módulos. O potencial para o autocuidado deve ser sempre considerado, independentemente do grau de autonomia da pessoa e das possíveis limitações físicas ou intelectuais que esta possa apresentar. Deve ser privilegiado o envolvimento do cuidador, quando presente, demonstrando o plano de cuidados e incentivando a promoção do autocuidado e autogestão da pessoa. Estas orientações refletem o crescente reconhecimento de que a gestão de doenças crónicas é crucial para a saúde pública, destacando a importância de promover a autogestão para promover a saúde e a prevenção ao longo da vida (Grady & Gough, 2014).

Na opinião dos peritos, intervenções como: ensinar sobre o regime dietético, referenciar para outros profissionais de saúde e referenciar para cuidados de saúde primários, deveriam constar do programa de intervenção. Da experiência da prática clínica, assume-se que estas intervenções deveriam já constar do programa.

Ensinar sobre o regime dietético, embora não estivesse inserido como intervenção de enfermagem, consta na tabela de “Cuidados gerais da pele e objetivos da prevenção”, como um cuidado necessário para manter a pele saudável, e que é referido por Bennett et al. (2020). Segundo Spalek (2016), cerca de 50% das pessoas com doença oncológica, têm o processo de cicatrização da pele comprometido pelo mau estado nutricional. Assim como, dependendo da área corporal irradiada, os efeitos secundários da RT podem incluir náuseas, diarreia e mucosite, os quais impactam na alimentação, hidratação e estado nutricional da pessoa em tratamento. As pessoas com doença oncológica devem receber aconselhamento nutricional baseado em evidências, com o objetivo de assegurar uma ingestão adequada de nutrientes e permitir que mantenham uma alimentação normal, e até possam desfrutar das

refeições e participar na vida social (European Oncology Nursing Society, 2021). Ensinar sobre regime dietético é uma área de intervenção de enfermagem, que se assume de grande importância no programa de prevenção e tratamento da radiodermite, pelo que será considerada no programa.

A referenciação para outros profissionais de saúde, como nutricionistas, psicólogos e consulta de cessação tabágica, entre outros, é outra área importante de intervenção de enfermagem. Existem fatores intrínsecos que influenciam o desenvolvimento e a gravidade da radiodermite, destacando-se a nutrição e o tabagismo como fatores relevantes.

Relativamente à nutrição, existem condições inerentes à doença oncológica que exigem um aporte nutricional ajustado e, muitas vezes, suplementado. A deteção e o tratamento da desnutrição são desafios multidisciplinares (European Oncology Nursing Society, 2021), sendo fundamental referenciar a pessoa para a especialidade de nutrição, proporcionando um acompanhamento mais personalizado. Da mesma forma, no caso do tabagismo, é essencial aconselhar a pessoa sobre os riscos e apoiá-la na mudança de comportamentos, com a possibilidade de encaminhamento para um acompanhamento especializado em cessação tabágica, e se for do interesse da pessoa.

A necessidade de referenciar para outros profissionais de saúde é uma intervenção de enfermagem relevante a ser incluída no programa, tanto nas situações descritas anteriormente quanto em casos de insuficiência económica e necessidade de apoio psicológico diferenciado, encaminhando para o assistente social ou psicólogo, respetivamente. Os enfermeiros, especialmente na área de oncologia, acompanham a pessoa desde o diagnóstico até a alta, frequentemente passando mais tempo com ela do que a maioria dos outros profissionais de saúde (European Oncology Nursing Society, 2021). Este acompanhamento contínuo coloca-os numa posição privilegiada para identificar necessidades adicionais e facilitar o acesso a cuidados especializados, promovendo uma abordagem holística e personalizada no tratamento.

Os peritos abordaram a inclusão da intervenção “referenciar para cuidados de saúde primários”, no contexto da transferência dos cuidados da pessoa em unidade de RT para os cuidados na comunidade. Esta intervenção será incluída no programa, pois atende à necessidade de uma comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, o que é fundamental para melhorar a segurança da pessoa e contribui para a redução de eventos adversos (Direção-Geral da Saúde, 2017).

O momento da consulta de admissão à RT é essencial para superar as barreiras associadas à transmissão de informações à pessoa e ao cuidador. De acordo com Berger et al. (2018),

essas barreiras incluem a crescente complexidade das informações médicas, variações nas competências de comunicação dos profissionais de saúde e o tempo limitado para consulta, frequentemente interrompido. Além disso, fatores emocionais como a fadiga, angústia e ansiedade, comuns entre as pessoas com doença oncológica, dificultam a assimilação de informações durante essa fase inicial do tratamento (Berger et al., 2018). Para Berger et al. (2018), é fundamental que as pessoas recebam informações claras sobre a sua doença e o tratamento proposto, permitindo o consentimento informado, a participação na tomada de decisões, a adesão ao plano de tratamento e a adequada gestão dos efeitos secundários. Uma comunicação eficaz aumenta adesão às recomendações e é essencial para alcançar bons resultados no tratamento (Bergemar et al., 2014). Assim, destaca-se a importância de que esta primeira consulta ocorra antes do início do tratamento de RT, de forma a proporcionar informações detalhadas de forma mais tranquila. Doentes bem informados sentem-se mais satisfeitos, têm maior controlo sobre a sua situação e relatam melhor qualidade de vida (Berger et al., 2018). Pelo que o momento para a consulta no programa de intervenção, mantém-se conforme definido.

Segundo a experiência dos peritos, 30 minutos é considerado o tempo adequado para intervenções de educação para saúde no módulo das intervenções preventivas. No entanto, o tempo disponível para essas intervenções é muitas vezes determinado pela organização institucional, como evidenciado no FG. De acordo com estudos científicos, a capacidade de concentração das pessoas tem limites, com uma média de 20 a 25 minutos de foco antes de precisar de uma pausa (Weir, 2019). Após esse período, a eficácia na retenção de informações fica comprometida, tornando essencial considerar esses limites para evitar a sobrecarga de informações e o desinteresse da pessoa alvo da educação para a saúde. Pelo que a quantidade de tempo se mantém os 30 minutos.

Em relação à frequência das intervenções no módulo das intervenções terapêuticas, os peritos sugeriram que fossem realizadas “sempre que necessário”, uma vez que depende da avaliação da pessoa, do tipo de tratamento e da avaliação final feita pelo enfermeiro. Pois a reação de cada pessoa ao tratamento é única. Sabe-se que algumas pessoas podem experimentar poucos ou nenhuns efeitos secundários, enquanto outras podem ser afetadas por uma variedade mais ampla de reações adversas (American Cancer Society, 2020; National Cancer Institute, 2021). Por isso, foi necessário ajustar a frequência das intervenções no módulo das intervenções terapêuticas, para “sempre que necessário”, personalizando os cuidados às condições individuais e necessidades da pessoa.

Durante a avaliação da tabela dos “Fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam o desenvolvimento e a gravidade da radiodermite”, os peritos observaram que os fatores intrínsecos não incluíam antecedentes cirúrgicos ou estado de cicatrização da pele da área a irradiar, condições essas que constituem, segundo eles, um fator de risco significativo para o desenvolvimento e gravidade da radiodermite. Embora os artigos analisados sobre RT e radiodermite não abordem diretamente os antecedentes cirúrgicos ou feridas cirúrgicas como fator intrínseco, Bennardo et al. (2021) destacam que a radiação ionizante provoca alterações morfológicas e funcionais nos tecidos, afetando especialmente a pele. Pois segundo os autores, a pele, composta por células de proliferação rápida, como os queratinócitos basais é particularmente suscetível a danos pela radiação. A exposição à radiação destrói parte dos queratinócitos basais é destruída logo na primeira dose, comprometendo a regeneração celular, o que desencadeia reações inflamatórias e danos ao tecido epitelial, aumentando a sensibilidade e predisposição a alterações cutâneas, que variam de acordo com a dose acumulada de radiação e o tempo de exposição (Bennardo et al., 2021). Idealmente, a cicatrização de feridas deve resultar em regeneração completa, com o novo tecido semelhante à pele original, contudo, se o processo de cicatrização for interrompido, pode resultar em feridas crônicas, como úlceras, ou em cicatrizes patológicas e fibrose extensa (Gieringer et al., 2011). Portanto, em pessoas submetidas à RT na área da ferida, há maior risco de inflamação, infecção e dificuldades de cicatrização, devendo-se considerar essas orientações no programa, segundo a opinião de peritos.

Para avaliar a radiodermite, segundo Bennett et al. (2020), Gosselin et al. (2020) e Agbejule et al. (2021), um dos princípios fundamentais é a utilização de uma ferramenta padronizada em todos as pessoas em tratamento na unidade de RT. Bennett et al. (2020) destacam que, com uma ferramenta validada e critérios de pontuação consensuais, as unidades de RT devem realizar a monitorização contínua das reações cutâneas, assim como o seu correto registo.

Esta categoria teve a mesma opinião consensual por parte dos peritos. Dentro desta, um dos peritos sugeriu a inclusão da escala “*Radiation-Induced Skin Reaction Assessment Scale*” (RISRAS), a qual também é recomendada pela *guideline* da ISNCC (Agbejule et al., 2021). Esta escala combina a análise objetiva do enfermeiro com o relato subjetivo da pessoa, permitindo uma visão abrangente das reações cutâneas (Nobel-Adams, 1999). A RISRAS é composta por duas partes: a avaliação clínica pelo profissional de saúde dos sinais clínicos da pele irradia, como eritema, descamação, edema e ulceração, sendo atribuída uma pontuação que varia conforme a gravidade, permitindo a medição objetiva das alterações cutâneas; e a

avaliação dos sintomas pela pessoa, que reflete o impacto subjetivo das reações cutâneas, pontuando os sintomas como dor, prurido, sensação de queimadura e desconforto geral, refletindo o impacto na sua qualidade de vida (Nobel-Adams, 1999). Esta abordagem facilita a personalização dos cuidados, adaptando-os à gravidade dos sintomas e o desconforto da pessoa, ao mesmo tempo que garante o registo e a monitorização das reações cutâneas ao longo do tratamento. A inclusão da escala no programa será feita, valorizando a possibilidade de envolver a pessoa na avaliação da radiodermite, considerando a sua opinião. Desta forma, a RISRAS permitirá uma visão mais completa e personalizada das reações cutâneas, sendo também um recurso relevante para partilhar com outros profissionais de saúde. Relativamente a todas as escalas, embora no programa inicial estivessem apresentadas em versão traduzida, no programa final serão expostas nas versões originais em inglês. Isto ocorre porque nenhuma destas escalas foi traduzida e validada para português, lacuna identificada após a execução do programa. A confusão surgiu devido a alguns artigos analisados, que apresentavam versões traduzidas das escalas, o que levou a um erro de interpretação, posteriormente detetado a partir da opinião de um perito no FG.

Atualmente, apesar das diretrizes de melhores práticas, nas unidades de RT, a prevenção e tratamento de radiodermite é variável, sendo utilizados diversos métodos tópicos sem base científica, o que dificulta a homogeneidade das recomendações da prática clínica em todo o mundo (Bennett et al., 2020; Agbejule et al., 2021; Behroozian et al., 2023). Segundo esses autores, estas conclusões evidenciam a necessidade da padronização dos cuidados para prevenção e tratamento das reações cutâneas, indo ao encontro com a necessidade de um programa de intervenção neste âmbito. Estas constatações, foram observadas nas reuniões do FG, em que a adequação dos produtos, foi sem dúvida a categoria que mais discussão gerou. A tabela de “Recomendações das Diferentes *Guidelines* para a Prevenção e Tratamento da Radiodermite”, foi desenvolvida segundo as recomendações das *guidelines* mais recentes, relacionando com grau de radiodermite. Assume-se que a relação com o grau de radiodermite, não deveria ter sido feito, por ser uma relação subjetiva e pela falta de experiência clínica, inferiu-se erradamente. Os peritos também sugeriram uma revisão da tabela, pois consideraram que a informação estava "confusa".

Contudo, os produtos que constavam na tabela, para prevenção e tratamento, respondiam as recomendações das *guidelines*. Ainda assim, segundo a maior parte dos peritos, alguns produtos recomendados não são os usados, ou usados em último recurso, como exemplo do corticoide tópico e a sulfadiazina de prata. Em relação ao Mepitel®, os peritos referiram que embora seja recomendado apenas para a prevenção em casos de cancro da mama, ele é usado e eficaz noutras patologia. Além disso, mencionaram o uso de

outros produtos na prática clínica, que têm demonstrado bons resultados na prevenção e tratamento das radiodermites.

Estas opiniões vão ao encontro do relatado pelos autores das diferentes *guidelines* usadas na construção do programa. Eles referem que apesar da revisão dos estudos publicados, ainda poucas recomendações podem ser feitas em relação à intervenção/produto ideal na prevenção e tratamento de radiodermites. Mesmo entre *guidelines* existem diferenças, que se prendem com a metodologia usada e diferentes momentos temporais (Gosselin et al., 2020; Behroozian et al., 2023).

Segundo Behroozian et al. (2023), autores da *guideline* mais recente, referem que é fundamental que as diretrizes considerem tanto as evidências atuais quanto a experiência da prática clínica, pois a pesquisa com base no mundo real ajudará a superar desafios, especialmente em contextos com recursos limitados, onde as intervenções discutidas podem não ser viáveis. A *guideline* da ISNCC menciona a necessidade de uma abordagem personalizada, referindo que os profissionais de saúde na área da oncologia devem envolver a pessoa nas opções de tratamento para determinar qual o produto que oferece maior alívio sintomático e o mais preferido (Agbejule et al., 2021). Sugere ainda, que as intervenções tópicas devem ser continuamente avaliadas, e futuros estudos devem incluir relatos das pessoas e medidas de resultados para orientar melhor os profissionais.

Como não é o objetivo deste estudo explorar os produtos utilizados pelos peritos que não são sustentados pelas evidências científicas das *guidelines* adotadas, a tabela 7 foi reformulada, sendo substituída para uma tabela síntese das recomendações de cada uma das quatro *guidelines* usadas na construção do programa. A tabela reformulada tem como objetivo ser uma ferramenta de consulta rápida, contendo o essencial das *guidelines* e apoiando a tomada de decisão dos enfermeiros na prevenção e tratamento, com base nas evidências científicas.

Na realidade atual em Portugal, a implementação do programa de intervenção poderá estar limitada por vários fatores. Um dos principais é a falta de tempo, uma vez que, segundo os peritos, uma unidade não realiza consultas de reavaliação, limitando-se a uma consulta inicial. Em outra unidade, o tempo disponível para consulta é, no máximo, de 20 minutos, o que os peritos consideram insuficiente para uma abordagem eficaz. Outra barreira identificada são recursos estruturais, pois, em uma unidade, não existe um gabinete de consulta exclusivo para enfermagem, limitando a privacidade e o tempo para o acompanhamento necessário. Além disso, os sistemas de informação representam uma limitação significativa para a coordenação e o registo adequado dos dados, uma vez que nem todas as unidades dispõem do sistema SClínico. Mesmo as que o utilizam, o sistema não

possui o foco específico “lesão por radiação”, obrigando os profissionais a registarem a radiodermite sob os focos de “ferida” ou “queimadura”, complementando em notas adicionais, a classificação da lesão por radiação. Em algumas unidades, os registos são realizados em notas gerais, enquanto outras utilizam sistemas mais próximos da linguagem CIPE®, permitindo um registo mais adequada, da lesão por radiação, embora diferente da linguagem padronizada de enfermagem. Essas limitações comprometem a visibilidade do trabalho realizado pelos enfermeiros e podem dificultar a avaliação e a continuidade dos cuidados.

A PBE destaca-se como um facilitador crucial para a implementação do programa. Esta assegura que as intervenções sejam fundamentadas em dados científicos comprovados, promovendo eficácia e reduzindo a variabilidade na prática (Larrabee, 2011). Um programa de intervenção baseado em evidências permite aos enfermeiros melhorar a eficácia dos cuidados e garantir que a prevenção e tratamento da radiodermite sejam ajustados às necessidades individuais das pessoas. Para além disso, a PBE é uma abordagem que promove cuidados seguros e de alta qualidade, melhorando os resultados dos cuidados, reduzindo custos, além de fortalecer a capacitação dos profissionais de saúde, aumentando o envolvimento, a cooperação em equipa e a satisfação no trabalho (Melnyk et al., 2017). Adicionalmente, dentro desta categoria, a organização das informações num programa sistematizado oferece uma abordagem estruturada e consistente, essencial para implementar intervenções, especialmente em serviços que ainda não dispõem de protocolos definidos. De acordo com Costa & Silva (2018), a sistematização da prática de enfermagem visa compreender as condições de saúde, responder às necessidades de cuidados e garantir intervenções seguras e de qualidade, com o objetivo de promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde das pessoas, famílias e comunidades. Um programa bem estruturado, com etapas claras, favorece a adesão dos profissionais, integra práticas eficazes e assegura uma abordagem eficiente, centrada na pessoa, em diversos contextos de cuidado.

A implementação deste programa é da responsabilidade dos enfermeiros da RT, cujo o conhecimento específico sobre as especificidades da RT e efeitos da radiação ionizante, aliado à experiência da prática clínica, são essenciais para o sucesso do programa. De acordo com os peritos, existe uma lacuna no conhecimento sobre radiodermite entre os enfermeiros que não trabalham diretamente na área da RT. Bennett et al. (2020) ressaltam que é essencial que todos os profissionais que avaliam a toxicidade cutânea recebam formação obrigatória e local para assegurar relatórios precisos e consistência nos protocolos de gestão das reações cutâneas. Embora o programa forneça uma base sólida para as intervenções, a sua eficácia

depende da formação especializada e contínua dos enfermeiros, para que possam compreender e aplicar as orientações fornecidas, assegurando que as necessidades específicas das pessoas com radiodermite sejam atendidas de forma adequada.

Como resultado desta discussão, o programa de intervenção de enfermagem foi ajustado para incorporar estes contributos, resultando na versão final apresentada no apêndice X.

8. Conclusão

Com o desenvolvimento deste estudo constatou-se que o programa de intervenção de enfermagem para prevenção e tratamento da radiodermite constitui um avanço significativo para a melhoria dos cuidados prestados. Os peritos destacam ser um programa bem estruturado e fundamentado em evidências científicas, com intervenções eficazes, personalizadas e adequadas às necessidades individuais das pessoas submetidas a RT. Nesse contexto, a PBE e a sistematização do programa são fatores-chave para superar a variabilidade nas práticas clínicas e garantir resultados consistentes e de qualidade.

Foi também possível aprimorar o programa a partir das contribuições dos enfermeiros peritos, adaptando os critérios de inclusão para abranger todas as pessoas submetidas a RT, independentemente do seu potencial para o autocuidado ou da presença de um cuidador. Essa abordagem reforça a natureza holística e personalizada no tratamento da radiodermite. Além disso, a integração de intervenções como a educação nutricional, o encaminhamento para outros profissionais de saúde e o reforço da comunicação na transição de cuidados são elementos essenciais para garantir um tratamento completo e eficaz. A dosagem das intervenções, as ferramentas de apoio e a abordagem terapêutica também foram ajustadas com base nas opiniões dos peritos, sempre fundamentadas na literatura científica.

Contudo, a implementação do programa enfrenta desafios, conforme as opiniões dos peritos, como a limitação de tempo para consultas, a falta de recursos estruturais adequados e as dificuldades nos sistemas de registo de dados. A responsabilidade pela implementação do programa deve recair sobre os enfermeiros da RT, sendo necessário um esforço contínuo de formação e capacitação dos profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros responsáveis pela avaliação da toxicidade cutânea, como recomendado pelas diretrizes internacionais.

Este estudo teve como limitação o fato de a análise do programa ter sido realizada com um número reduzido de enfermeiros peritos, o que pode não refletir a diversidade de opiniões, experiências e práticas de enfermagem das diferentes unidades de RT. Além disso, a avaliação do programa baseou-se nas opiniões e experiências dos peritos, o que pode ser influenciado pelas perspectivas individuais e práticas de cada profissional. Como o estudo se concentrou apenas no desenvolvimento e avaliação do programa, sem envolver a sua implementação prática, não foi possível avaliar a eficácia do programa em um ambiente clínico real. Esta limitação restringe a análise sobre como o programa impactaria

efetivamente a prevenção e o tratamento da radiodermite nas unidades de RT, bem como a sua adaptação às diversas condições e contextos das práticas clínicas.

Como implicações para a prática, o programa de intervenção de enfermagem resultante deste estudo oferece uma base sólida para a implementação de protocolos estruturados e baseados em evidências na prevenção e tratamento da radiodermite, promovendo a melhoria da consistência e da qualidade dos cuidados prestados.

Futuramente, seria relevante realizar estudos que implementem o programa nas unidades de RT, monitorizando a sua eficácia e adesão ao longo do tempo, a fim de validar e ajustar a sua aplicabilidade na prática clínica. Isso permitiria avaliar a real efetividade do programa em contextos diversos, identificar áreas para melhoria e garantir sua adaptação contínua às necessidades das pessoas e dos enfermeiros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste relatório final, marca o término de um percurso exigente, mas profundamente enriquecedor, que possibilitou a aquisição de conhecimentos e competências essenciais. Este processo de aprendizagem, tanto teórico como prático, revelou-se fundamental para o desenvolvimento profissional enquanto futura EE.

Ao longo deste percurso, foi possível aplicar os conhecimentos adquiridos na componente teórica e desenvolver novas competências, que contribuíram de forma significativa para a consolidação e validação dessas aprendizagens.

Numa fase inicial, o stress associado à gestão simultânea da vida profissional, pessoal e de estágio, assim como as dificuldades na comunicação, constituíram desafios críticos. O reconhecimento desses fatores, aliado à definição de objetivos e à mobilização de recursos, permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências, bem como um enriquecimento e crescimento pessoal que conduziram ao cumprimento dos objetivos estabelecidos.

O ENP representou um desafio adicional devido à especificidade da RT, área até então desconhecida, exigindo um grande investimento em conhecimento específico. Da mesma forma, a componente de investigação representou também um grande desafio, desde a fase inicial de desenvolvimento do projeto de investigação até à sua concretização. Embora marcada pela gestão de obstáculos e por momentos de inquietação e incertezas, esta fase foi decisiva para o desenvolvimento de competências em resiliência, organização e sacrifício. Contribuiu ainda para o domínio de ferramentas essenciais à realização de investigações de qualidade, promovendo uma reflexão crítica e um desejo de aplicar a melhor evidência científica à prática clínica.

A investigação desempenha um papel fundamental na evolução da profissão de enfermagem, pois permite o desenvolvimento de novas práticas e o aprimoramento das existentes, com base em evidências científicas. Como futura EE e mestre, tenho a responsabilidade de iniciar, conduzir e promover estudos que contribuam para o desenvolvimento de práticas baseadas evidências científicas. Este processo é essencial para garantir que os cuidados de enfermagem sejam sustentados pelas melhores práticas disponíveis, assegurando, assim, a qualidade e segurança dos cuidados prestados às pessoas. Além disso, a investigação contínua permite identificar inovações, otimizar os protocolos de cuidado e melhorar a eficácia das intervenções na prática clínica.

Apesar das dificuldades enfrentadas ao longo do ENP e na elaboração deste relatório, é evidente que esta experiência e as múltiplas aprendizagens não poderiam ter ocorrido de outra forma. Os momentos de superação e crescimento pessoal e profissional fazem parte de um percurso formativo enriquecedor, que contribuirá significativamente para a busca contínua por melhores evidências científicas e para a prestação de cuidados especializados, sempre centrados na pessoa.

Estas aprendizagens estabeleceram as bases para o desempenho futuro, com o propósito de influenciar o desenvolvimento da enfermagem e de promover práticas baseadas na evidência, sempre com um enfoque na qualidade e segurança dos cuidados prestados. Assim, esta experiência reforça o compromisso de manter uma assistência focada nas necessidades e bem-estar da pessoa, sustentando uma prática informada e rigorosa que valorize a excelência no cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AEOP. (2022). Domínios de intervenção dos enfermeiros em radioterapia. *Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa*.
https://www.aeop.pt/ficheiros/AEOP_Dominios_RT_20220318.pdf
- Agbejule, A., Hargrave, C., Chia, D., James, F., Schwarz, F., Fen, G., Erikson, J., Teh, J., Benstead, K., Drapek, L., Solomon, O., Rose, P., Smith, S., Shun, S.-C., Mak, S., Gosselin, T., Lorenzo, V., & Vallabh, V. (2021). Evidence-Based Guidelines for the Prevention & Management of Radiation Dermatitis. *International Society of Nurses in Cancer Care*.
- Allen, C., Her, S., & Jaffray, D. A. (2017). Radiotherapy for cancer: Present and future. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 109, pp. 1-2.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.addr.2017.01.004>
- Alves, M. d., Almeida, D. P., Fernandes, E. G., & Leal, G. S. (2019). Educação em saúde: conhecimento de profissionais de saúde sobre IRAS e EDaPECI, 19(3), pp. 73-84.
<https://doi.org/dx.doi.org/10.29276/redapeci.2019.19.312225.73-84>
- American Cancer Society. (2019). *How radiation therapy is used to treat cancer*.
<https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types/radiation/basics.html>
- American Cancer Society. (2020). *Radiation therapy side effects*.
<https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types/radiation/effects-on-different-parts-of-body.html>
- American Cancer Society. (2023). *Getting External Beam Radiation Therapy*.
<https://www.cancer.org/cancer/managing-cancer/treatment-types/radiation/external-beam-radiation-therapy.html>
- Aranda, S. (2008). Designing nursing interventions. *Collegian*, 15, pp. 19-25.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2007.11.002>
- Arriaga, M. T., Santos, B. d., Leiras, G., Carvalho, A., Pinto, A. L., Raposo, B., Mata, F., Monterrozo, M., Leão, R., Justo, A., Freitas, G., & (DSPDPS), D. d. (2023). Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 — Plano Estratégico. Direção-Geral da Saúde. <https://doi.org/https://splsportugal.com/wp-content/uploads/2023/07/PLANO-NACIONAL-DE-LS-E-CIENCIAS-COMPORTAMENTAIS-23-30.pdf>
- Associação de Enfermagem Oncológica Portuguesa. (2023). AEOP: www.aeop.pt
- Associação de Investigação de Cuidados de Suporte em Oncologia - AICSO. (2023). *Guia de Alimentação na Pessoa com Cancro*. https://aicso.pt/wp-content/uploads/2022/11/Guia-de-Alimentac%CC%A7a%CC%83o-Doente-Cancro_Digital.pdf
- Barbour, R. (2009). *Grupos Focais*. Artmed.
- Baskar, R., Lee, K. A., Yeo, R., & Yeoh, K.-W. (2012). Cancer and radiation therapy: Current advances and future directions. *International Journal of Medical Sciences*, pp. 193-199. <https://doi.org/10.7150/ijms.3635>
- Behroozian T, B. P., & Group, M. A. (2023). Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) clinical practice guidelines for the prevention and management of acute radiation dermatitis: international Delphi consensus-based recommendations. *The Lancet Oncology*, 24(4), pp. e172-e185. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(23\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00067-0).
- Behroozian, T., Bonomo, P., Patel, P., Kanee, L., Finkelstein, S., Lam, H., Patel, P., Kanee, L., Lee, S. F., Chan, A. W., Wong, H. C., Caini, S., Mahal, S., Kennedy, S., Chow, E.,

- Bonomo, P., & Group, M. A. (2023). MASCC clinical practice guidelines for the prevention and management of acute radiation dermatitis: part 1) systematic review. *The Lancet Oncology*, 24(4), pp. E172-E185. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(23\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00067-0)
- Bennardo, L., Passante, M., Cameli, N., Cristaudo, A., Patruno, C., Nisticò, S. P., & Silvestri, M. (2021). Skin Manifestations after Ionizing Radiation Exposure: A Systematic Review. *Bioengineering*, 8(11). <https://doi.org/10.3390/bioengineering8110153>
- Bennett, C., Burke, G., Davies, R., Faithfull, S., Harris, R., Probst, H., Samuels, L., Reed, M., & Robins, S. (2020). The Society and College of Radiographers Practice Guideline Document Radiation Dermatitis Guidelines for Radiotherapy Healthcare Professionals.
- Benzaghta, M. A., Elwalda, A., Mousa, M. M., Erkan, I., & Rahman, M. (2021). SWOT analysis applications: An integrative literature review. *Journal of Global Business Insights*, 6(1), 55-73. <https://doi.org/https://www.doi.org/10.5038/2640-6489.6.1.1148>
- Bergenmar, M., Johansson, H., & Sharp, L. (2014). Patients' perception of information after completion of adjuvant. *European Journal of Oncology Nursing*, 18, pp. 305-309. <https://doi.org/doi.org/10.1016/j.ejon.2014.02.002>
- Berger, O., Grønberg, B. H., Loge, J. H., Kaasa, S., & Sand, K. (2018). Cancer patients' knowledge about their disease and treatment before, during and after treatment: a prospective, longitudinal study. *BMC cancer*, 18(1). <https://doi.org/doi.org/10.1186/s12885-018-4164-5>
- BIREME, OPAS, & OMS. (2023). *Descritores em Ciências da Saúde: DeCS*. https://decs.bvsalud.org/th/s/resource/?id=12294&filter=ths_termall&q=radiodermatitis
- Bloor, M., Frankland, J., Thomas, M., & Robson, K. (2001). *Focus Groups in Social Research*. SAGE Publications Ltd.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). *NIC - Classificação das Intervenções de Enfermagem*. Elsevier Editora Ltda.
- Burke, G., Faithfull, S., & Probst, H. (2022). Radiation induced skin reactions during and following radiotherapy: A systematic review of interventions. *Radiography*, 28, pp. 232-239. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.radi.2021.09.006>
- Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people*. Lambert Academic Publishing.
- Cancer Institute NSW. (2023). *Skin changes and skin care during radiation therapy - patient information*. eviQ - NSW Government: <https://www.eviq.org.au/patients-and-carers/patient-information-sheets/managing-side-effects/3101-skin-changes-and-skin-care-during-radiation-t>
- CANO. (2024). *Radiation Oncology Nursing Practice Standards and Competencies*. Canadian Association of Nurses in Oncology/Association canadienne des infirmières en oncologie (CANO/ACIO): [https://cdn.ymaws.com/www.cano-acio.ca/resource/resmgr/standards/ronp_s&c_web\(2\).pdf](https://cdn.ymaws.com/www.cano-acio.ca/resource/resmgr/standards/ronp_s&c_web(2).pdf)
- Costa, A. C., & Silva, J. V. (2018). Nurses' social representations of nursing care systematization. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(16), pp. 139-146. <https://doi.org/doi.org/10.12707/RIV17069>
- Cox, J. D., Stetz, J., & Pajak, T. F. (1995). Toxicity criteria of the radiation therapy oncology group (RTOG) and the european organization for research and treatment of cancer (EORTC). *International Journal of Radiation Oncology - Biology - Physics*, 31(5), pp. 1341-1346. [https://doi.org/10.1016/0360-3016\(95\)00060-C](https://doi.org/10.1016/0360-3016(95)00060-C)
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*(337). <https://doi.org/10.1136/bmj.a1655>

- D'haese, S., Roy, M. V., Bate, T., Bijdekerke, P., & Vinh-Hung, V. (2010). Management of skin reactions during radiotherapy in Flanders (Belgium):. *European Journal of Oncology Nursing*(14), pp. 367-372.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro. (1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República I-A série, n.º 205 (04-09-1996)(259-2962)*. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Despacho n.º 1250/2020 de 28 de janeiro. (2020). Criação das Divisões de Planeamento e Melhoria da Qualidade e de Certificação e Avaliação da Qualidade e extinção das Divisões de Gestão da Qualidade e de Mobilidade de Doentes no Departamento da Qualidade na Saúde. *Diário da República II série, n.º 19 (28-01-2020)(125-127)*. Direção-Geral da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1250-2020-128571977>
- Despacho n.º 13227/2023 de 27 de dezembro. (2023). Estratégia Nacional de Luta contra o Cancro, Horizonte 2030. *Diário da República II Série, n.º 248/2023 (2023-12-27) (51-80)*, 51-80. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/13227-2023-835712442>
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República II série, n.º 187 (24-09-2021)(96-103)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Dilalla, V., Chaput, G., Williams, T., & Sultanem, K. (2020). Radiotherapy side effects: integrating a survivorship clinical lens to better serve patients. *Current Oncology*, 27(2), 107-112. <https://doi.org/10.3747/co.27.6233>
- Direção-Geral da Saúde. (2009). Manual de Boas Práticas de Radioterapia. *Circular Informativa N.º 37/DQS/DQCO*. https://dfm.spf.pt/files/files/dfm/legislacao/radiacoes/CI-DGS-37-DQS-DQCO_2009.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI). *Norma n.º 029/2012*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/precaucoes-basicas-do-controlo-da-infecao-pbci.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes. *Norma n.º 020/2014*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Processo de Gestão da Medicação. *Orientação n.º 014/2015*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. *Norma n.º 001/2017*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. *Norma n.º 007/2019*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021 a 2030. *Programa Nacional Para As Doenças Oncológicas 2022*. Portugal. Serviço Nacional de Saúde: <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/estrategia-nacional-de-luta-contr-o-cancro-2021-2030-entra-em-consulta-publica-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Relacionada com o Cateter Vascular Central. *Norma n.º 022/2015 atualizada a 29 de agosto de 2022*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/feixe-de-intervencoes-para-a-prevencao-da-infecao-relacionada-com-o-cateter-vascular-central.pdf>

- content/uploads/2015/12/norma_022_2015_atualizada_29_08_2022-prev_inf_cvc.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2023). Plano Nacional de Saúde 2030. <https://pns.dgs.pt/files/2023/09/PNS-2030-publicado-em-RCM.pdf>
- Dunne-Daly, C. F. (1999). Principles of radiotherapy and radiobiology. *Seminars in Oncology Nursing*, 15(4), pp. 250-259. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-2081\(99\)80054-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-2081(99)80054-0)
- ESSNorteCVP. (2023). Guia de Orientação Estágio de Natureza Profissional com Relatório Final.
- European Oncology Nursing Society. (2021). Clinical Practice Guidance for Cancer Nurses - Nutrition in people with cancer. https://cancernurse.eu/wp-content/uploads/2021/06/NutriCaNurse-booklet_final.pdf
- Feight, D., Baney, T., Bruce, S., & McQuestion, M. (2011). Putting Evidence Into Practice: Evidence-Based Interventions for Radiation Dermatitis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(5), pp. 481-492.
- Figueira, M. C., Jacob, L. M., Spazapan, M. P., Chiquetto, L., Rolim, A. C., Duran, E. C., & Lopes, M. H. (2018). Reflexões Sobre A Utilização Da CIPE Na Prática Profissional: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 7(2), pp. 134-154. <https://doi.org/https://doi.org/10.18554/reas.v7i2.2369>
- Figueiredo, M. H., & Martins, M. M. (2010). Avaliação Familiar: do modelo de Calgary de avaliação da família aos focos da prática de enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 9(3), pp. 552-559. <https://doi.org/DOI: 10.4025/ciencucuidaude.v9i3.12559>
- Finkelstein, S., Kanee, L., Behroozian, T., Wolf, J. R., Hurk, C. v., Chow, E., & Bonomo, P. (2022). Comparison of clinical practice guidelines on radiation dermatitis: a narrative review. *Supportive Care in Cancer*, pp. 4663-4674. <https://doi.org/doi.org/10.1007/s00520-022-06829-6>
- Fortin, M.-F. (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Lusociência.
- Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e etapas no processo de investigação*. Lusociência.
- Galvão, A., Pereira, A. M., Magalhães, B., Fernandes, C., Rodrigues, C., Bastos, C., Santos, C., Carqueja, E., Pinto, E., Pereira, F., Silva, F., Castro, F., Batista, G., Antas, J., Perestelo, J., Freitas, J., Bermejo, J. C., Calheiros, J. M., Ribeiro, J. P., Lima, L., . . . Miguel, S. (2022). *Cuidar em Oncologia: reflexões para a prática clínica*. Euromédice, Edições Médicas, Lda.
- Gan, T., Cheng, H.-L., & Tse, M. Y. (2022). A systematic review of nurse-led dietary interventions for cancer patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*(9), 81-87. [https://doi.org/ https://doi.org/10.1016/j.apjon.2021.12.013](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apjon.2021.12.013)
- Gieringer, M., Gosepath, J., & Naim, R. (2011). Radiotherapy and wound healing: principles, management and prospects (review). *Oncology reports*, 26(2). <https://doi.org/doi.org/10.3892/or.2011.1319>
- Gosselin, T., Ginex, P. K., Backler, C., Bruce, S. D., Hutton, A., Marquez, C. M., McGee, L. A., Shaftic, A. M., Suarez, L. V., Moriarty, K. A., Maloney, C., Vrabel, M., & Morgan, R. L. (2020). ONS Guidelines™ for Cancer Treatment-Related Radiodermatitis. *Oncology Nursing Forum*, 47(6), pp. 654-670. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.654-670>
- Grady, P. A., & Gough, L. L. (2014). Self-management: a comprehensive approach to management of chronic conditions. *American journal of public health*, 104(8), pp. e25-e31. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2014.302041>
- International Council of Nurses. (2012). Combater a desigualdade: da evidência à acção - Closing the gap: from evidence to action. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8904/ind-kit-2012-final-portugu%C3%AAs_vfinal_correto.pdf
- International Council of Nurses. (2024). ICNP Browser. *International Council of Nurses*. Suíça. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

- Kitzinger, J., & Barbour, R. S. (1999). Introduction: The challenge and promise of focus groups. Em J. Kitzinger, & R. S. Barbour, *Developing Focus Group Research: Politics, Theory and Practice* (pp. 1-20). Sage.
- Larrabee, J. H. (2011). *Nurse to nurse: Prática Baseada em Evidências em Enfermagem*. AMGH Editora Ltda.
- Leventhal, J., & Young, M. R. (2017). Radiation Dermatitis: Recognition, Prevention, and Management. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 31(12), pp. 885-899. <https://www.cancernetwork.com/view/radiation-dermatitis-recognition-prevention-and-management>
- Magalhães, B. (2022). A Teoria das Transições como um modelo conceptual no âmbito da enfermagem oncológica. Em *Cuidar em oncologia: reflexões para a prática clínica* (pp. 7-19). Euromédice.
- Manem, V. S., & Taghizadeh-Hesary, F. (2024). Advances in personalized radiotherapy. *BMC Cancer*, 24(556). <https://doi.org/10.1186/s12885-024-12317-3>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Melnyk, B. M., Gallagher-Ford, L., Zellefrow, C., Tucker, S., Thomas, B., Sinnott, L. T., & Tan, A. (2017). The first U. S. study on nurses' evidence-based practice competencies indicates major deficits that threaten healthcare quality, safety and patient outcomes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(1), pp. 16-25. <https://doi.org/doi.org/10.1111/wvn.12269>
- Miller, J., & Scherbak, C. (2021). Radiation Therapy: Understanding the Patient Experience. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 25(6), 717-720. <https://doi.org/10.1188/21.CJON.717-720>
- Ministério da Saúde. (2024a). *SCLínico*. SNS/ SPMS: <https://www.spms.min-saude.pt/2020/07/sclinico-hospitalar/>
- Ministério da Saúde. (2024b). *Atestado multiuso doentes oncológicos*. Serviço Nacional de Saúde: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2021/04/15/atestado-multiuso-doentes-oncologicos/>
- Mitin, T., Shih, H. A., & Vora, S. R. (2023). Radiation therapy techniques in cancer treatment. *UpToDate*.
- Moore-Higgs, G. J., Watkins-Bruner, D., Balmer, L. L., Johnson-Doneski, J., Komarny, P., Mautner, B., & Velji, K. (2003). The Role of Licensed Nursing Personnel in Radiation Oncology Part B: Integrating the Ambulatory Care Nursing Conceptual Framework. *Oncology Nursing Forum*, 30(1), 59-64. <https://doi.org/10.1188/03.ONF.59-64>
- Moskalenko, M., Zaccone, J., Fiscelli, C. A., Wieworka, J., Anderson, R., Choflet, A., Martens, S., Goodman, K. A., Golden, D. W., & Nath, S. K. (2021). Assessment of Radiation Oncology Nurse Education in the United States. *International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics*, 110(3), pp. 667-671. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijrobp.2021.01.031>
- National Cancer Institute. (2018a). *External Beam Radiation Therapy for Cancer*. U.S. Department of Health and Human Services: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/radiation-therapy/external-beam>
- National Cancer Institute. (2018b). *Radiation therapy side effects*. U.S. Department of Health and Human Services: <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/types/radiation-therapy/side-effects>
- National Cancer Institute. (2021). *Radiation therapy and you: Support for people with cancer*. U.S. Department of Health and Human Services: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/radiation-therapy-and-you>
- National Cancer Institute. (2024). *Nutrition in Cancer Care (PDQ®)—Health Professional Version*. U.S. Department of Health and Human Services:

- https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/appetite-loss/nutrition-hp-pdq#_51_toc
- National Institutes of Health, National Cancer Institute. (2017). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 5.0*. https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf
- Nobel-Adams, R. (1999). Radiation-induced skin reactions. 2: Development of a measurement tool. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 8(18), pp. 1208-1211. <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.18.6490>
- Ordem dos Enfermeiros & Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). *Ontologia de Enfermagem. Ontologia de Enfermagem Browser*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). CIPE® Versão 2015 – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. (Edição Portuguesa). https://doi.org/https://futuresenf.wordpress.com/wp-content/uploads/2017/04/cipe_2015.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem. *Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade Dos Cuidados De Saúde: uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Pedro, A. R., Amaral, O., & Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), pp. 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Peito, F. (2024). “A prevenção através o ensino à pessoa submetida ao tratamento de radioterapia é o gold standard dos tratamentos”. (C. e. Jornal do Enfermeiro: Contextos, Entrevistador) <https://www.jornalenfermeiro.pt/entrevistas/item/2533-a-prevencao-atraves-o-ensino-a-pessoa-submetida-ao-tratamento-de-radioterapia-e-o-gold-standard-dos-tratamentos.html>
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência .
- Pituskin, E., Joy, A. A., & Fairchild, A. (2021). Advanced Cancer as a Chronic Disease: Introduction. *Seminars in Oncology Nursing*, 37(4). <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2021.151176>
- Portaria n.º 34/2014 de 12 de fevereiro do Ministério da Saúde. (2014). Estabelece os requisitos mínimos relativos à organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas para o exercício da atividade das unidades privadas de serviços de saúde de radioterapia/radioncologia. *Diário da República I série, n.º 30/2014 (12-02-2014) (1345-1355)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/34-2014-572587>

- Portaria n.º 89/2024/1 de 11 de março da Defesa Nacional, Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. (2024). Estabelece os requisitos mínimos relativos ao licenciamento, instalação, organização e funcionamento, recursos humanos e instalações técnicas das unidades de radioncologia detidas por pessoas coletivas públicas, instituições militares, instituições partic. *Diário da República I série, n.º 50/2024 (11-03-2024)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/89-2024-854635719>
- Programa Nacional Para As Doenças Oncológicas. (2022). *Recursos do SNS em oncologia, relatório de inquérito 2021*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/recursosnsnsoncologia2021-2-pdf.aspx>
- Proksch, E., Brandner, J. M., & Jensen, J.-M. (2008). The skin: an indispensable barrier. *Experimental Dermatology, 17*(12), pp. 1063-1072. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2008.00786.x>
- Quinn, K. L. (2010). *The role of the radiation oncology nurse: Being the best that you can be*. Oncology Nurse Advisor: <https://www.oncologynurseadvisor.com/>
- Registo Oncológico Nacional. (2023). Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2020.
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República II série, n.º 26 (6-02-2019)(4744-4750)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioper. *Diário da República II série, n.º 135 (16-07-2018) (19359-19370)*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Salgado, N. (2013). A Radioterapia no Tratamento Oncológico: Prática Clínica e Sensibilidade Cultural. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades, 12*(22). <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/334>
- Schneider, F., Pedrolo, E., Lind, J., Schwanke, A. A., & Danski, M. T. (2013). Prevenção e Tratamento de Radiodermite: Uma Revisão Integrativa. *Cogitare Enferm 18*(3), pp. 579-86.
- Shepard, N., & Kelvin, J. F. (1999). The Nursing Role in Radiation Oncology. *Seminars in Oncology Nursing, 15*(4), pp. 237-249. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-2081\(99\)80053-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0749-2081(99)80053-9)
- Silva, P. L., & Calisto, R. (2023). *Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2020*. IPO-Porto.
- Singh, M., Alavi, A., Wong, R., & Akita, S. (2016). Radiodermatitis: A Review of Our Current Understanding. *American Journal of Clinical Dermatology, 17*(3), pp. 277-292. <https://doi.org/10.1007/s40257-016-0186-4>
- SNOMED international. (2024). *SNOMED*. <https://www.snomed.org/>
- Souza, L. K. (2020). Recomendações para a Realização de Grupos Focais na Pesquisa Qualitativa. *PSI UNISC, 4*(1). <https://doi.org/10.17058/psiunisc.v4i1.13500>
- Souza, L. P., Souza, A. M., Pereira, K. G., Tereza, T. F., Bretas, C. S., Mendes, M. A., Freitas, J. M., Mota, S. È., & Silva, C. S. (2013). Matriz SWOT como ferramenta de gestão para melhoria da assistência de enfermagem: estudo de caso em um hospital de ensino. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde, 04*(01), 1633-1643. <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/207/196>
- Souza, V. R., Marziale, M. H., Silva, G. T., & Nascimento, P. L. (2021). Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta*

- Paulista de Enfermagem*. <https://doi.org/https://doi.org/10.37689/actape/2021AO02631>
- Spalek, M. (2016). Chronic radiation-induced dermatitis: challenges and solutions. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, pp. 473-482. <https://doi.org/10.2147/CCID.S94320>
- Trueman, E. (2015). Management of radiotherapy-induced skin reactions. *International Journal of Palliative Nursing*, 21(4), pp. 187-192. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.4.187>
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *National Action Plan to Improve Health Literacy*. health.gov: https://health.gov/sites/default/files/2019-09/Health_Lit_Action_Plan_Summary.pdf
- Wei, J., Meng, L., Hou, X., Qu, C., Wang, B., Xin, Y., & Jiang, X. (2019). Radiation-induced skin reactions: mechanism and treatment. *Cancer Management and Research*, 11, pp. 167-177. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S188655>
- Weir, K. (2019). Give me a break. *Monitor on Psychology*, 50(1). <https://www.apa.org/monitor/2019/01/break>
- Wolf, J. R., & Hong, A. M. (2023). Radiation dermatitis. *UpToDate*.

APÊNDICES

**APÊNDICE I: COMUNICAÇÃO APRESENTADA NO CONGRESSO
PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA XII**



XII 15-17 FEVEREIRO 2024
Sheraton Porto Hotel
PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA

Prevenção e Tratamento da Radiodermite

Intervenções de Enfermagem

Patrocínio Institucional:  SÃO JOÃO

Organização:  DNA PRIME

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



ESS+ XII PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA
15-17 FEVEREIRO 2024
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

Prevenção e Tratamento da Radiodermite

Intervenções de Enfermagem

AUTORIA: Enfermeira Florinda Peito, estudante de Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica (ESSNorteCVP);

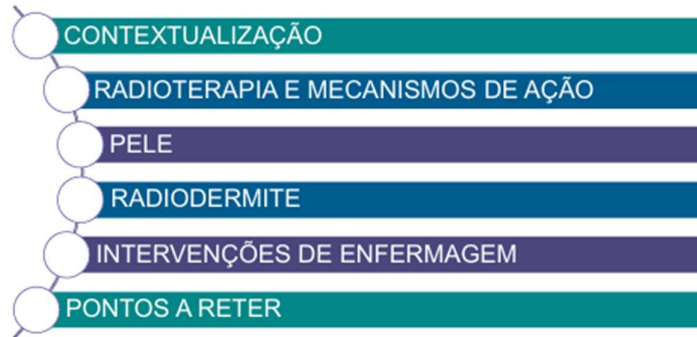
ORIENTAÇÃO: Professor Doutor Vasco Neves, Docente (ESSNorteCVP);

TUTORIA: Enfermeiro António Ferreira e Enfermeira Dora Ferreira Enfermeiros Especialistas de Enfermagem Médico-cirúrgica do Serviço de Radioterapia (CHUSJ).

Porto, 15 de fevereiro 2024

SUMÁRIO

XII PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA
15-17 FEVEREIRO 2024



4 de 24

CONTEXTUALIZAÇÃO

XII PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA
15-17 FEVEREIRO 2024

Em Portugal, as doenças oncológicas são a segunda principal causa de mortalidade e a principal responsável pela perda de anos de vida saudável (Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021 a 2030 – SNS).

Aproximadamente 50% a 70% de todos os casos oncológicos necessitam de radioterapia durante o curso do tratamento (Leventhal & Young, 2017; Wei et al., 2019).

A radiodermite é a complicação mais frequente e afeta aproximadamente 90% das pessoas, submetidos à radioterapia (Wolf & Hong, 2023).

5 de 24

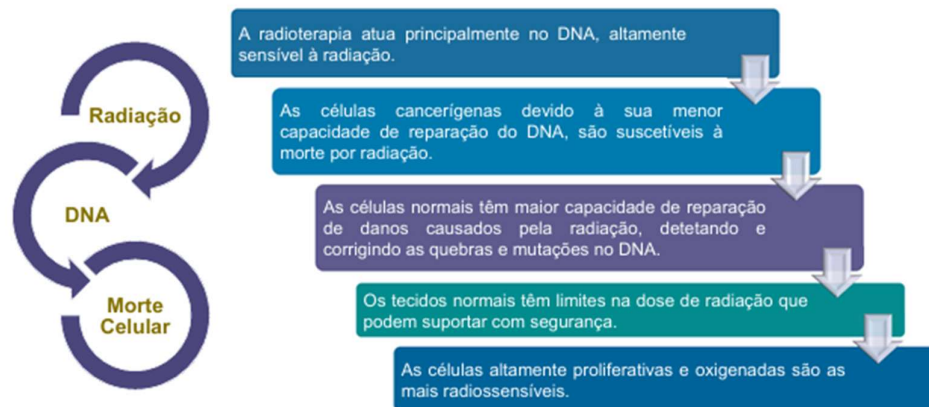
RADIOTERAPIA



EBRT - External Beam Radiation Therapy

6 de 24

RADIOTERAPIA MECANISMO DE AÇÃO



DNA - ácido desoxirribonucleico

7 de 24

PELE

É responsável por desempenhar um papel de barreira e proteção para o corpo, evitando danos físicos, químicos e infecciosos aos órgãos internos, além de desempenhar a função de termorregulação (Proksch et al., 2008).

As células da pele mais sensíveis à radiação são os queratinócitos basais, as células-tronco dos folículos pilosos e os melanócitos (Bennardo et al. 2021).

A região anterior do pescoço, tórax, extremidades, abdômen e face são as áreas da pele mais sensíveis à radiação (Bennardo et al. 2021).

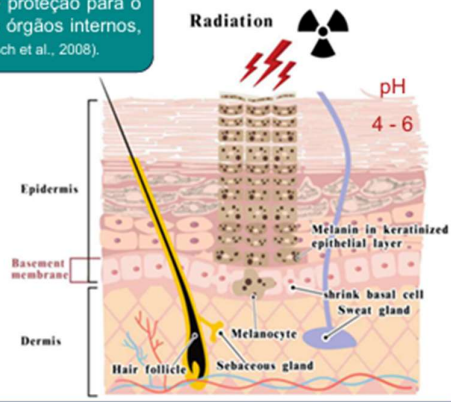
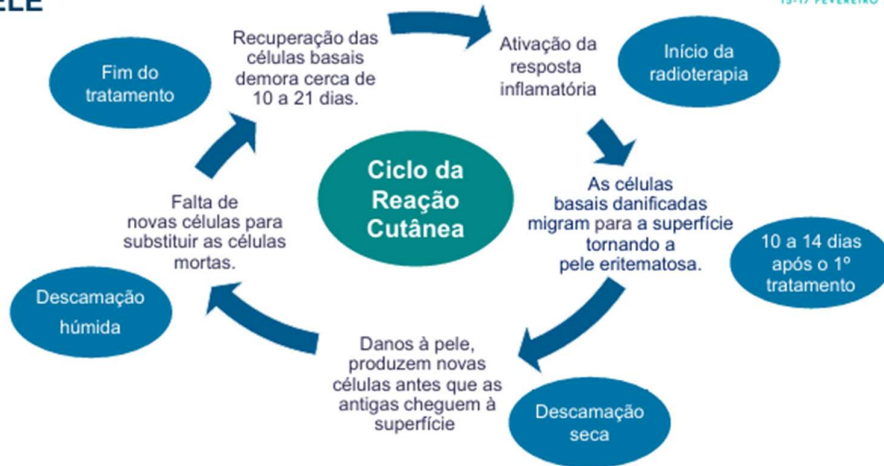


Imagem: <https://doi.org/10.1186/s12885-021-08047-5>

8 de 24

PELE



Adaptado de: (Trueman, 2015)

9 de 24

RADIODERMITE

Define-se como uma reação inflamatória cutânea que ocorre como resultado da exposição à radiação ionizante (DeCS, 2024).

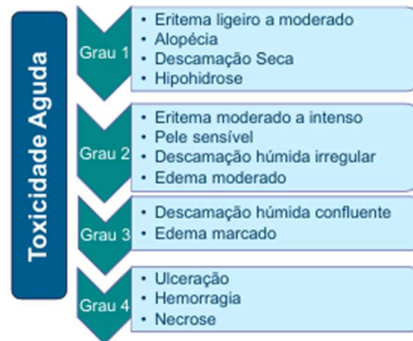


DeCS – Descritores em Ciências da Saúde, disponível em <https://decs.bvsalud.org/>, acessado em janeiro de 2024
Tabela: (Trueman, 2015)

10 de 24

RADIODERMITE ESCALA DE AVALIAÇÃO

Uma reação cutânea aguda representa um efeito colateral comum com diferentes graus de gravidade.



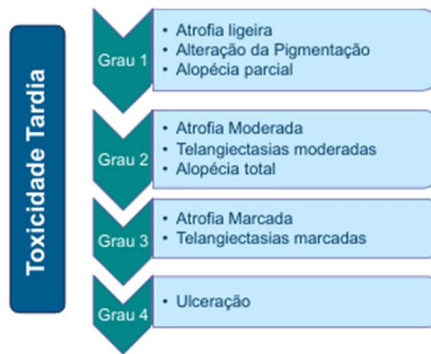
Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)



Tabela adaptada de: (Cox et al., 1995)
Imagem: (Main et al., 2023)

11 de 24

RADIODERMITE ESCALA DE AVALIAÇÃO



Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and the European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC)



Existe um risco menor de uma reação cutânea tardia ocorrer meses ou até anos após o tratamento.

O risco é maior para doentes que receberam tratamento sistémicos além da radioterapia.

Tabela adaptada de: (Cox et al., 1995)

12 de 24

RADIODERMITE GUIDELINES



CCBM 2018

Practice Guideline: Symptom Management
Part 4. Management of Acute Radiation-Induced Skin Toxicities

The Society and College of Radiographers
Practice Guideline Document
SCoR 2020
Radiation Dermatitis Guidelines for Radiotherapy Healthcare Professionals

ONS Guidelines™ for Cancer Treatment-Related Radiodermatitis
ONS 2020



ISNCC 2021

MASCC clinical practice guidelines for the prevention and management of acute radiation dermatitis: part 1) systematic review

Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) clinical practice guidelines for the prevention and management of acute radiation dermatitis: international Delphi consensus-based recommendations



2023

Tabela adaptada de: (Johnston, 2018; Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020; Apbejule et al., 2021; Behroozian et al., 2023; Behroozian T & Group, 2023)

13 de 24

RADIODERMITE GUIDELINES

TABELA SÍNTESE

TIPOS DE TRATAMENTO	CCMB 2018	SCoR 2020	ONS 2020	ISNCC 2021	MASCC 2023
AGENTES NATURAIS	Não recomendam uso de qualquer tópico			Não recomendam uso de Aloé Vera	Óleo de oliva
MATERIAL DE PENSO	<ul style="list-style-type: none"> Pensos absorventes Pensos hidrocolóides Pensos não adesivos Mepitel film 	<ul style="list-style-type: none"> Pensos não adesivos Películas antiaderentes com silicone 	Pensos semipermeáveis (ex. hidrocolóides)	Recomendam apenas uso de curativo em gel à base de silicone (ex. StrataXRT®)	<ul style="list-style-type: none"> Mepitel film (P) Mepilex Lite (T) Filme de poliuretano (P) (ex. Hydrofilm)
ANALGESIA	Uso de analgesia		-	-	-
CORTICOSTEROIDES TÓPICOS	Uso de corticosteroides		Uso de corticoides tópicos (P; T)	<ul style="list-style-type: none"> Betametasona 17-Valerato Furoato de Mometasona 	<ul style="list-style-type: none"> Betametasona Furoato de Mometasona

Tabela adaptada de: (Johnston, 2018; Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020; Agbejule et al., 2021; Behroozian et al., 2023; Behroozian T & Group, 2023); P – prevenção; T – tratamento; 14 de 24

RADIODERMITE GUIDELINES

TABELA SÍNTESE (continuação)

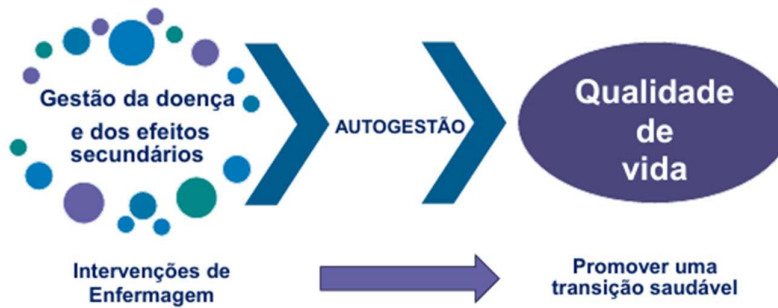
TIPOS DE TRATAMENTO	CCMB 2018	SCoR 2020	ONS 2020	ISNCC 2021	MASCC 2023
AGENTES TÓPICOS NÃO ESTERÓIDES	Hidrogel	Não recomendam uso de qualquer tópico		-	-
TERAPIA LASER	-	Fotobiomodulação	-	-	Fotobiomodulação (câncer da mama)
ANTIBIÓTICOS	Sulfadiazina de prata	Antibióticos tópicos	Sulfadiazina de prata (T)	-	-
CUIDADOS GERAIS COM A PELE	<ul style="list-style-type: none"> Antitranspirante/ Desodorizante Limpeza com água e sabão fisiológico Hidratação 			<ul style="list-style-type: none"> Limpeza com água e sabão fisiológico Hidratação 	-

Tabela adaptada de: (Johnston, 2018; Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020; Agbejule et al., 2021; Behroozian et al., 2023; Behroozian T & Group, 2023); P – prevenção; T – tratamento; 15 de 24

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

XII PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA
15-17 FEVEREIRO 2024

A transição do estado de saúde, implica adquirir novo conhecimento, ajustar rotinas e comportamentos, e reavaliar a autoimagem no contexto social (Meleis, 2010).



Esquema: autoria própria

16 de 24

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

XII PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA
15-17 FEVEREIRO 2024

PROMOVER A LIMPEZA, HIDRATAÇÃO E INTEGRIDADE DA PELE
PREVENIR O TRAUMA

PELE

- Avaliar pele
- Avaliar integridade da pele
- Aplicar creme
- Ensino sobre alterações e complicações da pele
- Ensino sobre cuidados com a pele e prevenção de complicações
- Avaliar conhecimento sobre cuidados com a pele

Adaptado de: Browser da CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2024) e Browser da Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros & Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2024).

17 de 24

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

XII PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA
15-17 FEVEREIRO 2024

PROMOVER O CONFORTO E CONTROLAR A DOR
REDUZIR O RISCO DE COMPLICAÇÕES, NOVOS TRAUMAS E INFEÇÕES

LESÃO POR RADIAÇÃO

- Avaliar a lesão por radiação
- Executar tratamento à lesão por radiação e aplicar penso
- Monitorizar a dor e gerir analgesia
- Ensinar sobre cuidados e sinais de complicação da lesão por radiação
- Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da cicatrização da lesão por radiação

Adaptado de: Browser da CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2024) e Browser da Ontologia de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros & Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2024).

18 de 24

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

XII PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA
15-17 FEVEREIRO 2024

CUIDADOS GERAIS COM A PELE

PROMOVER A HIGIENE E HIDRATAÇÃO DA PELE

- Banhos curtos, suaves e de baixa pressão com água morna
- Sabão/gel de banho fisiológico (ph <7)
- Não esfregar a área de tratamento
- Secar a pele com toalha macia ao toque (não esfregar)
- Hidratar a pele diariamente com creme emoliente sem álcool e sem perfume

PROTEGER A PELE DO MEIO AMBIENTE E MANTÊ-LA SAUDÁVEL

- A área de tratamento não deve ser exposta diretamente ao sol até pelo menos 1 ano após o tratamento
- Usar protetor solar com fator de proteção 50+
- Afastar-se de fontes de calor (fogão, lareira e aquecedores)
- Evitar banhos em piscinas com cloro
- Ingerir em média 2 L de água por dia e manter uma alimentação saudável

Adaptado de: (Johnston, 2018; Bennett et al., 2020; Gosseñ et al., 2020)

19 de 24

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

XII PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA
15-17 FEVEREIRO 2024

CUIDADOS GERAIS COM A PELE

PROMOVER O CONFORTO E PROTEGER A PELE CONTRA LESÕES

- Usar roupas largas e que não apertem
- Junto à pele usar tecidos de algodão
- Não usar adesivos, almofadas térmicas (quente ou frio) na área em tratamento
- Não coçar, esfregar, ou massajar a área em tratamento
- Não usar joias na área de tratamento
- Não fazer a barba ou depilação (apenas pode usar barbeador elétrico)
- Não utilizar perfumes nem produtos que contenham álcool ou à base de petróleo

Adaptado de: (Johnston, 2018; Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020)

20 de 24

PONTOS A RETER

XII PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA
15-17 FEVEREIRO 2024

Intervenções precoces desempenham um papel fundamental na preservação da integridade cutânea na área irradiada (Schneider et al., 2013).



Fornecer à pessoa com doença oncológica, familiar e/ou cuidador, orientações gerais sobre os cuidados com a pele, aquando do início do tratamento de radioterapia (Trueman, 2015).



A informação é crucial, pois permite adotar uma abordagem proativa nos tratamentos, promovendo assim a sua autogestão (Salgado, 2012).



A autogestão desempenha um papel crucial nos processos de transição, considerando as implicações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem nestas pessoas (Magalhães, 2022)

21 de 24

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

XII PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA
15-17 FEVEREIRO 2024

- Agbejule, A., Hargrave, C., Chia, D., James, F., Schwarz, F., Fen, G., Erikson, J., Teh, J., Benstead, K., Drapek, L., Solomon, O., Rose, P., Smith, S., Shun, S.-C., Mak, S., Gosselin, T., Lorenzo, V., & Vallabh, V. (2021). Evidence-Based Guidelines for the Prevention & Management of Radiation Dermatitis. *International Society of Nurses in Cancer Care*.
- Allen, C., Her, S., & Jaffray, D. A. (15 de January de 2017). Radiotherapy for Cancer: Present and Future. *Advanced Drug Delivery Reviews*, 109, pp. 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.addr.2017.01.004>
- Behroozian T., B. P., & Group, M. A. (Apr de 2023). Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) clinical practice guidelines for the prevention and management of acute radiation dermatitis: International Delphi consensus-based recommendations. *The Lancet Oncology*, 24(4), pp. e172-e185. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(23\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00067-0).
- Behroozian, T., Bonomo, P., Patel, P., Kanee, L., Finkelstein, S., Lam, H., Patel, P., Kanee, L., Lee, S. F., Chan, A. W., Wong, H. C., Caili, S., Mahal, S., Kennedy, S., Chow, E., Bonomo, P., & Group, M. A. (Abril de 2023). MASCC clinical practice guidelines for the prevention and management of acute radiation dermatitis: part 1) systematic review. *The Lancet Oncology*, 24(4), pp. E172-E185. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(23\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00067-0)
- Bennardo, L., Passante, M., Cameli, N., Cristaudo, A., Patruno, C., Nisticò, S. P., & Silvestri, M. (October de 2021). Skin Manifestations after Ionizing Radiation Exposure: A Systematic Review. *Bioengineering*, 8.
- Bennett, C., Burke, G., Davies, R., Faithfull, S., Harris, R., Probst, H., Samuels, L., Reed, M., & Robins, S. (2020). The Society and College of Radiographers Practice Guideline Document Radiation Dermatitis Guidelines for Radiotherapy Healthcare Professionals.
- BIREME Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. (2024). *Descritores em Ciências da Saúde/Medical Subject Headings*. <https://decs.bvsalud.org/>
- Cox, J. D., Stetz, J., & Pajak, T. F. (1995). Toxicity criteria of the Radiation Therapy Oncology Group (RTOG) and The European organization for research and treatment of cancer (EORTC). *International Journal of Radiation Oncology - Biology - Physics*, 31(5), pp. 1341-1346. [https://doi.org/10.1016/0360-3016\(95\)00060-C](https://doi.org/10.1016/0360-3016(95)00060-C)
- Ganjali, V., Kiyani, F., Saeeedinezhad, F., Sasnpoor, P., & Askari, H. (10 de Outubro de 2020). The Effect of Preventive-Care Education on Radiotherapy-Induced Dermatitis in Patients with Breast Cancer: A Quasi-Experimental Study. *Medical Surgical Nursing Journal*, pp. 1-6. <https://doi.org/10.5812/msnj.108878>
- Gosselin, T., Ginex, P. K., Backler, C., Bruce, S. D., Hutton, A., Marquez, C. M., McGee, L. A., Shaftic, A. M., Suarez, L. V., Moriarty, K. A., Maloney, C., Vrabel, M., & Morgan, R. L. (2020). ONS GuidelinesSM for Cancer Treatment-Related Radiodermatitis. *Oncology Nursing Forum* Vol. 47 No. 6, pp. 654-670. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.654-670>. PMID: 33063779

22 de 24

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

XII PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA
15-17 FEVEREIRO 2024

- International Council of Nurses. (2024). ICNP Browser. *International Council of Nurses*. Suíça. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Johnston, P. (janeiro de 2018). Evidence Based Recommendations for the Assessment and Management of Radiation-Induced Skin Toxicities in Breast Cancer. Practice Guideline: Part 4. Management of Acute Radiation-Induced. CancerCare Manitoba. https://www.cancercare.mb.ca/export/sites/default/For-Health-Professionals/galleries/files/treatment-guidelines-rrr-files/practice-guidelines/supportive-care/Part_4_Management_of_Acute_Radiation-Induced_Skin_Toxicities.pdf
- Korinko, A., & Yurick, A. (Fevereiro de 1997). Maintaining Skin Integrity. *The American Journal of Nursing*, 97(2), pp. 40-44.
- Leventhal, J., & Young, M. R. (15 de Dec de 2017). Radiation Dermatitis: Recognition, Prevention, and Management. *CancerNetwork*. <https://www.cancernetwork.com/view/radiation-dermatitis-recognition-prevention-and-management>
- Lievens, Y., Borras, J., & Grau, C. (2020). Provision and use of radiotherapy in Europe. *Molecular Oncology*, 14 (7), pp. 1461-1469. <https://doi.org/10.1002/1878-0261.12690>
- Ministério da Saúde | Direção-Geral da Saúde. (2022). Estratégia Nacional de Luta Contra o Cancro 2021 a 2030. *Programa Nacional Para As Doenças Oncológicas 2022*. Portugal.
- Mitin, T., Shih, H. A., & Vora, S. R. (março de 2023). Radiation therapy techniques in cancer treatment. *UpToDate*.
- Ordem dos Enfermeiros, & Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2024). *Ontologia de Enfermagem*. *Ontologia de Enfermagem Browser*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>
- Proksch, E., Brandner, J. M., & Jensen, J.-M. (11 de Novembro de 2008). The skin: an indispensable barrier. *Experimental Dermatology*, 17(12), pp. 1063-1072. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0625.2008.00786.x>
- Salgado, N. (2013). A Radioterapia no Tratamento Oncológico: Prática Clínica e Sensibilidade Cultural. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, 12(22). <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/334>
- Trueman, E. (2015). Management of radiotherapy-induced skin reactions. *International Journal of Palliative Nursing* Vol 21, No 4, pp. 187-192.
- Wei, J., Meng, L., Hou, X., Qu, C., Wang, B., Xin, Y., & Jiang, X. (Dec de 2019). Radiation-induced skin reactions: mechanism and treatment. *Cancer Management and Research*, 11, pp. 167-177. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S188655>
- Wolf, J. R., & Hong, A. M. (2023). Radiation dermatitis. *UpToDate*.

23 de 24

**APÊNDICE II: “ATESTADO MÉDICO DE INCAPACIDADE
MULTIUSO”**

Atestado Médico De Incapacidade Multiuso Para Os Doentes Oncológicos - AMIM

Para aceder a **benefícios sociais, benefícios fiscais, transporte não urgente, entre outros** previstos na lei, o doente oncológico deverá pedir o AMIM. Este pode ser solicitado pelo próprio utente ou um familiar/ cuidador, através do preenchimento de um formulário próprio, disponível no site www.ics.gov.pt no separador Utentes e Visitas/ Acesso a Registos Clínicos.

Este pedido deve ser dirigido ao Responsável pelo Acesso à Informação (RAI), podendo o pedido ser formalizado através das seguintes vias:

- Presencialmente - [REDACTED]
- Correio eletrónico [REDACTED]
- Via postal - [REDACTED]

Qualquer dúvida, para além dos meios anteriores, tem ainda disponível os seguintes contactos:

- Telefone: [REDACTED]
- Telemóvel: [REDACTED]

Para mais informações, consultar informação disponível na internet em:

- [REDACTED]
- SNS 24/ Serviços/ Atestado Médico de Incapacidade Multiuso
- Liga Portuguesa Contra o Cancro/ Saber Mais/ Direitos Gerais do Doente Oncológico

Para poder usufruir dos direitos associados ao AMIM, deve entregar uma cópia do mesmo junto das Finanças, Segurança Social e Instituição Bancária (caso tenha crédito habitação).

**APÊNDICE III: “PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM
ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE PESSOAS
SUBMETIDAS A RADIOTERAPIA – VERSÃO INICIAL”**

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA RADIODERMITE NA PESSOA SUBMETIDA A RADIOTERAPIA

1. INTRODUÇÃO

A radiodermite é a complicação mais prevalente da radioterapia (RT), e consiste numa reação inflamatória cutânea, que pode ser aguda ou crónica, resultante da exposição à radiação ionizante (Agbejule et al., 2021; Wolf & Hong, 2023).

A prevenção e o tratamento desta condição são essenciais para a promoção da qualidade de vida e para assegurar a continuidade do tratamento oncológico (Leventhal & Young, 2017; Burke et al., 2022).

Este programa foi desenvolvido com base na evidência científica disponível e nas *guidelines* mais recentes, nomeadamente das seguintes organizações: Oncology Nursing Society (ONS) de 2020, Society and College of Radiographers (SCoR) de 2020, International Society for Nurses in Cancer Care (ISNCC) de 2021, e Multinational Association for Supportive Care in Cancer (MASCC) de 2023.

O objetivo é delinear intervenções preventivas e terapêuticas para mitigar os efeitos da radiodermite. Além disso, é fundamental a uniformização das intervenções de enfermagem, garantindo uma prática baseada na evidência, com o objetivo de obter ganhos em saúde.

2. OBJETIVOS

- Prevenir o desenvolvimento de radiodermite em pessoas submetidas a RT;
- Reduzir a gravidade da radiodermite em pessoas afetadas;
- Promover a cicatrização da radiodermite e o bem-estar da pessoa;
- Minimizar interrupções no tratamento de RT devido a complicações cutâneas.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA

Na fase de prevenção:

- Pessoas com potencial para o autocuidado (potencial para melhorar o conhecimento e capacidade física para autocuidado à pele);
- Pessoas sem potencial para o autocuidado, mas com cuidador capacitado para a realização dos cuidados.

Na fase de tratamento:

- Pessoas com radiodermite, com ou sem potencial para autocuidado, e/ou com cuidador capacitado para a realização dos cuidados.

Metodologia das Sessões: serão realizadas de forma individual, tanto para a prevenção como para o tratamento.

4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO INICIAL

Modulo 1: Avaliação Inicial			
Objetivo	Realizar a avaliação inicial e validar o potencial da pessoa/cuidador para o autocuidado à pele		
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da Intervenção
- Ativo: Entrevista - Observacional	- Recolha sistemática de dados objetivos e subjetivos - Inferir diagnósticos após análise dos dados obtidos	- Avaliar a pele; - Identificação de fatores de risco (tabela 1); - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento; - Avaliar autocuidado à pele; - Avaliar conhecimento e capacidade do cuidador para assistir no autocuidado à pele (caso a pessoa não tenha potencial).	Frequência: 1 sessão; Duração: Na admissão; Quantidade: 10 a 20 minutos.

Tabela 1 - Fatores Intrínsecos e Extrínsecos Preditivos de Desenvolvimento de Radiodermite

Fatores Intrínsecos	
Idade	O ciclo celular epidérmico é afetado pelo envelhecimento, levando a maior fragilidade cutânea e aumento do tempo de cicatrização.
Nutrição	Um défice nutricional afeta a capacidade de regeneração tecidual.
Tabaco	O consumo de tabaco prejudica o fluxo sanguíneo e reduz os níveis de oxigênio no corpo, o que agrava as reações na pele e compromete a capacidade de regeneração dos tecidos.
Comorbilidades	Condições como diabetes, doenças vasculares ou autoimunes podem aumentar a gravidade de reação da pele e prejudicam a capacidade de regeneração tecidual.
UV exposição/origem étnica	Pessoas com exposição prolongada a raios UV/origem étnica, apresentam um aumento da gravidade de reação da pele em comparação com pessoas de pele branca.
Obesidade	As pregas cutâneas aumentam a toxicidade, quer pela fricção quer pela humidade presente. O tecido adiposo pode comprometer a cicatrização.
Infeção	Infeções bacterianas e/ou fúngicas podem lesionar as células da camada basal, o que pode retardar o processo de cicatrização.
Fatores Extrínsecos	
Radioterapia	Doses mais altas, campos de irradiação maiores e sessões de RT mais prolongadas podem levar a uma maior probabilidade de radiodermite.
Radiossensibilizantes	Algumas terapêuticas antineoplásicas são radiosensibilizantes (por exemplo, 5-fluorouracil e cisplatina), em concomitância aumentam a gravidade da reação cutânea.
Irritantes químicos/ térmicos/mecânicos	Os irritantes podem agravar a reação cutânea e atrasar o processo de cicatrização. Certos produtos para cuidados com a pele podem conter ingredientes classificados como irritantes (exemplo: lauril sulfato de sódio). Temperaturas extremas ou fricção também agravam a reação cutânea.

Fonte: Adaptado de (Trueman, 2015; Spalek, 2016; Burke et al., 2022; Wolf & Hong, 2023)

INTERVENÇÕES PREVENTIVAS À PESSOA SUBMETIDA A RADIOTERAPIA (SEM LESÃO)

Assegurar antes das intervenções no contexto preventivo:

- Pessoa e/ou cuidador com disponibilidade para aprender;
- Pessoa sem dor, e/ou outra circunstância que influenciem a concentração na educação para a saúde, incluindo do cuidador.

As intervenções de enfermagem no contexto da prevenção de radiodermite estão direcionadas ao fenómeno pele.

Modulo 2: Intervenções Preventivas			
Objetivos	Promover o conhecimento sobre cuidados à pele; Promover a integridade da pele.		
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da Intervenção
- Expositivo - Demonstrativo - Ativo	- Educação para a saúde (verbal e escrita) - Recolha sistemática de dados	- Ensinar sobre os efeitos da RT; - Ensinar sobre cuidados gerais à pele (tabela 2) e sinais e sintomas da radiodermite; - Ensinar a pessoa/cuidador sobre prevenção de complicações da pele; - Providenciar recurso educativo para autogestão (exemplo: folheto); - Promover a consciencialização antecipada da pessoa/cuidador sobre cuidados à pele.	Frequência: 1 sessão (repetir se necessário); Duração: Na admissão, ou prolongar até atingir os objetivos; Quantidade: 20 a 30 minutos.
		- Avaliar o conhecimento da pessoa/cuidador sobre: cuidados gerais à pele; sinais e sintomas de radiodermite; e prevenção de complicações da pele; - Ensinar a pessoa/cuidador a identificar complicações da pele;	Frequência: 1 sessão (repetir se necessário); Duração: no dia do 1º tratamento, ou prolongar até atingir os objetivos;

Programa de Intervenção de Enfermagem na Prevenção e Tratamento da Radiodermite

		<ul style="list-style-type: none"> - Promover autovigilância da pele; - Orientar para comportamento de procura de saúde, perante identificação de complicações da pele. 	Quantidade: 20 a 30 minutos.
<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrativo - Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados - Recolha sistemática de dados 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a integridade da pele; - Avaliar o conhecimento e a capacidade da pessoa/ cuidador para autocuidado da pele; - Avaliar o conhecimento e a capacidade da pessoa/ cuidador para autogestão das complicações. 	<p>Frequência: diária ou semanal (ajustar conforme fatores de risco);</p> <p>Duração: durante o tratamento e até 14 dias após o fim da RT;</p> <p>Quantidade: 5 a 10 minutos.</p>

Tabela 2 - Cuidados Gerais da Pele e Objetivos da Prevenção

Cuidados com a pele	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Banhos curtos, de baixa pressão e com água morna - Sabão/gel de banho fisiológico (ph 5-6) - Não esfregar a área de tratamento - Secar a pele com toalha macia ao toque (não esfregar) - Hidratar a pele diariamente com creme emoliente sem álcool e sem perfume 	<p>Promover a Higiene e Hidratação da Pele</p>
<ul style="list-style-type: none"> - A área de tratamento não deve ser exposta diretamente ao sol e vento - Usar protetor solar com fator de proteção 50+, se pele integra, e após termino do tratamento - Afastar-se de fontes de calor (fogão, lareira e aquecedores) - Evitar banhos em piscinas com cloro - Ingerir em média 2 L de água por dia e manter uma alimentação saudável 	<p>Proteger a Pele do Meio Ambiente e Mantê-la Saudável</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Usar roupas largas para reduzir o atrito - Junto à pele usar tecidos de algodão - Usar desodorizante habitual, descontinuar se pele irritada ou com alterações da integridade - Não usar adesivos, almofadas térmicas (quente ou frio) na área em tratamento - Não coçar, esfregar, ou massajar a área em tratamento - Não usar joias na área de tratamento - Não fazer a barba (apenas pode usar barbeador elétrico) ou depilação (cera ou cremes de depilação) - Não utilizar perfumes nem produtos que contenham álcool ou à base de petróleo 	<p>Promover o Conforto e Proteger a Pele Contra Lesões</p>

Fonte: Adaptado de (Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020; Cancer Institute NSW, 2023; Wolf & Hong, 2023)

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

Após desenvolvimento da **radiodermite** ou **lesão por radiação**, termo atribuído à radiodermite, como fenómeno de enfermagem na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2024) conforme linguagem CIPE.

A **lesão aguda por radiação**, é uma condição que se manifesta até 90 dias após o início do tratamento, ocorre gradualmente durante a RT fracionada, depende da dose de radiação (tabela 3) e da sensibilidade individual da pele. O seu início pode variar de dias a semanas e, geralmente, continua a progredir até 10 a 14 dias após a conclusão da RT (Wolf & Hong, 2023).

Tabela 3 – Alterações Agudas da Pele Induzidas por Radiação

Dose (Gy)	2 a 20	6 a 10	20 a 25	30 a 40	> 40
Efeitos cutâneos	Eritema/ Hiperpigmentação	Depilação	Descamação Seca	Descamação Húmida	Ulceração

Fonte: Adaptado de (Wolf & Hong, 2023)

A **lesão crónica por radiação**, aparece meses (após 90 dias do termino da RT) a anos após a exposição à radiação. Ela é caracterizada por fibrose dérmica e alterações cutâneas, nomeadamente alterações da pigmentação, atrofia e telangiectasias, derivado a doses de radiação superiores a 45 Gy (Wolf & Hong, 2023).

As intervenções de enfermagem no contexto do tratamento de radiodermite estão direcionadas aos fenómenos: lesão por radiação, dor e stress.

Modulo 3: Intervenções Terapêuticas	
Objetivos	Promover o conforto e controlo da dor Promover o risco de complicações, infeções e novos traumas Promover a cicatrização da lesão por radiação

Programa de Intervenção de Enfermagem na Prevenção e Tratamento da Radiodermite

Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da Intervenção
- Demonstrativo - Expositivo	- Educação para a saúde	- Ensinar sobre cicatrização da lesão por radiação (ex. alimentação, hidratação); - Ensinar sobre cuidados à lesão por radiação; - Ensinar sobre sinais de complicação da lesão por radiação (ex. infeção); - Orientar para comportamento de procura de saúde, perante identificação de complicações da lesão por radiação.	Frequência: 1 sessão (repetir se necessário); Duração: no início de lesão por radiação, e/ou prolongar até atingir os objetivos; Quantidade: 10 a 20 minutos.
- Demonstrativo - Ativo	- Prestação de cuidados - Recolha sistemática de dados	- Avaliar a lesão por radiação, classificando conforme a escala de avaliação de radiodermite (tabela 4 e 5); - Monitorizar a dor, gerir analgesia e/ou utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor; - Executar tratamento à lesão por radiação e aplicar penso conforme a necessidade, baseado na evidência científica (tabela 6); - Prevenir o stress (minimizar os fatores dificultadores no processo de transição): ansiedade, desconforto, dor; - Avaliar evolução da cicatrização da lesão por radiação; - Avaliar conhecimento da pessoa/ cuidador sobre cicatrização da lesão por radiação; - Avaliar a capacidade da pessoa/ cuidador para autogestão de complicação da lesão por radiação.	Frequência: diária e/ou em S.O.S.; Duração: durante o tratamento e após o término da RT até cicatrização completa da lesão por radiação; Quantidade: conforme necessidade.

Tabela 4 - Escalas de Avaliação da Toxicidade Aguda da Pele por Radiação

CRITÉRIOS RTOG					
0	1	2	3	4	5
Nenhuma alteração à condição inicial	Eritema ligeiro a moderado; Hipohidrose; Alopécia; Descamação seca;	Eritema sensível ou brilhante; Descamação húmida irregular; Edema Moderado.	Descamação húmida confluyente, para além das pregas cutâneas; Edema depressível.	Ulceração; Hemorragia; Necrose.	-
CRITÉRIOS CTCAE versão 5.0					
0	1	2	3	4	5
-	Eritema ligeiro ou descamação seca.	Eritema moderado a intenso; Descamação húmida irregular principalmente confinada às dobras e vincos da pele; Edema moderado.	Descamação húmida em áreas diferentes de dobras e vincos da pele; Sangramento causado por trauma leve ou abrasão.	Consequências potencialmente fatais; Necrose da pele ou ulceração de toda a espessura da derme; Sangramento espontâneo do local envolvido; Indicação para enxerto de pele.	Morte

Fonte: Adaptado de (Cox et al., 1995; National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2017.)

Tabela 5 - Escala de Avaliação da Toxicidade Tardia da Pele por Radiação

CRITÉRIOS RTOG					
0	1	2	3	4	5
Nenhum	Atrofia ligeira; Alterações de pigmentação; Alopécia parcial.	Atrofia em mancha; Telangiectasia moderada; Alopécia.	Atrofia marcada; Telangiectasia visível a olho nu.	Ulceração.	Morte diretamente relacionada

Fonte: Adaptado de (Cox et al., 1995)

Tabela 6 - Recomendações para a Prevenção e Tratamento da Radiodermite

Grau de Radiodermite	Objetivos das opções terapêuticas	Recomendação para a prática	Objetivos gerais dos cuidados com a área irradiada
1	Promover a higiene e hidratação da pele; Promover a integridade da pele.	CUIDADOS GERAIS À PELE (SCoR 2020; ONS 2020;) Corticoide tópico* (SCoR 2020; ONS 2020; ISNCC 2021; MASCC 2023) Mepitel film (na área da mama) e Hydrofilm® (MASCC 2023)	Promover o conforto; Prevenir o trauma; Reduzir a inflamação.
2	Promover a higiene e hidratação da pele; Promover a integridade da pele; Promover a reepitelização/ cicatrização.	CUIDADOS GERAIS À PELE (SCoR 2020; ONS 2020;) Corticoide tópico* (SCoR 2020; ONS 2020; ISNCC 2021; MASCC 2023) Curativos semipermeáveis (ONS 2020) Películas antiaderentes com silicone (SCoR 2020) - Mepilex Lite (MASCC 2023) Penso em gel formador de filme à base de silicone (não necessita de ser retirado antes da RT) (ISNCC 2021) Sulfadiazina de prata (ONS 2020)	Promover o conforto; Prevenir o trauma; Reduzir a inflamação; Controlar a dor; Prevenir a infecção.
3	Promover a reepitelização/ cicatrização.	Corticoide tópico* (SCoR 2020; ONS 2020; ISNCC 2021; MASCC 2023) Curativos semipermeáveis (ONS 2020) Películas antiaderentes com silicone (SCoR 2020) - Mepilex Lite (MASCC 2023) Penso em gel formador de filme à base de silicone (não necessita de ser retirado antes da RT) (ISNCC 2021) Sulfadiazina de prata (ONS 2020)	Promover o conforto; Prevenir o trauma; Reduzir a inflamação; Controlar a dor; Prevenir a infecção;
4	Promover a cicatrização.	Suspender tratamento de radioterapia	Controlar o exsudado, odor e hemorragia.

		Abordagem à lesão por radiação utilizando os princípios básicos do tratamento de feridas (Wolf & Hong, 2023)	
--	--	--	--

Fonte: Adaptado de (Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020; Agbejule et al., 2021; Behroozian et al., 2023; Behroozian T & Group, 2023; Wolf & Hong, 2023)

* Segundo o ISNCC 2021, os corticoides tópicos recomendados são o valerato de Betametasona ou Furoato de Mometasona, e segundo a MASCC 2023, Betametasona ou Furoato de Mometasona, devendo interromper a sua utilização, se solução de continuidade ou sinais de infeção.

* Segundo a MASCC 2023, o Mepitel film apenas está recomendado na prevenção da radiodermite no cancro da mama, e o Hydrofilm em contexto de prevenção.

AVALIAÇÃO E REGISTO

Monitorização contínua:

É necessário um acompanhamento constante, de forma a avaliar a eficácia das intervenções realizadas e adequar as intervenções conforme necessário.

Avaliação do conhecimento e capacidade:

Avaliar a evolução do conhecimento e capacidade sobre os cuidados à pele e promoção da cicatrização da lesão por radiação, da pessoa e/ou cuidador, permite ajustar a educação para saúde de acordo com as suas necessidades específicas, garantindo uma abordagem centrada na pessoa/cuidador.

Registo das intervenções:

O registo detalhado de todas as intervenções, alterações da pele e evolução do estado da pessoa é fundamental. Isso contribui para a melhoria da continuidade de cuidados, garantindo que os profissionais envolvidos no tratamento tenham acesso às informações mais atualizadas.

5. CONCLUSÃO

O tratamento da radiodermite consiste em uma abordagem combinada de medidas preventivas e terapêuticas, com o objetivo de minimizar os sintomas e promover a cicatrização da pele. A educação contínua para a saúde, tanto da pessoa quanto do cuidador, é fundamental para prevenir e reduzir a incidência da radiodermite.

Ao incorporar intervenções de enfermagem baseadas em evidências científicas no plano geral de cuidados, os enfermeiros podem contribuir para a redução da incidência e a gravidade da radiodermite, melhorando o conforto da pessoa e os resultados do tratamento, promovendo assim, uma transição saudável.

A monitorização contínua e o registo detalhado das intervenções são essenciais para garantir cuidados personalizados e eficazes, promovendo a melhoria contínua do estado da pessoa e a coordenação entre os profissionais de saúde.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agbejule, A., Hargrave, C., Chia, D., James, F., Schwarz, F., Fen, G., Erikson, J., Teh, J., Benstead, K., Drapek, L., Solomon, O., Rose, P., Smith, S., Shun, S.-C., Mak, S., Gosselin, T., Lorenzo, V., & Vallabh, V. (2021). Evidence-Based Guidelines for the Prevention & Management of Radiation Dermatitis. *International Society of Nurses in Cancer Care*.
- Behroozian T, B. P., & Group, M. A. (Apr de 2023). Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) clinical practice guidelines for the prevention and management of acute radiation dermatitis: international Delphi consensus-based recommendations. *The Lancet Oncology*, 24(4), pp. e172-e185. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(23\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00067-0).
- Behroozian, T., Bonomo, P., Patel, P., Kanee, L., Finkelstein, S., Lam, H., Patel, P., Kanee, L., Lee, S. F., Chan, A. W., Wong, H. C., Caini, S., Mahal, S., Kennedy, S., Chow, E., Bonomo, P., & Group, M. A. (Abril de 2023). MASCC clinical practice guidelines for the prevention and management of acute radiation dermatitis: part 1) systematic review. *The Lancet Oncology*, 24(4), pp. E172-E185. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(23\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00067-0)
- Bennett, C., Burke, G., Davies, R., Faithfull, S., Harris, R., Probst, H., Samuels, L., Reed, M., & Robins, S. (2020). The Society and College of Radiographers Practice Guideline Document Radiation Dermatitis Guidelines for Radiotherapy Healthcare Professionals.

- Burke, G., Faithfull, S., & Probst, H. (2022). Radiation induced skin reactions during and following radiotherapy: A systematic review of interventions. *Radiography*, 28, pp. 232-239. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.radi.2021.09.006>
- Cancer Institute NSW. (2023). *Skin changes and skin care during radiation therapy - patient information*. eviQ - NSW Government: <https://www.eviq.org.au/patients-and-carers/patient-information-sheets/managing-side-effects/3101-skin-changes-and-skin-care-during-radiation-t>
- Gosselin, T., Ginex, P. K., Backler, C., Bruce, S. D., Hutton, A., Marquez, C. M., McGee, L. A., Shaftic, A. M., Suarez, L. V., Moriarty, K. A., Maloney, C., Vrabel, M., & Morgan, R. L. (2020). ONS Guidelines™ for Cancer Treatment-Related Radiodermatitis. *Oncology Nursing Forum*, 47(6), pp. 654-670. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.654-670>
- International Council of Nurses. (2024). ICNP Browser. *International Council of Nurses*. Suíça. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Leventhal, J., & Young, M. R. (2017). Radiation Dermatitis: Recognition, Prevention, and Management. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 31(12), pp. 885-899. <https://www.cancernetwork.com/view/radiation-dermatitis-recognition-prevention-and-management>
- Mitin, T., Shih, H. A., & Vora, S. R. (2023). Radiation therapy techniques in cancer treatment. *UpToDate*.
- Spalek, M. (2016). Chronic radiation-induced dermatitis: challenges and solutions. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, pp. 473-482. <https://doi.org/10.2147/CCID.S94320>
- Trueman, E. (2015). Management of radiotherapy-induced skin reactions. *International Journal of Palliative Nursing Vol 21, No 4*, pp. 187-192. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.4.187>
- Wolf, J. R., & Hong, A. M. (2023). Radiation dermatitis. *UpToDate*.

**APÊNDICE IV: “EMAILS TIPO: CONVITE DE PARTICIPAÇÃO,
AGENDAMENTO DO *FOCUS GROUP*, E ENVIO DO LINK/NOME
CÓGIGO/PROGRAMA”**

EMAIL DE CONVITE

Excelentíssimo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a),

Chamo-me Florinda Peito, e sou enfermeira no Hospital de Dia de Quimioterapia da ULS ... e estudante do 2.º ano de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crónica da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Estou a desenvolver uma investigação que se insere no âmbito da unidade curricular "Estágio profissional com relatório final", que decorreu num serviço de radioterapia da região norte, e onde foi identificada a necessidade de desenvolver um programa de intervenção de enfermagem para a prevenção e tratamento da radiodermite.

Para tal, será realizado um focus group via online, com data a agendar (prevê-se início de outubro), com cerca de 8 enfermeiros peritos (com pelo menos 5 anos de experiência na área da radioterapia) para análise e discussão desse programa. A duração da reunião será no máximo de 1 hora e 30 minutos.

Este estudo encontra-se registado na Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, e foi aprovado com parecer positivo da Comissão de Ética desta mesma escola, garantindo a privacidade e anonimato dos participantes.

Desta forma, venho por este meio solicitar a sua colaboração neste estudo, ou a sua divulgação através dos seus contactos.

Desde já agradeço a sua disponibilidade, e se for do seu interesse colaborar agradeço que responda a este email ou para os contactos abaixo descritos.

Para esclarecimentos adicionais, os meus contactos são: ...

EMAIL DE AGENDAMENTO DO FOCUS GROUP

Excelentíssimo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a),

No seguimento da colaboração no estudo "Prevenção e tratamento de radiodermite em pessoas submetidas a radioterapia: Um Focus Group", venho desta forma confirmar a data da concretização da reunião online.

Esta reunião realizar-se-á no próximo dia ... de outubro entre as 16h30 e 18h, através da plataforma teams, pelo que o link de acesso será enviado até 48h antes do início da reunião.

*O link e o programa de intervenção, para avaliação prévia à reunião, **apenas serão enviados**, após a validação do consentimento informado, pelo que peço o favor de o fazer através do google forms <https://forms.gle/FCNR9ZnbJuacfXjo7>, logo que possível.*

Esta condição prende-se com a necessidade de manter a confidencialidade e a garantia do anonimato e da privacidade de todos os participantes.

De forma a proceder à caracterização dos enfermeiros participantes, agradeço também o preenchimento do seguinte Google Forms:

<https://forms.gle/R88mEz9CGeMxnAK1A>, despendendo cerca de 1 minuto para o seu preenchimento.

Agradeço uma vez mais a sua participação e contributo.

Com os melhores cumprimentos.

EMAIL DE ENVIO DO LINK, NOME CÓDIGO, E PROGRAMA DE INTERVENÇÃO

Excelentíssimo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a),

Venho por este meio, agradecer mais uma vez, a sua disponibilidade para participar neste estudo de investigação.

*Tendo em conta que aceitou a participação no grupo focal do estudo de investigação **"Prevenção e tratamento da radiodermite em pessoas submetidas a radioterapia: Um Focus Group"**, relembro que o mesmo decorrerá no dia ... **de outubro** de 2024, entre as **16h30** e as 18h, através da plataforma **Teams**.*

No dia da reunião, deve iniciar a sessão cerca de 10 minutos antes do horário previsto para não atrasar o início da sessão. Caso não possa estar presente solicito que me informe com a maior brevidade possível.

***De forma a assegurar o anonimato**, no acesso à reunião deverá utilizar o **"nome de código": Alfa**. Assim, ao entrar na plataforma teams, quando aparecer "introduzir nome", deve colocar **Alfa**. Será através deste **"nome de código"** que será interpelado durante o focus group, solicitando que adote este procedimento se pretender interagir com o grupo.*

*O **link de acesso** à reunião é ...*

Para facilitar a reunião, envio-lhe o programa de intervenção de enfermagem para a prevenção e tratamento da radiodermite em pessoas submetidas a radioterapia. Peço-lhe que leia a informação antes do início da sessão.

O objetivo do grupo focal é analisar e discutir o programa de intervenção, relativamente a:

- 1. Organização*
- 2. Conteúdo e intervenções de enfermagem*
- 3. Dose das intervenções de enfermagem*
- 4. Pertinência*

Qualquer dúvida não hesite em contactar-me por e-mail ou pelo telemóvel ...

Com os melhores cumprimentos,

APÊNDICE V: “CONSENTIMENTO INFORMADO”

CONSENTIMENTO INFORMADO

Excelentíssimo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a),

Chamo-me **Florinda Peito**, e sou enfermeira em Hospital de Dia de Quimioterapia e estudante do 2º Ano do 1º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica da Escola Superior de Saúde Norte Cruz Vermelha Portuguesa.

Estou a desenvolver uma investigação na área da radiodermite, no âmbito da Unidade Curricular, Estágio Profissional com Relatório Final, que decorreu num Serviço de Radioterapia de um centro hospitalar da região norte de Portugal, onde foi identificada a necessidade de desenvolvimento de um programa de intervenção de enfermagem para prevenção e tratamento de radiodermite, em pessoas submetidas a radioterapia, por forma à padronização das intervenções de enfermagem com base na evidência científica.

Este estudo tem como objetivo, explorar e discutir as perceções de enfermeiros peritos sobre o programa de intervenção de enfermagem e as vantagens da sua utilização no âmbito da prevenção e tratamento da radiodermite em pessoas com doença oncológica submetidas a radioterapia. Para isso, será realizado um *focus group* com a participação de aproximadamente 5 a 8 enfermeiros peritos na área da radioterapia.

A participação neste estudo é totalmente voluntária, permitindo retirar-se a qualquer momento do processo de recolha de dados, sem qualquer prejuízo e risco para os envolvidos.

O procedimento de recolha de dados será realizado por meio de gravação de imagem/áudio e transcrição automática, durante uma videoconferência online de grupo, com cerca de 1h30min de duração, a realizar dia ... de outubro, das 16h30 até às 18h. Posteriormente, será enviado um sumário dos resultados do estudo para análise, podendo os participantes acrescentar ou retificar o que considerarem necessário.

Esta investigação não está dotada de qualquer apoio financeiro, não existindo benefícios financeiros ou outros, diretos ou indiretos, reais ou potenciais, presumíveis para além dos científicos. A investigadora responsável, o orientador e o coorientador declaram que não têm conflito de interesses.

Todos os dados deste estudo serão mantidos confidenciais e anónimos. O conteúdo transcrito do *focus group* será identificado apenas por um código atribuído a cada participante, para que não possa ser reconhecido. Após a finalização da pesquisa, todos os dados relacionados aos participantes, gravações e transcrições serão eliminados num prazo máximo de 5 anos. Na divulgação dos resultados, não serão incluídas informações que possibilitem a identificação dos participantes.

NOME: _____

Declaro que li e compreendi as informações contidas neste documento. Foi-me assegurada a possibilidade de recusar a participação neste estudo a qualquer momento, sem quaisquer consequências. Assim, aceito participar nesta investigação e autorizo a utilização dos dados que forneço voluntariamente, confiando que serão usados exclusivamente para esta investigação, com as garantias de confidencialidade e anonimato asseguradas pela investigadora.

**APÊNDICE VI: “QUESTIONÁRIO DAS CARACTERÍSTICAS
SOCIODEMOGRÁFICAS DOS PARTICIPANTES NO *FOCUS
GROUP*”**

Caraterização dos Participantes do *Focus Group* - Radiodermite

Inquérito para determinação das características sociodemográficas e profissionais dos participantes do *Focus Group*

* Indica uma pergunta obrigatória

1. E-mail *

2. Idade *

3. Sexo *

Marcar apenas uma oval.

Feminino

Masculino

Outro

01/11/24, 19:40

Caraterização dos Participantes do Focus Group - Radiodermite

4. Área geográfica de exercício profissional *

Marcar apenas uma oval.

- Norte
- Centro
- Lisboa e Vale do Tejo
- Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma dos Açores
- Região Autónoma da Madeira

5. Habilitação académica *

Marcar apenas uma oval.

- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6. Área de especialização em Enfermagem *

Marcar apenas uma oval.

- Enfermagem Comunitária
- Enfermagem Médico-cirúrgica
- Enfermagem de Reabilitação
- Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
- Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica
- Não aplicável

https://docs.google.com/forms/d/1MVOYO_xqPbDTbxyV9sbwBVmjD6gbKZ7nTAmg3KbQ0GM/edit

2/3

01/11/24, 19:40

Caraterização dos Participantes do Focus Group - Radiodermite

7. Anos completos de exercício profissional como enfermeiro(a) *

8. Anos completos de exercício profissional na área da Radioterapia *

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

https://docs.google.com/forms/d/1MVOYO_xqPbDTbxyV9sbwBVmjD6gbKZ7nTAmg3KbQ0GM/edit

3/3

APÊNDICE VII: “GUIÃO DE ENTREVISTA DO *FOCUS GROUP*”

GUIÃO PARA O FOCUS GROUP DE PERITOS

Objetivo: analisar a perspetiva dos enfermeiros sobre o programa de intervenção de enfermagem para a prevenção e tratamento da radiodermite, relativamente à sua adequação e viabilidade.

Data ___/___/___	
Hora de início:	Hora de fim:
Local:	N.º de participantes:
Investigador principal:	Investigador secundário:

PREPARAÇÃO

- Preparar o documento com objetivos do estudo que serão abordadas no grupo focal para entregar aos participantes;
- Preparar o consentimento informado, livre e esclarecido de participação no grupo focal para ser assinada por cada um dos participantes e enviado por e-mail até 48h antes da reunião;
- Enviar formulário para ser preenchido pelos participantes com os dados sociodemográficos (idade; gênero; área geográfica de exercício profissional; habilitações académicas; especialização em enfermagem; anos de experiência profissional; anos de experiência em radioterapia);
- Preparar meios técnicos, computador e plataforma;
- Enviar link aos participantes com 48 horas de antecedência e nome código para aceder à reunião;
- Enviar o programa de intervenção proposto para análise pelos peritos;
- Seção de dúvidas sobre a plataforma Teams antes da reunião, se necessário;
- Preparar o questionário de validação do programa.

APRESENTAÇÃO

1. Apresentação do investigador.

2. Agradecimento pela disponibilidade e participação no *focus group*.
3. Apresentar o co-moderador/observador, que também se encontra presente na reunião, como recomendado por diversos autores, para permitir que o moderador se foque integralmente na condução da discussão. O co-moderador/observador terá a função de apoiar o moderador, registrando anotações, assegurando o funcionamento adequado dos equipamentos técnicos e gerenciando as condições logísticas.
4. Referir que o investigador moderar a reunião, promovendo o debate e realizando perguntas aos participantes de forma a obter a concentração de dados sobre o tema.
5. Apresentação do estudo e objetivos.
 - Explorar as intervenções, conteúdos, métodos e dose de programa de intervenção de enfermagem para a promoção do autocuidado à pessoa e a sua aplicabilidade no contexto clínico.
6. Informar sobre a duração prevista da reunião, cerca de 1 hora mais 30 minutos de tolerância.
7. Informar que não serão usados nomes reais durante a reunião de grupo, mas sim os nomes códigos que lhes foram atribuídos previamente para se identificarem.
8. Reforçar questões de confidencialidade, os participantes não vão ser identificados na transcrição dos dados.
9. Relembrar os participantes a não revelar nenhuma informação de identificação sobre si mesmos ou outros, como seus nomes, de forma proteger o anonimato.
10. Solicitar aos participantes que respondam com sinceridade e sem se preocuparem em dar respostas certas, pois não estão a ser avaliados, devendo dizer o que pensam.
11. Pedir que não existam conversas paralelas e privadas.

QUESTÕES ORIENTADORAS DO *FOCUS GROUP*

Analisar e discutir o programa ponto a ponto

- Organização
- Conteúdo
- Tempo e frequência
- Aplicabilidade clínica
- Pertinência

FINALIZAÇÃO DO *FOCUS GROUP*

1. Agradecer pela disponibilidade e pelo tempo dispensado.
2. Informar de que será enviado a transcrição para validação.
3. Disponibilizar-me para enviar resultados da investigação.
4. Perguntar se posso contactá-los em caso de dúvidas ou esclarecimentos adicionais, caso seja necessário.

**APÊNDICE VIII: “CHECKLIST CONSOLIDATED CRITERIA FOR
REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ)”**

Domínio 1 – Equipe de pesquisa e reflexibilidade	
Características pessoais	
1. Entrevistador/ entrevistador	O <i>focus group</i> foi moderado por um enfermeiro com 19 anos de experiência de prática clínica, dos quais 3 anos em cuidados oncológicos, sendo agora estudante de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.
2. Credenciais	O entrevistador possui licenciatura em enfermagem, atualmente a frequentar um mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Possui certificado de competências pedagógicas em formação inicial de formadores.
3. Ocupação	Enfermeiro com experiência em cuidados oncológicos, a trabalhar num hospital público, e a frequentar o 2º ano de Mestrado em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa sem situação crónica
4. Género	Feminino
5. Experiência e treinamento	O entrevistador tem experiência clínica em enfermagem oncológica e formação em metodologia de investigação qualitativa adquirida durante o mestrado. Já palestrou e foi moderador de eventos científicos. É formador registado.
Relacionamento com os participantes	
6. Relacionamento estabelecido	Não havia qualquer relação anterior entre o investigador e os participantes do <i>focus group</i> .
7. Conhecimento do participante sobre o entrevistador	Os participantes sabiam que o entrevistador era um enfermeiro e estudante de mestrado em enfermagem com interesse em investigar intervenções para a prevenção e tratamento da radiodermite.
8. Características do entrevistador	O entrevistador apresentou-se aos participantes como um investigador interessado nas perceções dos profissionais

	sobre o programa de intervenção. A sua experiência prática foi referida para contextualizar o seu papel na pesquisa.
Domínio 2 – Conceito do estudo	
Estrutura teórica	
9. Orientação metodológica e teoria	O estudo foi conduzido com base numa abordagem exploratória e descritiva, orientada pela metodologia qualitativa de Krueger e Casey (2015), que enfatiza o uso de <i>focus groups</i> para captar percepções e experiências em profundidade. A teoria utilizada foi a Teoria das Transições de Afaf Meleis.
Seleção dos participantes	
10. Amostragem	Foi utilizada a amostragem intencional, selecionando enfermeiros com experiência em radioterapia oncológica.
11. Método de abordagem	Os participantes foram abordados via email, através de convites enviados diretamente aos próprios, solicitando a sua participação voluntária no estudo. Os contactos desses enfermeiros foram cedidos por associações de enfermeiros oncológico e também obtidos por contacto direto com as instituições.
12. Tamanho da amostragem	Foram realizadas 2 sessões de <i>focus group</i> contou com a participação de 3 enfermeiros em cada, totalizando 6 peritos.
13. Não participação	Dos 7 enfermeiros confirmados para o primeiro <i>focus group</i> , apenas 3 estiveram presentes. Na segunda sessão, dos 5 confirmados, só 3 peritos é que estiveram presentes. Motivos de ordem pessoal foram evocados para justificar a ausência.
Cenário	
14. Cenário da coleta de dados	A recolha de dados foi realizada através de videoconferência pela plataforma <i>Teams</i>
15. Presença de não participantes	Durante a sessão, para além de entrevistador e os participantes, esteve presente o professor orientador do

	entrevistador, que ficou encarregue de articular os meios tecnológicos.
16. Descrição da amostra	A amostra incluiu seis enfermeiros, todos com experiência em cuidados de radioterapia, tendo todos mais de cinco anos de prática clínica nesta área.
Coleta de dados	
17. Guia da entrevista	Um guião semiestruturado foi utilizado para orientar a discussão, com questões que exploravam a perceção dos enfermeiros sobre o programa, sua utilidade, aplicabilidade e barreiras à implementação do programa de intervenção de enfermagem.
18. Repetição de entrevistas	Foram realizadas duas sessões, uma vez que não foi possível numa primeira entrevista reunir o número necessário de participantes para assegurar dados diversificados e relevantes.
19. Gravação de audiovisual	A sessão foi gravada em vídeo e áudio, com o consentimento dos participantes.
20. Notas de campo	Não foram feitas anotações de campo durante a sessão, não tendo surgido necessidade e uma vez que estava a ser gravada.
21. Duração	Cada sessão de <i>focus group</i> teve uma duração aproximada de 90 minutos.
22. Saturação de dados	A saturação dos dados foi atingida, pois os participantes trouxeram respostas e perceções semelhantes durante as discussões.
23. Devolução de transcrições	A transcrição da sessão foi realizada integralmente a partir do áudio, mantendo-se fiel às palavras dos participantes. Foi enviada para cada participante e foi validada por cada um deles.

Domínio 3 – Análise e resultados

Análise de dados	
24. Número de codificadores de dados	A codificação dos dados, foi realizada antes do <i>focus group</i> , tendo sido atribuído um nome código para entrar na reunião, tendo sido por esse nome que foram abordados e que comunicaram. Posteriormente, a cada nome código foi atribuído um número de participante (p. ex. P1, P2, ...).
25. Descrição da árvore de codificação	Uma árvore de codificação foi desenvolvida a partir dos temas emergentes, que incluiu categorias como "Ensinar sobre regime dietético", "Adequação dos produtos", "Sistemas de informação em uso" e "formação".
26. Derivação dos temas	Os temas foram derivados de forma indutiva, com base na análise do conteúdo das discussões do <i>focus group</i> .
27. Software	Não foi utilizado software de análise.
28. Verificação do participante	Os participantes foram convidados a rever os principais resultados da análise de forma a validar as conclusões preliminares.
Relatório	
29. Citações apresentadas	As percepções dos enfermeiros foram relatadas com base nas transcrições, dando ênfase às opiniões consensuais e às divergências e identificados por codificação.
30. Dados e resultados consistentes	As conclusões apresentadas foram consistentes com os dados coletados e basearam-se nas discussões e interpretações dos enfermeiros.
31. Clareza dos principais temas	Os principais temas identificados, como "intervenções de enfermagem", "ferramentas de apoio" e "abordagem terapêutica", foram apresentados de forma clara.
32. Clareza dos temas secundários	Temas menores, como "critérios de inclusão" e "dose das intervenções", foram também abordados, mas com menor destaque no relatório final.

**APÊNDICE IX: “TABELA DE CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS DO
FOCUS GROUP”**

Tema	Unidades de registo	Unidades de contexto
Organização	---	<p><i>“Eu acho que está muito bem organizado, muito bem sistematizado” (P1).</i></p> <p><i>“eu concordo” (P2).</i></p> <p><i>“eu concordo” (P3).</i></p> <p><i>“eu penso que em termos de organização, parece-me bem ...” (P4).</i></p> <p><i>“Eu acho que sim, que está bem estruturado” (P5).</i></p>
CrITÉrios de inclusão	Potencial para autocuidado/ cuidador	<p><i>“concordo com os critérios de inclusão” (P1).</i></p> <p><i>“também concordo com os critérios de inclusão” (P2).</i></p> <p><i>“eu concordo” (P3).</i></p> <p><i>“eu subentendi que estavam todos os doentes” “nós temos que os avaliar todos” (P4)</i></p> <p><i>“penso que o critério de ter capacidade ou ter um cuidador capacitado, não pode ser exclusivo” (...)</i></p> <p><i>“muitas vezes há situações de utentes que não dispõem nem de uma coisa nem de outra” (...)</i> <i>“Isso implica na mesma planeamento das intervenções, da realização de cuidados” (...)</i> <i>“utentes que têm défices de autocuidado (...) necessitam de uma vigilância muito mais apertada da nossa parte” (P5).</i></p>
Intervenções	---	<p>Avaliação Inicial</p> <p>(Haveria lugar a mais intervenções ou existem intervenções que não se aplicam?)</p> <p><i>“concordo com aquilo que está parametrizado” (P5).</i></p> <p><i>“concordo” (P4).</i></p> <p><i>“parece-me bem” (P6).</i></p> <p><i>“não tenho nada acrescentar” (P1).</i></p> <p><i>“não tenho nada a acrescentar, já é o padrão” (P2).</i></p> <p><i>“já são as intervenções realizadas no meu serviço” (P3)</i></p> <p>Prevenção</p> <p>(Haveria lugar a mais intervenções ou existem intervenções que não se aplicam?)</p>

<p>Ensinar sobre regime dietético</p>	<p><i>“Para mim falta aqui, (...), fazer ensinamentos sobre alimentação, sobre hidratação” “..., estes tratamentos têm repercussões não só a nível da pele, mas mais sistémicos, diminuições de apetite graves, há também as mucosites que surgem e que condicionam imenso a alimentação e a hidratação” (P5).</i></p> <p><i>“É assim que nós fazemos na instituição onde eu trabalho” (P4).</i></p> <p><i>“De minha parte que eu me esteja agora a lembrar, não” (P2).</i></p> <p><i>“acho que não” (P1)</i></p> <p>Tratamento</p> <p>(Haveria lugar a mais intervenções ou existem intervenções que não se aplicam?)</p> <p><i>“Parece-me abrangente, portanto, mais uma vez agora, de repente não me consigo lembrar de nada” (P2).</i></p> <p><i>“também acho que tem uma abrangência boa, e também não consigo recordar assim nada que pudesse acrescentar” (P1)</i></p> <p><i>“Eu passaria estas 2 últimas do quadro, para a linha de cima no âmbito da educação para a saúde” (...) “Para sabermos o que é que ele sabe e para planear os nossos cuidados” (P4)</i></p> <p>(Concordam P6 e P5?)</p> <p><i>“sim” (P6)</i></p> <p><i>“sim, eu concordo” (P5)</i></p>
<p>Referenciar para outros profissionais de saúde</p>	<p><i>“eu acho que é importante também aqui nós mostramos o papel que também temos, na referência para outros profissionais de saúde dentro do hospital. Nomeadamente assistentes sociais, nutricionistas, a pronto quando identificarmos situações em que há a necessidade de intervenção mais diferenciada a este nível” (P5)</i></p> <p><i>“também acrescentaria aqui, nas intervenções porque sabemos que nem sempre é possível mantermos o acompanhamento em meio hospitalar, a articulação</i></p>

	<p>Frequência da consulta</p>	<p><i>“quando estamos a falar da consulta de acolhimento no mínimo 30 minutos são sempre necessários” (...) “mas diria que os 20 minutos seriam necessários para os acompanhamentos, tirando a alta que voltamos a necessitar de 30 ou 45 minutos” (P2).</i></p> <p><i>O tempo que está preconizado, são de facto uns 20 minutos para cada uma das consultas” (...) “daí que muitas vezes não sejam suficientes, de facto, os 20 minutos Nem para a consulta inicial, nem tão pouco para a avaliação subsequente” (P3).</i></p> <p><i>“Concordo com estes timings” (...) “claro que dedicado a este assunto, se tivermos 20 minutos, seria ideal” (P4).</i></p> <p><i>“normalmente 30 minutos também é mais ou menos a nossa duração” (P6).</i></p> <p>Tratamento</p> <p><i>“eu retirava o diário e o em SOS porque pode ser 2 vezes por semana, 3 vezes por semana, sem serem SOS, ..., aqui a frequência é de acordo com a necessidade (P5).</i></p> <p><i>“sim” (em concordância com a colega P5) (P4).</i></p>
<p>Ferramentas de Apoio e Avaliação</p>	<p>Fatores Intrínsecos</p>	<p>Tabela 1</p> <p><i>(Aplica-se a tabela, são critérios que já utilizam?)</i></p> <p><i>“basicamente tínhamos um consenso em dar atenção a estes fatores que estão aqui definidos” (P1).</i></p> <p><i>“já fazem parte daquilo que é avaliação quando estamos a fazer a preparação do doente para a radioterapia” (P2).</i></p> <p><i>“sim” (P3).</i></p> <p><i>“sim, embora eu sinta falta aqui de fatores relacionados como” (...) “cirurgias, cicatrização anterior, se está totalmente cicatrizado” “completamente diferente o cuidado a uma pele, digamos, virgem que não teve ainda traumatismo nenhum, a de uma de uma cicatriz extensa ou de uma cicatriz que teve a dificuldade na cicatrização” (P5).</i></p>

	<p>Uniformização das ferramentas de avaliação</p> <p>(Subcategoria)</p> <p>Avaliação pelo enfermeiro e autoavaliação pela pessoa</p>	<p>Tabela 4 e 5</p> <p>(Na vossa opinião, são estas as escalas que mais se aplicam?)</p> <p><i>“é importante acima de tudo, que cada serviço, tenha a escala que todos falem exatamente a mesma língua, isso é o número um, ..., no meu serviço e dos sítios por onde passei, a RTOG é a maioritariamente utilizada” (...). Em serviços onde se fazem muitos estudos científicos, a CTCAE é a dirigida” (P2).</i></p> <p><i>“A minha experiência é que toda a gente no serviço, utiliza a escala RTOG” (P1).</i></p> <p><i>“Eu acho que essencialmente o que importa é que Toda A Gente usa a mesma classificação, ..., o mais importante de tudo é haver uniformização da tabela que se utiliza” (P5).</i></p> <p><i>“sim” (P4).</i></p> <p><i>“Eu também utilizo a RTOG, no nosso serviço é a que utilizamos. Concordo com a inclusão da CTCAE, ..., mas se calhar também incluir, porque agora surgem novas escalas para, que além da avaliação do profissional, inclui a avaliação do próprio doente, nomeadamente a RISRAS” (P3).</i></p> <p>Tabela 6</p> <p><i>“carece de alguma revisão, ..., há algumas coisas que não fazemos por precauções dosimétricas e também pela questão de não ser adequada em termos de tratamento de feridas” (...). “a questão da sulfadiazina de prata, a questão do corticoide tópico, ..., na minha prática nós não utilizamos, só utilizamos mesmo em última instância” (P3).</i></p> <p><i>“felizmente eu conheço estas guidelines, portanto não me choca que esteja aqui todos estes elementos descritos” (...). “na minha experiência o uso como forma preventiva dos corticoides, ..., são utilizados apenas em último recurso” (...). “a sulfadiazina de prata, ..., está a ser misturada num sítio de prevenção” (...). “seria talvez melhor, tentar dentro da tabela de recomendação para a prática, criar uma área onde são só utilizados os elementos de prevenção e outra do tratamento” (P2).</i></p>
<p>Abordagem terapêutica</p>	<p>Adequação dos produtos (material de penso e pomadas)</p>	

		<p><i>“lá no serviço utilizamos outro tipo de cremes que não estão aqui mencionados” (P1).</i></p> <p><i>“há aqui algumas discrepâncias em relação àquilo que é a nossa prática” (...) já vi lá atrás que a recomendação do mepitel filme exclusiva área da mama, não é essa a realidade actual! Portanto, já há vários estudos que confirmam que não há qualquer efeito de bolus desta película e que pode ser utilizada em qualquer situação, desde que seja adaptada às características da zona e permitam uma boa adesão e aderência e tudo mais e, portanto, não sei se isto aparece como descritos com exclusivo para a mama, mas não” (...) “penso que falta aqui o flamigel, o flaminial, que hoje em dia também é muito utilizado em graus 2,3, ... hidrogel... é que em termos de materiais, há muita coisa que não consta daqui, e que faz parte da nossa prática” (...) “com bons resultados e sobretudo, no controlo dos graus 3, seja as octenidinas, ou a polihexanida biguanida. Claro que estamos a falar de uma gama de antimicrobianos que se utiliza numa fase, em que é a tal, descontrolo da colonização e que têm efetivamente muito bons resultados. Não só a sulfadiazina de prata temos, outros, também com bastante efeito e até mais fáceis de aplicar” (P5).</i></p> <p><i>“a parte aqui do tratamento, ..., não está tão se calhar adequada à nossa realidade. Faltam aqui outros recursos de outros materiais que nós utilizamos, mas que lá está, não há evidência para poder estar incluído neste resumo. Há a nossa evidência da prática, mas que não a registámos nem publicados em lado nenhum” (P4).</i></p>
<p>Barreiras à implementação do programa</p>	<p>Adequação estrutural</p> <p>Disponibilidade de tempo</p>	<p><i>“no nosso serviço, pecamos por não ter espaço nem tempo para fazer uma reavaliação” (...) “o que temos pena, é de não fazer as consultas de acompanhamento” (...) “e só quando doente já está com uma lesão, com desconforto e com dor, às vezes é que nos procura” (P1).</i></p> <p><i>“Pode não ser suficiente os 20 minutos para todos os doentes, sim muitas das vezes não, mas é o tempo que está estabelecido na Instituição” (P3).</i></p>

	<p>Sistema de informação em uso (linguagem CIPE)</p>	<p><i>“Fazemos muito mais do que está ali. E depois não temos tempo, mas isso era outra discussão” (P4).</i></p> <p><i>“É diferente do que nós temos” (P2).</i></p> <p><i>“o nosso sistema de registo é rudimentar” (P1).</i></p> <p><i>“Mas também porque em termos de registos, estamos às vezes limitados a este tipo de linguagem” (P5).</i></p> <p><i>“na minha instituição ainda não tenho a lesão por radiação, porque a CIPE que o meu programa utiliza ainda não tem” (...) “no último catálogo de 2019 já temos o ensinar sobre radioterapia. Na minha instituição ainda não podemos utilizar essas intervenções porque elas não estão carregadas” (...) “não há nenhuma escala associada ao SClínico que nos permita fazer a classificação” (...) “Porque nós escrevemos em observações e não conseguimos depois a recolher dados” (P4).</i></p> <p><i>“É a mesma coisa na minha instituição também. Ainda não temos ferida específica para a radiodermite, ainda continua o mesmo, as intervenções e os diagnósticos em ferida” (P5).</i></p> <p><i>“aqui é igual” (P6).</i></p> <p><i>“o registo das intervenções, se calhar, acaba por ser a área em que temos maior dificuldade, porque efetivamente os programas de que dispomos, não são nada nurse friendly, sobretudo nos de radioterapia, não é? E pelas questões que já que já falámos e eu acho que fico sempre um bocadinho com aquela sensação que fiz muito mais do que aquilo que fica registado, e sobretudo quando se tem 40 doentes num dia não é fácil” (P5).</i></p> <p><i>“acho que sim, já falámos acerca do registo e eu acho que é, concordo com a colega, disse. E também sinto isso quando estou a efetivar aos registos. Falta lá ficar muito, muita informação acaba por os nossos registos não traduzem, principalmente no SClínico de forma clara” (...) “Fazemos muito mais do que está ali. E depois não temos tempo, mas isso era outra discussão” (P4).</i></p>
--	--	--

<p>Responsável pela implementação</p>	<p>Formação</p>	<p><i>“a parte da prevenção têm formação geral importante para o conhecimento de qualquer profissional de saúde e mesmo das pessoas de modo geral” (P4).</i></p> <p><i>“só ajustaria aqui algumas especificidades. Depois, de acordo com as situações, mas de resto, aliás, é muito semelhante ao modelo e que nos rege aqui e penso que sim. Qualquer serviço de radioterapia beneficiava de uma intervenção destas, sistematizada e orientada para as necessidades do doente” (P5).</i></p> <p><i>“Sim, certamente será útil, embora nunca isoladamente de uma intervenção a nível de formação, porque o que está aqui é muito geral e o treino, por exemplo, o tratamento de uma radiodermite grau 3 ou mesmo na área da prevenção, na utilização de outro tipo de produtos que não os habituais, cremes e tudo mais, é uma coisa que necessita de bastante formação, bastante atualização. Mas claro que isto é um princípio de algo que pode ser expandida a esses níveis depois de preparação desses colegas, que efetivamente necessitam de prestar cuidados, mas não tem, não disponibilizam as ferramentas necessárias” (P5).</i></p>
--	-----------------	--

**APÊNDICE X: “PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM
ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE PESSOAS
SUBMETIDAS A RADIOTERAPIA – VERSÃO FINAL”**

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA RADIODERMITE EM PESSOAS SUBMETIDAS A RADIOTERAPIA

1. INTRODUÇÃO

A radiodermite é a complicação mais prevalente da radioterapia (RT), e consiste numa reação inflamatória cutânea, que pode ser aguda ou crónica, resultante da exposição à radiação ionizante (Agbejule et al., 2021; Wolf & Hong, 2023).

A prevenção e o tratamento desta condição são essenciais para a promoção da qualidade de vida e para assegurar a continuidade do tratamento oncológico (Leventhal & Young, 2017; Burke et al., 2022).

Este programa foi desenvolvido com base na evidência científica disponível e nas *guidelines* mais recentes, nomeadamente das seguintes organizações: *Oncology Nursing Society* (ONS) de 2020, *Society and College of Radiographers* (SCoR) de 2020, *International Society for Nurses in Cancer Care* (ISNCC) de 2021, e *Multinational Association for Supportive Care in Cancer* (MASCC) de 2023.

O objetivo geral é delinear intervenções preventivas e terapêuticas para mitigar os efeitos da radiodermite. Além disso, é fundamental a uniformização das intervenções de enfermagem, garantindo uma prática baseada na evidência, com o objetivo de obter ganhos em saúde.

O **profissional responsável pela implementação** deve ser o **enfermeiro de RT**, na sua ausência deverá ser um enfermeiro com formação em RT.

2. OBJETIVOS

- Prevenir o desenvolvimento de radiodermite em pessoas submetidas a RT;
- Reduzir a gravidade da radiodermite em pessoas afetadas;
- Capacitar a pessoa e/ou cuidador para a autogestão da condição;
- Promover a cicatrização da radiodermite e o bem-estar da pessoa;
- Minimizar interrupções no tratamento de RT devido a complicações cutâneas.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO NO PROGRAMA

No módulo da avaliação inicial:

- Pessoas submetidas a RT

No módulo das intervenções preventivas:

- Pessoas com potencial para o autocuidado;
- Pessoas sem potencial para o autocuidado, mas com cuidador capacitado para a realização dos cuidados;
- No caso de pessoas sem potencial para o autocuidado e sem cuidador, aplicam-se apenas as intervenções assinaladas com *.

No módulo das intervenções terapêuticas:

- Pessoas com radiodermite com potencial para o autocuidado;
- Pessoas com radiodermite sem potencial para o autocuidado, mas com cuidador capacitado para a realização dos cuidados;
- Pessoas com radiodermite sem potencial para o autocuidado e sem cuidador, aplicam-se apenas as intervenções assinaladas com *.

4. METODOLOGIA DAS SESSÕES

- Realizadas de forma individual ajustadas às necessidades da pessoa, tendo em consideração o potencial de conhecimento e capacidade da mesma.
- Envolver o familiar/cuidador, sempre que possível, explicando o plano de cuidados para promover a autonomia da pessoa.

5. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO INICIAL

Módulo 1: Avaliação Inicial			
Objetivo	Realizar a avaliação inicial; Validar o potencial da pessoa/cuidador para o autocuidado à pele.		
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da Intervenção
- Ativo: Entrevista - Observacional	- Recolha sistemática de dados objetivos e subjetivos - Inferir diagnósticos após análise dos dados obtidos	- Avaliar a pele (Bennett et al., 2020; Agbejule et al., 2021); - Identificação de fatores de risco (Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020)(ver tabela 1); - Avaliar o potencial para melhorar o conhecimento; - Avaliar autocuidado à pele (Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020); - Avaliar conhecimento e capacidade do cuidador para assistir no autocuidado à pele (caso a pessoa não tenha potencial).	Duração: Na admissão; Frequência: 1 sessão; Quantidade: 10 a 20 minutos.

Tabela 1 - Fatores Intrínsecos e Extrínsecos que Influenciam o Desenvolvimento e a Gravidade da Radiodermite

Fatores Intrínsecos	
Idade	O ciclo celular epidérmico é afetado pelo envelhecimento, levando a maior fragilidade cutânea e aumento do tempo de cicatrização.
Nutrição	Um défice nutricional afeta a capacidade de regeneração tecidual.
Tabaco	O consumo de tabaco prejudica o fluxo sanguíneo e reduz os níveis de oxigênio no corpo, o que agrava as reações na pele e compromete a capacidade de regeneração dos tecidos.
Comorbilidades	Condições como diabetes, doenças vasculares ou autoimunes podem aumentar a gravidade de reação da pele e prejudicam a capacidade de regeneração tecidual.
UV exposição/origem étnica	Pessoas com exposição prolongada a raios UV/origem étnica, apresentam um aumentado da gravidade de reação da pele em comparação com pessoas de pele branca.
Obesidade	As pregas cutâneas aumentam a toxicidade, quer pela fricção quer pela humidade presente. O tecido adiposo pode comprometer a cicatrização.
Infeção	Infeções bacterianas e/ou fúngicas podem lesionar as células da camada basal, o que pode retardar o processo de cicatrização.
* Ferida cirúrgica/ferida em fase de cicatrização	Segundo opinião de peritos , dar especial atenção se envolver na zona alvo de tratamento, uma vez que a radiação irá impactar o processo natural de cicatrização.
Fatores Extrínsecos	
Radioterapia	Doses mais altas, campos de irradiação maiores e sessões de RT mais prolongadas podem levar a uma maior probabilidade de radiodermite.
Radiossensibilizantes	Algumas terapêuticas antineoplásicas são radiosensibilizantes (por exemplo, 5-fluorouracil e cisplatina), em concomitância aumentam a gravidade da reação cutânea.
Irritantes químicos/térmicos/mecânicos	Os irritantes podem agravar a reação cutânea e atrasar o processo de cicatrização. Certos produtos para cuidados com a pele podem conter ingredientes classificados como irritantes (exemplo: lauril sulfato de sódio). Temperaturas extremas ou fricção também agravam a reação cutânea.

Fonte: adaptado de (Spalek, 2016; Burke et al., 2022; Wolf & Hong, 2023; Bennett et al., 2020; Trueman, 2015); * resultante de opinião de peritos em um *focus group*

INTERVENÇÕES PREVENTIVAS À PESSOA SUBMETIDA A RADIOTERAPIA (SEM LESÃO)

Assegurar antes das intervenções no contexto preventivo:

- Pessoa e/ou cuidador com disponibilidade para aprender;
- Pessoa sem dor, e/ou outra circunstância que influenciem a concentração na educação para a saúde, incluindo do cuidador.

As intervenções de enfermagem no contexto da prevenção de radiodermite estão direcionadas ao fenómeno autocuidado da pele.

Módulo 2: Intervenções Preventivas			
Objetivos	Promover o conhecimento sobre cuidados à pele; Promover a integridade da pele.		
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da Intervenção
- Expositivo - Demonstrativo - Ativo	- Educação para a saúde (verbal e escrita) - Recolha sistemática de dados	- Ensinar sobre os efeitos da RT na pele; - Ensinar sobre complicações da pele inerentes à RT (Bennett et al., 2020); - Ensinar sobre cuidados gerais à pele (ver tabela 2) (Bennett et al., 2020); - Ensinar sobre prevenção de complicações da pele (ver tabela 2) (Bennett et al., 2020); - Providenciar recurso educativo para autogestão (p. ex. folheto) (Bennett et al., 2020); - Promover a consciencialização antecipada da pessoa/cuidador sobre cuidados à pele (Bennett et al., 2020).	Duração: Na admissão, e prolongar até aquisição dos conhecimentos; Frequência: 1 sessão (repetir se necessário); Quantidade: 20 a 30 minutos.

		<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para outros profissionais de saúde (p. ex. nutrição, psicologia ou consultas de cessação tabágica) (Bennett et al., 2020)* 	
		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento e a capacidade da pessoa/cuidador sobre: cuidados gerais à pele; sinais e sintomas de radiodermite; e prevenção de complicações da pele (Bennett et al., 2020); - Promover autovigilância da pele (Bennett et al., 2020); - Orientar para comportamento de procura de saúde, perante identificação de complicações da pele (Bennett et al., 2020); - Avaliar a pele (Bennett et al., 2020; Agbejule et al., 2021); * - Implementar regime de cuidados à pele. * 	<p>Duração: no dia do 1º tratamento, e prolongar até aquisição dos conhecimentos;</p> <p>Frequência: 1 sessão</p> <p>Quantidade: 20 a 30 minutos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrativo - Ativo 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados - Recolha sistemática de dados 	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o conhecimento e a capacidade da pessoa/ cuidador para autocuidado da pele (Bennett et al., 2020); - Avaliar o conhecimento e a capacidade da pessoa/ cuidador para autogestão das complicações (Bennett et al., 2020); - Avaliar a pele (Bennett et al., 2020; Agbejule et al., 2021);* - Implementar regime de cuidados à pele. * 	<p>Duração: durante o tratamento e até 14 dias após o fim da RT;</p> <p>Frequência: diária ou semanal (ajustar conforme os fatores de risco e aquisição dos conhecimentos);</p> <p>Quantidade: 5 a 10 minutos.</p>

Tabela 2 - Cuidados Gerais da Pele e Objetivos da Prevenção

Cuidados à pele	Objetivos
<ul style="list-style-type: none"> - Banhos curtos, de baixa pressão e com água morna - Sabão/gel de banho fisiológico (ph 5-6) - Não esfregar a área de tratamento - Secar a pele com toalha macia ao toque (não esfregar) - Hidratar a pele diariamente com creme emoliente sem álcool e sem perfume 	<p>Promover a Higiene e Hidratação da Pele</p>
<ul style="list-style-type: none"> - A área de tratamento não deve ser exposta diretamente ao sol e vento - Usar protetor solar com fator de proteção 50+, se pele integra, e após termino do tratamento - Afastar-se de fontes de calor (fogão, lareira e aquecedores) - Evitar banhos em piscinas com cloro - Ingerir em média 2 L de água por dia e manter uma alimentação saudável 	<p>Proteger a Pele do Meio Ambiente e Mantê-la Saudável</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Usar roupas largas para reduzir o atrito - Junto à pele usar tecidos de algodão - Usar desodorizante habitual, descontinuar se pele irritada ou com alterações da integridade - Não usar adesivos, almofadas térmicas (quente ou frio) na área em tratamento - Não coçar, esfregar, ou massajar a área em tratamento - Não usar joias na área de tratamento - Não fazer a barba (apenas pode usar barbeador elétrico) ou depilação (cera ou cremes de depilação) - Não utilizar perfumes nem produtos que contenham álcool ou à base de petróleo 	<p>Promover o Conforto e Proteger a Pele Contra Lesões</p>

Fonte: Adaptado de (Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020; Cancer Institute NSW, 2023; Wolf & Hong, 2023)

INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS

Após desenvolvimento da **radiodermite** ou **lesão por radiação**, termo atribuído à radiodermite, como fenómeno de enfermagem na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (International Council of Nurses, 2024) conforme linguagem CIPE®.

A **lesão aguda por radiação**, é uma condição que se manifesta até 90 dias após o início do tratamento, ocorre gradualmente durante a RT fracionada, depende da dose de radiação (tabela 3) e da sensibilidade individual da pele. O seu início pode variar de dias a semanas e, geralmente, continua a progredir até 10 a 14 dias após a conclusão da RT (Wolf & Hong, 2023).

Tabela 3 – Alterações Agudas da Pele Induzidas por Radiação

Dose (Gy)	2 a 20	6 a 10	20 a 25	30 a 40	> 40
Efeitos cutâneos	Eritema/ Hiperpigmentação	Epilação	Descamação Seca	Descamação Húmida	Ulceração

Fonte: adaptado de (Wolf & Hong, 2023)

A **lesão crónica por radiação**, aparece meses (após 90 dias do termino da RT) a anos após a exposição à radiação. Ela é caracterizada por fibrose dérmica e alterações cutâneas, nomeadamente alterações da pigmentação, atrofia e telangiectasias, derivado a doses de radiação superiores a 45 Gy (Wolf & Hong, 2023).

As intervenções de enfermagem no contexto do tratamento de radiodermite estão direcionadas aos fenómenos: lesão por radiação, dor e stress.

Módulo 3: Intervenções Terapêuticas			
Objetivos	Promover o conforto e controlo da dor Reduzir o risco de complicações e traumas Prevenir a infeção Promover a epitelização e cicatrização da lesão por radiação		
Método	Atividades/ Ações	Intervenções de Enfermagem	Dose da Intervenção
- Demonstrativo - Expositivo	- Educação para a saúde - Recolha sistemática de dados	- Avaliar conhecimento da pessoa/cuidador sobre cicatrização da lesão por radiação; - Avaliar a capacidade da pessoa/cuidador para autogestão de complicação da lesão por radiação; - Ensinar sobre cicatrização da lesão por radiação (ex. alimentação, hidratação); - Ensinar sobre cuidados à lesão por radiação; - Ensinar sobre sinais de complicação da lesão por radiação (ex. infeção); - Orientar para comportamento de procura de saúde, perante identificação de complicações da lesão por radiação (Bennett et al., 2020).	Duração: no início da lesão por radiação, e prolongar até aquisição dos conhecimentos; Frequência: 1 sessão (repetir se necessário); Quantidade: 10 a 20 minutos.
- Demonstrativo - Ativo	- Prestação de cuidados - Recolha sistemática de dados	- Avaliar a lesão por radiação, classificando conforme a escala de avaliação de radiodermite (Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020; Agbejule et al., 2021) (ver tabela 4, 5 e 6); * - Monitorizar a dor, gerir analgesia e/ou utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor (Bennett et al., 2020); *	Duração: durante o tratamento e após o término da RT até cicatrização completa da lesão por radiação; Frequência: conforme necessidade

Programa de Intervenção de Enfermagem na Prevenção e Tratamento da Radiodermite

		<ul style="list-style-type: none">- Executar tratamento à lesão por radiação e aplicar penso conforme a necessidade, baseado em evidência científica (ver tabela 6); *- Prevenir o stress (minimizar os fatores dificultadores no processo de transição: ansiedade, desconforto, dor); *- Encaminhar para outros profissionais de saúde (p. ex. nutrição ou psicologia) (Bennett et al., 2020); *- Referenciar para cuidados de saúde primários (quando necessária continuidade de cuidados fora da unidade de RT) (Bennett et al., 2020). *	Quantidade: 20 a 30 minutos.
--	--	---	------------------------------

Tabela 4 - Escala de Avaliação da Toxicidade Aguda da Pele por Radiação

CRITÉRIOS RTOG /EORTC					
0	1	2	3	4	5
No change over baseline	Follicular, faint or dull erythema; Epilation; Dry desquamation; Decreased sweating.	Tender or bright erythema; Patchy moist desquamation; Moderate edema.	Confluent, moist desquamation other than skin folds; Pitting edema.	Ulceration; Hemorrhage; Necrosis.	-
CRITÉRIOS CTCAE versão 5.0					
0	1	2	3	4	5
-	Faint erythema or dry desquamation.	Moderate to brisk erythema; Patchy moist desquamation; Mostly confined to skin folds and creases; Moderate edema.	Moist desquamation in areas other than skin folds and creases; Bleeding induced by minor trauma or abrasion.	Life-threatening consequences; Skin necrosis or ulceration of full thickness dermis; Spontaneous bleeding from involved site; Skin graft indicated.	Death

Fonte: adaptado de (Cox et al., 1995; National Institutes of Health, National Cancer Institute, 2017)

Tabela 5 - Escala de Avaliação da Toxicidade Tardia da Pele por Radiação

CRITÉRIOS RTOG/EORTC					
0	1	2	3	4	5
None	Slight atrophy; Pigmentation change; Some hair loss.	Patch atrophy; Moderate telangiectasia; Total hair loss.	Marked atrophy; Gross telangiectasia.	Ulceration	Death directly related to

Fonte: adaptado de (Cox et al., 1995)

Tabela 6 – Escala de Avaliação de Reações Cutâneas Induzidas por Radiação (RISRAS - Radiation-Induced Skin Reaction Assessment Scale)

INSTRUCTIONS FOR USE		DESCRIPTORS TO ASSIST IN GRADING THE SIGNS										
1. Rate “erythema” by recording the degree of colour change 2. Rate “dry desquamation”, “moist desquamation” and “necrosis” by evaluating the proportion (%) of the treatment area affected by that particular reaction 3. Record your gradings (1–4) on the ongoing assessment scale 4. Record the patient’s symptom scale grades on the ongoing assessments scale 5. Total the scores	Erythema Erythema is an indication of an inflammatory reaction. The initial response is reflected as a pale pink colour. The skin colour may then increase in intensity to slightly red or mottled and it may then develop from a brilliant red to a deep red or purplish colour.	Moist desquamation Moist desquamation is characterized by brilliant erythema, the formation of blisters, exudative ulceration and/or loss of the epithelial layers of the skin. Bleeding may also occur.										
	Dry desquamation Dry desquamation may follow the initial inflammation. The skin becomes very dry, scaly and flaky. The cells may also become quite dark and at times almost black, before they peel off.	Acute necrosis Complete destruction of the epidermis and ulcer formation is very rare. Necrosis is demonstrated by black necrotic tissue or necrotic ulcer formation with complete destruction of the epidermis.										

ONGOING ASSESSMENT SCALE											
Data	N.º fração	E	DD	MD	N	PAIN	ITCH	BURN	WARM	ADL’S	TOTAL

PATIENT SYMPTOM SCALE				
SYMPTOMS	NOT AT ALL	A LITTLE	QUITE A BIT	VERY MUCH
Do you have any tenderness, discomfort or pain of your skin in the treatment area?	1	2	3	4
Does your skin in the treatment area itch?	1	2	3	4
Do you have a burning sensation of your skin in the treatment area?	1	2	3	4
Does the skin in the treatment area feel warm?	1	2	3	4
To what extent has your skin reaction and your symptoms affected your day-to-day activities?	1	2	3	4

HEALTH CARE PROFESSIONAL ASSESSMENT SCALE					
	0	1	2	3	4
ERYTHEMA (E)	0 (Normal skin)	1 (Dusky pink)	2 (Red)	3 (Brilliant red)	4 (Deep red-purple)
DRY DESQUAMATION (DD)	0 (Normal skin)	1 (<25%)	2 (>25–50%)	3 (>50–75%)	4 (>75–100%)
MOIST DESQUAMATION (MD)	0 (Normal skin)	1.5 (<25%)	2.5 (>25–50%)	3.5 (>50–75%)	4.5 (>75–100%)
NECROSIS (N)	0 (Normal skin)	2 (<25%)	3 (>25–50%)	4 (>50–75%)	5 (>75–100%)

Fonte: adaptado de (Nobel-Adams, 1999)

Tabela 7 - Recomendações das Diferentes *Guidelines* para a Prevenção e Tratamento da Radiodermite

TIPOS DE TRATAMENTO	SCoR 2020	ONS 2020	ISNCC 2021	MASCC 2023
AGENTES NATURAIS	Não recomendam uso de qualquer tópico	<ul style="list-style-type: none"> • Não recomendam uso de óleo de emu e calêndula; • Não fazem qualquer recomendação para o uso de Aloé Vera 	Não recomendam uso de Aloé Vera	Óleo de oliva
MATERIAL DE PENSO	<ul style="list-style-type: none"> • Pensos não adesivos; • Pensos de silicone de baixa adesão; • Não recomendam o uso de produtos à base de parafina/vaselina ou violeta de genciana. 	Pensos semipermeáveis	Penso em gel para formação de película à base de silicone - não necessita de ser removido antes da RT (P) ³	<ul style="list-style-type: none"> • Mepitel film – para cancro da mama (P) • Hydrofilm (P) • Mepilex Lite (T)
ANALGESIA	Assegurar prescrição de analgesia se necessário	-	-	-
CORTICOIDES TÓPICOS	• Uso de corticoides só é recomendado para prevenção em pessoas com alto risco de desenvolver radiodermite de grau elevado. ¹	Corticoides tópicos (P; T) ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Betametasona 17- Valerato (P; T)^{1,2} • Furoato de Mometasona (P; T)^{1,3} 	<ul style="list-style-type: none"> • Betametasona (P) • Mometasona (P)
AGENTES TÓPICOS NÃO ESTERÓIDES	Não recomendam uso de qualquer tópico		-	-
FOTOBIMODULAÇÃO	Necessário mais investigação para que possa ser recomendada	-	-	Fotobiomodulação para o cancro da mama (P)

Programa de Intervenção de Enfermagem na Prevenção e Tratamento da Radiodermite

ANTIBIÓTICOS	Antibióticos após diagnóstico microbiológico	Sulfadiazina de prata (T)	-	-
CUIDADOS GERAIS COM A PELE	Em conformidade com a tabela 2	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza da pele com sabão neutro e água morna; • Ter cuidado ao entrar em banheiras de hidromassagem, nadar em lagos e expor-se ao sol durante e imediatamente após o tratamento; • Uso de antitranspirante/ desodorizante. 	-	<ul style="list-style-type: none"> • Limpeza da pele com água, e com ou sem sabão neutro; • Uso de antitranspirante/ desodorizante.

Fonte: Adaptado de (Bennett et al., 2020; Gosselin et al., 2020; Agbejule et al., 2021; Behroozian et al., 2023; Behroozian T & Group, 2023)

(P -prevenção; T- tratamento)

¹ Não aplicar em pele com solução de continuidade e/ou com sinais de infecção (Bennett et al., 2020; Agbejule et al., 2021)

² Recomendação moderada; Não aplicar na área irradiada durante a RT, para evitar uma dose extra, que pode agravar a reação cutânea.

³ Recomendação fraca (evidências limitadas e de baixa qualidade)

6. AVALIAÇÃO E REGISTO

Avaliação do conhecimento e capacidade	Avaliar a evolução do conhecimento e capacidade sobre os cuidados à pele e promoção da cicatrização da lesão por radiação, da pessoa e/ou cuidador, permite ajustar a educação para saúde de acordo com as suas necessidades específicas, garantindo uma abordagem centrada na pessoa/cuidador.
Monitorização contínua	É necessário um acompanhamento constante, de forma a avaliar a pele a eficácia das intervenções realizadas e adequar as intervenções conforme necessário (Bennett et al., 2020).
Registo das intervenções	O registo detalhado de todas as intervenções, alterações da pele e evolução do estado da pessoa é fundamental. Isso contribui para a melhoria da continuidade de cuidados, garantindo que os profissionais envolvidos no tratamento tenham acesso às informações mais atualizadas (Bennett et al., 2020).

7. CONCLUSÃO

O tratamento da radiodermite consiste em uma abordagem combinada de medidas preventivas e terapêuticas, com o objetivo de minimizar os sintomas e promover a cicatrização da pele. A educação contínua para a saúde, tanto da pessoa quanto do cuidador, é fundamental para prevenir e reduzir a incidência da radiodermite.

Ao incorporar intervenções de enfermagem baseadas em evidências científicas no plano geral de cuidados, os enfermeiros podem contribuir para a redução da incidência e a gravidade da radiodermite, melhorando o conforto da pessoa e os resultados do tratamento, promovendo assim, uma transição saudável.

A monitorização contínua e o registo detalhado das intervenções são essenciais para garantir cuidados personalizados e eficazes, promovendo a melhoria contínua do estado da pessoa e a coordenação entre os profissionais de saúde.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agbejule, A., Hargrave, C., Chia, D., James, F., Schwarz, F., Fen, G., Erikson, J., Teh, J., Benstead, K., Drapek, L., Solomon, O., Rose, P., Smith, S., Shun, S.-C., Mak, S., Gosselin, T., Lorenzo, V., & Vallabh, V. (2021). Evidence-Based Guidelines for the Prevention & Management of Radiation Dermatitis. *International Society of Nurses in Cancer Care*.
- Behroozian T, B. P., & Group, M. A. (2023). Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) clinical practice guidelines for the prevention and management of acute radiation dermatitis: international Delphi consensus-based recommendations. *The Lancet Oncology*, 24(4), pp. e172-e185. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(23\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00067-0).
- Behroozian, T., Bonomo, P., Patel, P., Kanee, L., Finkelstein, S., Lam, H., Patel, P., Kanee, L., Lee, S. F., Chan, A. W., Wong, H. C., Caini, S., Mahal, S., Kennedy, S., Chow, E., Bonomo, P., & Group, M. A. (2023). MASCC clinical practice guidelines for the prevention and management of acute radiation dermatitis: part 1) systematic review. *The Lancet Oncology*, 24(4), pp. E172-E185. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(23\)00067-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00067-0)
- Bennett, C., Burke, G., Davies, R., Faithfull, S., Harris, R., Probst, H., Samuels, L., Reed, M., & Robins, S. (2020). The Society and College of Radiographers Practice Guideline Document Radiation Dermatitis Guidelines for Radiotherapy Healthcare Professionals.
- Burke, G., Faithfull, S., & Probst, H. (2022). Radiation induced skin reactions during and following radiotherapy: A systematic review of interventions. *Radiography*, 28, pp. 232-239. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.radi.2021.09.006>
- Cancer Institute NSW. (2023). *Skin changes and skin care during radiation therapy - patient information*. eviQ - NSW Government: <https://www.eviq.org.au/patients-and-carers/patient-information-sheets/managing-side-effects/3101-skin-changes-and-skin-care-during-radiation-t>
- Cox, J. D., Stetz, J., & Pajak, T. F. (1995). Toxicity criteria of the radiation therapy oncology group (RTOG) and the european organization for research and treatment of cancer (EORTC). *International Journal of Radigition Oncology - Biology - Physics*, 31(5), pp. 1341-1346. [https://doi.org/10.1016/0360-3016\(95\)00060-C](https://doi.org/10.1016/0360-3016(95)00060-C)
- Gosselin, T., Ginex, P. K., Backler, C., Bruce, S. D., Hutton, A., Marquez, C. M., McGee, L. A., Shaftic, A. M., Suarez, L. V., Moriarty, K. A., Maloney, C., Vrabel, M., & Morgan, R. L. (2020). ONS Guidelines™ for Cancer Treatment-Related Radiodermatitis. *Oncology Nursing Forum*, 47(6), pp. 654-670. <https://doi.org/10.1188/20.ONF.654-670>
- International Council of Nurses. (2024). ICNP Browser. *International Council of Nurses*. Suíça. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Leventhal, J., & Young, M. R. (2017). Radiation Dermatitis: Recognition, Prevention, and Management. *Oncology (Williston Park, N.Y.)*, 31(12), pp. 885-899. <https://www.cancernetwork.com/view/radiation-dermatitis-recognition-prevention-and-management>
- Mitin, T., Shih, H. A., & Vora, S. R. (2023). Radiation therapy techniques in cancer treatment. *UpToDate*.

- National Institutes of Health, National Cancer Institute. (2017). *Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 5.0*.
https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/docs/CTCAE_v5_Quick_Reference_8.5x11.pdf
- Nobel-Adams, R. (1999). Radiation-induced skin reactions. 2: Development of a measurement tool. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 8(18), pp. 1208-1211. <https://doi.org/10.12968/bjon.1999.8.18.6490>
- Spalek, M. (2016). Chronic radiation-induced dermatitis: challenges and solutions. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, pp. 473-482.
<https://doi.org/10.2147/CCID.S94320>
- Trueman, E. (2015). Management of radiotherapy-induced skin reactions. *International Journal of Palliative Nursing Vol 21, No 4*, pp. 187-192.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2015.21.4.187>
- Wolf, J. R., & Hong, A. M. (2023). Radiation dermatitis. *UpToDate*.

ANEXOS

**ANEXO I: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO PÓSTER:
“PREVENÇÃO DA INFEÇÃO NA PESSOA COM NEUTROPENIA
INDUZIDA POR TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO”**

ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

5º CONGRESSO INTERNACIONAL
IACS2023

CERTIFICADO

Florinda Peito, Liliana Barbosa

Certifica-se que:

apresentou o **póster** intitulado: **“Prevenção da Infecção na Pessoa com Neutropenia Induzida por Tratamento Anti-Neoplásico”**, inserido no 5º Congresso Internacional IACS 2023: Desafios e Inovação em Controlo de Infecção, realizado nos dias 26 e 27 de outubro de 2023, no auditório do Europarque, em Santa Maria da Feira, Portugal.

Santa Maria da Feira, 27 de outubro de 2023

Presidente Conselho Direção
da ESSNorteCVP

Henrique Pereira
Prof. Doutor Henrique Pereira

A Comissão Científica

Fernanda Príncipe
Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe

www.essnortecvp.pt

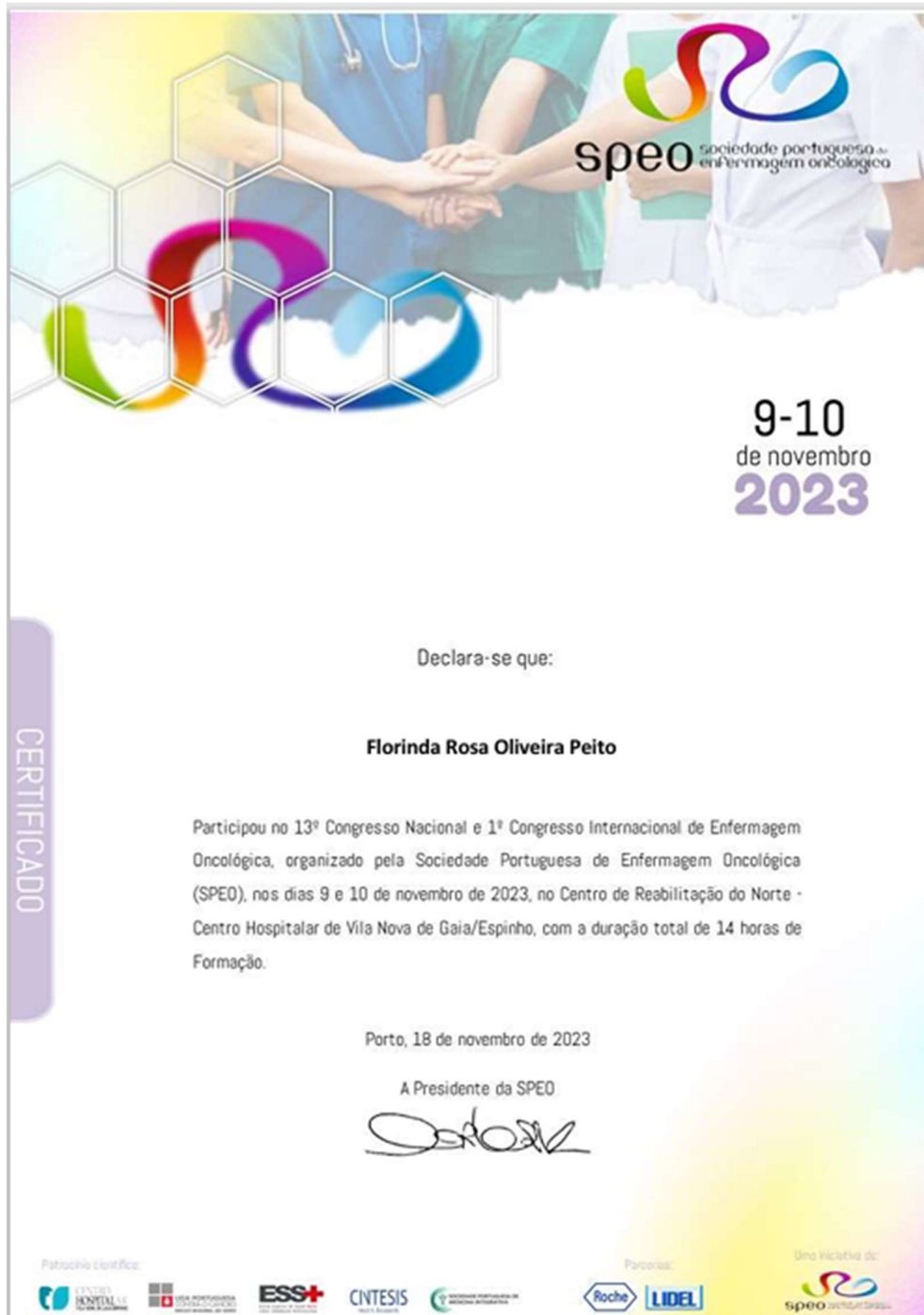
**ANEXO II: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO 5º CONGRESSO
INTERNACIONAL IACS 2023: DESAFIOS E INOVAÇÃO EM
CONTROLO DE INFEÇÃO**



**ANEXO III: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR:
“RE(ABILITAR) EM RADIOTERAPIA: FAZER A DIFERENÇA...”**



**ANEXO IV: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 13º
CONGRESSO NACIONAL E 1º CONGRESSO INTERNACIONAL DE
ENFERMAGEM ONCOLÓGICA**



**ANEXO V: CERTIFICADO DE PRESENÇA NO CONGRESSO
PERSPECTIVAS EM ONCOLOGIA XII**



**ANEXO VI: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA QUALIDADE
DE PALESTRANTE NO CONGRESSO PERSPECTIVAS EM
ONCOLOGIA XII**



ANEXO VII: “PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA”



APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer n.º 031/2024	Código: 2024.048	Data: 14 de junho de 2024
-----------------------------	-------------------------	----------------------------------

Título do estudo de investigação: Prevenção e Tratamento da Radiodermite em Pessoas Submetidas a Radioterapia: Um Focus Group	
Area científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: L1 Resposta Humana processo de doença e saúde	
Investigador responsável: Florinda Rosa Oliveira Peito (orientador: Vasco Siva Neves; Igor Soares Pinto)	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/>	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/>
	Aprovado por maioria	Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>

Resumo do Parecer/Recomendações:

Está salvaguardado a confidencialidade da informação recolhida e a garantia do anonimato e privacidade do participante. Contudo, chama-se a atenção do focus group poder ferir e não garantir o anonimato – daí da necessidade de o investigador solicitar o exercício de confidencialidade a todos os participantes:

- **Explicar a finalidade do focus group** - Antes de realizar um grupo focal, deve informar os participantes sobre o objetivo da investigação, como os dados serão coletados, armazenados e usados, e quais são os potenciais riscos e benefícios de sua participação; obter seu consentimento informado, verbalmente ou por escrito.
- **Nomes fictícios e códigos:** Durante a reunião de grupo, deve-se evitar usar os nomes reais dos participantes e, em vez disso, atribuir-lhes nomes fictícios ou códigos que não estejam vinculados às suas identidades; instruir os participantes a não revelar nenhuma informação de identificação sobre si mesmos ou outros, como seus nomes, endereços, números de telefone ou endereços de e-mail, de forma proteger o anonimato dos participantes e reduzir o risco de expor seus dados pessoais a terceiros.
- **Criptografar e proteger os dados:** criptografar e proteger os dados coletados, como gravações de áudio, transcrições, anotações ou relatórios; deve limitar o acesso aos dados apenas aqueles que precisam deles para fins de pesquisa e excluir ou destruir os dados;
- **Respeitar os direitos de privacidade:** Durante todo o processo de investigação deve respeitar os direitos de privacidade dos participantes do grupo focal e cumprir os princípios éticos e integridade científica, em conformidade código de conduta e integridade científica da ESSNorteCVP e Código Europeu. Não pode e não deve compartilhar, publicar os dados sem o consentimento dos participantes, ou usá-los para quaisquer outros fins que não os declarados no projeto de investigação;
- **Responsabilidade dos participantes e investigadores:** garantir a confidencialidade dos participantes e investigadores do grupo focal. Criar uma cultura de confidencialidade e fazer assinar acordo formal ou informal de confidencialidade e responsabilizá-los por quaisquer violações ou violações.

CONCLUSÃO: Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto com recomendações

Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 14 de junho de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes Assinatura:
----------------------------------	--



